

## Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8

**E. Coleman, A. E. Radix, W. P. Bouman, G. R. Brown, A. L. C. de Vries, M. B. Deutsch, R. Ettner, L. Fraser, M. Goodman, J. Green, A. B. Hancock, T. W. Johnson, D. H. Karasic, G. A. Knudson, S. F. Leibowitz, H. F. L. Meyer-Bahlburg, S. J. Monstrey, J. Motmans, L. Nahata, T. O. Nieder, S. L. Reisner, C. Richards, L. S. Schechter, V. Tangpricha, A. C. Tishelman, M. A. A. Van Trotsenburg, S. Winter, K. Ducheny, N. J. Adams, T. M. Adrián, L. R. Allen, D. Azul, H. Bagga, K. Başar, D. S. Bathory, J. J. Belinky, D. R. Berg, J. U. Berli, R. O. Bluebond-Langner, M.-B. Bouman, M. L. Bowers, P. J. Brassard, J. Byrne, L. Capitán, C. J. Cargill, J. M. Carswell, S. C. Chang, G. Chelvakumar, T. Corneil, K. B. Dalke, G. De Cuyper, E. de Vries, M. Den Heijer, A. H. Devor, C. Dhejne, A. D'Marco, E. K. Edmiston, L. Edwards-Leeper, R. Ehrbar, D. Ehrensaft, J. Einfeld, E. Elaut, L. Erickson-Schroth, J. L. Feldman, A. D. Fisher, M. M. Garcia, L. Gijs, S. E. Green, B. P. Hall, T. L. D. Hardy, M. S. Irwig, L. A. Jacobs, A. C. Janssen, K. Johnson, D. T. Klink, B. P. C. Kreukels, L. E. Kuper, E. J. Kvach, M. A. Malouf, R. Massey, T. Mazur, C. McLachlan, S. D. Morrison, S. W. Mosser, P. M. Neira, U. Nygren, J. M. Oates, J. Obedin-Maliver, G. Pagkalos, J. Patton, N. Phanuphak, K. Rachlin, T. Reed, G. N. Rider, J. Ristori, S. Robbins-Cherry, S. A. Roberts, K. A. Rodriguez-Wallberg, S. M. Rosenthal, K. Sabir, J. D. Safer, A. I. Scheim, L. J. Seal, T. J. Sehoole, K. Spencer, C. St. Amand, T. D. Steensma, J. F. Strang, G. B. Taylor, K. Tilleman, G. G. T'Sjoen, L. N. Vala, N. M. Van Mello, J. F. Veale, J. A. Vencill, B. Vincent, L. M. Wesp, M. A. West & J. Arcelus**

**To cite this article:** E. Coleman, A. E. Radix, W. P. Bouman, G. R. Brown, A. L. C. de Vries, M. B. Deutsch, R. Ettner, L. Fraser, M. Goodman, J. Green, A. B. Hancock, T. W. Johnson, D. H. Karasic, G. A. Knudson, S. F. Leibowitz, H. F. L. Meyer-Bahlburg, S. J. Monstrey, J. Motmans, L. Nahata, T. O. Nieder, S. L. Reisner, C. Richards, L. S. Schechter, V. Tangpricha, A. C. Tishelman, M. A. A. Van Trotsenburg, S. Winter, K. Ducheny, N. J. Adams, T. M. Adrián, L. R. Allen, D. Azul, H. Bagga, K. Başar, D. S. Bathory, J. J. Belinky, D. R. Berg, J. U. Berli, R. O. Bluebond-Langner, M.-B. Bouman, M. L. Bowers, P. J. Brassard, J. Byrne, L. Capitán, C. J. Cargill, J. M. Carswell, S. C. Chang, G. Chelvakumar, T. Corneil, K. B. Dalke, G. De Cuyper, E. de Vries, M. Den Heijer, A. H. Devor, C. Dhejne, A. D'Marco, E. K. Edmiston, L. Edwards-Leeper, R. Ehrbar, D. Ehrensaft, J. Einfeld, E. Elaut, L. Erickson-Schroth, J. L. Feldman, A. D. Fisher, M. M. Garcia, L. Gijs, S. E. Green, B. P. Hall, T. L. D. Hardy, M. S. Irwig, L. A. Jacobs, A. C. Janssen, K. Johnson, D. T. Klink, B. P. C. Kreukels, L. E. Kuper, E. J. Kvach, M. A. Malouf, R. Massey, T. Mazur, C. McLachlan, S. D. Morrison, S. W. Mosser, P. M. Neira, U. Nygren, J. M. Oates, J. Obedin-Maliver, G. Pagkalos, J. Patton, N. Phanuphak, K. Rachlin, T. Reed, G. N. Rider, J. Ristori, S. Robbins-Cherry, S. A. Roberts, K. A. Rodriguez-Wallberg, S. M. Rosenthal, K. Sabir, J. D. Safer, A. I. Scheim, L. J. Seal, T. J. Sehoole, K. Spencer, C. St. Amand, T. D. Steensma, J. F. Strang, G. B. Taylor, K. Tilleman, G. G. T'Sjoen, L. N. Vala, N. M. Van Mello, J. F. Veale, J. A. Vencill, B. Vincent, L. M. Wesp, M. A. West & J. Arcelus (2022) Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8, *International Journal of Transgender Health*, 23:sup1, S1-S259, DOI: [10.1080/26895269.2022.2100644](https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644)



© 2022 The Author(s). Published with license by Taylor & Francis Group, LLC.



Published online: 15 Sep 2022.



Submit your article to this journal [↗](#)



Article views: 77931



View related articles [↗](#)



View Crossmark data [↗](#)




Citing articles: 2 View citing articles [↗](#)

## Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8

E. Coleman<sup>1</sup>, A. E. Radix<sup>2,3</sup>, W. P. Bouman<sup>4,5</sup>, G. R. Brown<sup>6,7</sup>, A. L. C. de Vries<sup>8,9</sup>, M. B. Deutsch<sup>10,11</sup>, R. Ettner<sup>12,13</sup>, L. Fraser<sup>14</sup>, M. Goodman<sup>15</sup>, J. Green<sup>16</sup>, A. B. Hancock<sup>17</sup>, T. W. Johnson<sup>18</sup>, D. H. Karasic<sup>19,20</sup>, G. A. Knudson<sup>21,22</sup>, S. F. Leibowitz<sup>23</sup>, H. F. L. Meyer-Bahlburg<sup>24,25</sup>, S. J. Monstrey<sup>26</sup>, J. Motmans<sup>27,28</sup>, L. Nahata<sup>29,30</sup>, T. O. Nieder<sup>31</sup>, S. L. Reisner<sup>32,33</sup>, C. Richards<sup>34,35</sup>, L. S. Schechter<sup>36</sup>, V. Tangpricha<sup>37,38</sup>, A. C. Tishelman<sup>39</sup>, M. A. A. Van Trotsenburg<sup>40,41</sup>, S. Winter<sup>42</sup>, K. Ducheny<sup>43</sup>, N. J. Adams<sup>44,45</sup>, T. M. Adrián<sup>46,47</sup>, L. R. Allen<sup>48</sup>, D. Azul<sup>49</sup>, H. Bagga<sup>50,51</sup>, K. Başar<sup>52</sup>, D. S. Bathory<sup>53</sup>, J. J. Belinky<sup>54</sup>, D. R. Berg<sup>55</sup>, J. U. Berli<sup>56</sup>, R. O. Bluebond-Langner<sup>57,58</sup>, M.-B. Bouman<sup>9,59</sup>, M. L. Bowers<sup>60,61</sup>, P. J. Brassard<sup>62,63</sup>, J. Byrne<sup>64</sup>, L. Capitán<sup>65</sup>, C. J. Cargill<sup>66</sup>, J. M. Carswell<sup>32,67</sup>, S. C. Chang<sup>68</sup>, G. Chelvakumar<sup>69,70</sup>, T. Corneil<sup>71</sup>, K. B. Dalke<sup>72,73</sup>, G. De Cuyper<sup>74</sup>, E. de Vries<sup>75,76</sup>, M. Den Heijer<sup>9,77</sup>, A. H. Devor<sup>78</sup>, C. Dhejne<sup>79,80</sup>, A. D'Marco<sup>81,82</sup>, E. K. Edmiston<sup>83</sup>, L. Edwards-Leeper<sup>84,85</sup>, R. Ehrbar<sup>86,87</sup>, D. Ehrensaft<sup>19</sup>, J. Einfeld<sup>88</sup>, E. Elaut<sup>74,89</sup>, L. Erickson-Schroth<sup>90,91</sup>, J. L. Feldman<sup>92</sup>, A. D. Fisher<sup>93</sup>, M. M. Garcia<sup>94,95</sup>, L. Gijs<sup>96</sup>, S. E. Green<sup>97</sup>, B. P. Hall<sup>98,99</sup>, T. L. D. Hardy<sup>100,101</sup>, M. S. Irwig<sup>32,102</sup>, L. A. Jacobs<sup>103</sup>, A. C. Janssen<sup>23,104</sup>, K. Johnson<sup>105,106</sup>, D. T. Klink<sup>107,108</sup>, B. P. C. Kreukels<sup>9,109</sup>, L. E. Kuper<sup>110,111</sup>, E. J. Kvach<sup>112,113</sup>, M. A. Malouf<sup>114</sup>, R. Massey<sup>115,116</sup>, T. Mazur<sup>117,118</sup>, C. McLachlan<sup>119,120</sup>, S. D. Morrison<sup>121,122</sup>, S. W. Mosser<sup>123,124</sup>, P. M. Neira<sup>125,126</sup>, U. Nygren<sup>127,128</sup>, J. M. Oates<sup>129,130</sup>, J. Obedin-Maliver<sup>131,132</sup>, G. Pagkalos<sup>133,134</sup>, J. Patton<sup>135,136</sup>, N. Phanuphak<sup>137</sup>, K. Rachlin<sup>103</sup>, T. Reed<sup>138†</sup>, G. N. Rider<sup>55</sup>, J. Ristori<sup>93</sup>, S. Robbins-Cherry<sup>4</sup>, S. A. Roberts<sup>32,139</sup>, K. A. Rodriguez-Wallberg<sup>140,141</sup>, S. M. Rosenthal<sup>142,143</sup>, K. Sabir<sup>144</sup>, J. D. Safer<sup>60,145</sup>, A. I. Scheim<sup>146,147</sup>, L. J. Seal<sup>35,148</sup>, T. J. Sehoole<sup>149</sup>, K. Spencer<sup>55</sup>, C. St. Amand<sup>150,151</sup>, T. D. Steensma<sup>9,109</sup>, J. F. Strang<sup>152,153</sup>, G. B. Taylor<sup>154</sup>, K. Tilleman<sup>155</sup>, G. G. T'Sjoen<sup>74,156</sup>, L. N. Vala<sup>157</sup>, N. M. Van Mello<sup>9,158</sup>, J. F. Veale<sup>159</sup>, J. A. Vencill<sup>160,161</sup>, B. Vincent<sup>162</sup>, L. M. Wesp<sup>163,164</sup>, M. A. West<sup>165,166</sup> and J. Arcelus<sup>5,167</sup>

<sup>1</sup>Institute for sexual and gender Health, department of family Medicine and Community Health, University of Minnesota Medical school, Minneapolis, MN, USA; <sup>2</sup>Callen-Lorde Community Health Center, New York, NY, USA; <sup>3</sup>Department of Medicine, NYU Grossman school of Medicine, New York, NY, USA; <sup>4</sup>Nottingham Centre for Transgender Health, Nottingham, UK; <sup>5</sup>School of Medicine, University of Nottingham, Nottingham, UK; <sup>6</sup>James H. Quillen College of Medicine, East Tennessee State University, Johnson City, TN, USA; <sup>7</sup>James H. Quillen VAMC, Johnson City, TN, USA; <sup>8</sup>Department of Child and Adolescent Psychiatry, Amsterdam UMC Location Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, Netherlands; <sup>9</sup>Center of expertise on gender dysphoria, Amsterdam UMC Location Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, the Netherlands; <sup>10</sup>Department of Family & Community Medicine, University of California–San Francisco, San Francisco, CA, USA; <sup>11</sup>UCSF Gender Affirming Health Program, San Francisco, CA, USA; <sup>12</sup>New Health Foundation Worldwide, Evanston, IL, USA; <sup>13</sup>Weiss Memorial Hospital, Chicago, IL, USA; <sup>14</sup>Independent Practice, San Francisco, CA, USA; <sup>15</sup>Emory University Rollins School of Public Health, Atlanta, GA, USA; <sup>16</sup>Independent scholar, Vancouver, WA, USA; <sup>17</sup>The George Washington University, Washington, DC, USA; <sup>18</sup>Department of Anthropology, California State University, Chico, CA, USA; <sup>19</sup>University of California San Francisco, San Francisco, CA, USA; <sup>20</sup>Independent Practice at dankarasic.com; <sup>21</sup>University of British Columbia, Vancouver, Canada; <sup>22</sup>Vancouver Coastal Health, Vancouver, Canada; <sup>23</sup>Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago, Chicago, IL, USA; <sup>24</sup>New York State Psychiatric Institute, New York, NY, USA; <sup>25</sup>Department of Psychiatry, Columbia University, New York, NY, USA; <sup>26</sup>Ghent University Hospital, Ghent, Belgium; <sup>27</sup>Transgender Infopunt, Ghent University Hospital, Ghent, Belgium; <sup>28</sup>Centre for Research on Culture and Gender, Ghent University, Ghent, Belgium; <sup>29</sup>Department of Pediatrics, the Ohio State University College of Medicine, Columbus, OH, USA; <sup>30</sup>Endocrinology and Center for Biobehavioral Health, the Abigail Wexner Research Institute at Nationwide Children's Hospital, Columbus, OH, USA; <sup>31</sup>University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Interdisciplinary Transgender Health Care Center Hamburg, Institute for Sex Research, Sexual Medicine and Forensic Psychiatry, Hamburg, Germany; <sup>32</sup>Harvard Medical School, Boston, MA, USA; <sup>33</sup>Harvard T. H. Chan School of Public Health, Boston, MA, USA; <sup>34</sup>Regents University London, UK; <sup>35</sup>Tavistock and Portman NHS Foundation Trust, London, UK; <sup>36</sup>Rush University Medical Center, Chicago, IL, USA; <sup>37</sup>Division of Endocrinology, Metabolism & Lipids, Department of Medicine, Emory University School of Medicine, Atlanta, GA, USA; <sup>38</sup>Atlanta VA Medical Center, Decatur, GA, USA; <sup>39</sup>Boston College, Department of Psychology and Neuroscience, Chestnut Hill, MA, USA; <sup>40</sup>Bureau GenderPro, Vienna, Austria; <sup>41</sup>University Hospital Lilienfeld–St. Pölten, St. Pölten, Austria; <sup>42</sup>School of Population Health, Curtin University, Perth, WA, Australia; <sup>43</sup>Howard Brown Health, Chicago, IL, USA; <sup>44</sup>University of Toronto, Ontario Institute for Studies in Education, Toronto, Canada; <sup>45</sup>Transgender Professional Association for Transgender Health (TPATH); <sup>46</sup>Asamblea Nacional de Venezuela, Caracas, Venezuela; <sup>47</sup>Diverlex Diversidad e Igualdad a Través de la Ley, Caracas, Venezuela;

**CONTACT** Dr Eli Coleman, PhD  Institute for sexual and gender Health, department of family Medicine and Community Health, University of Minnesota Medical school, Minneapolis, MN, USA  
†deceased.

© 2022 the author(s). Published with license by Taylor & Francis group, LLC.

this is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons attribution-noncommercial-noderivatives license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>), which permits non-commercial re-use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited, and is not altered, transformed, or built upon in any way.

<sup>48</sup>University of Nevada, Las Vegas, NV, USA; <sup>49</sup>La Trobe Rural Health School, La Trobe University, Bendigo, Australia; <sup>50</sup>Monash Health Gender Clinic, Melbourne, Victoria, Australia; <sup>51</sup>Monash University, Melbourne, Victoria, Australia; <sup>52</sup>Department of Psychiatry, Hacettepe University, Ankara, Turkey; <sup>53</sup>Independent Practice at Bathory International PLLC, Winston-Salem, NC, USA; <sup>54</sup>Durand Hospital, Guemes Clinic and Urological Center, Buenos Aires, Argentina; <sup>55</sup>National Center for Gender Spectrum Health, Institute for Sexual and Gender Health, Department of Family Medicine and Community Health, University of Minnesota Medical School, Minneapolis, MN, USA; <sup>56</sup>Oregon Health & Science University, Portland, OR, USA; <sup>57</sup>NYU Langone Health, New York, NY, USA; <sup>58</sup>Hansjörg Wyss Department of Plastic surgery, New York, NY, USA; <sup>59</sup>Department of Plastic surgery, Amsterdam UMC Location Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, Netherlands; <sup>60</sup>Icahn school of Medicine at Mount Sinai, New York, NY, USA; <sup>61</sup>Mills-Peninsula Medical Center, Burlingame, CA, USA; <sup>62</sup>GRS Montreal, Complexe CMC, Montreal, Quebec, Canada; <sup>63</sup>Université de Montreal, Quebec, Canada; <sup>64</sup>University of Waikato/Te Whare Wānanga o Waikato, Hamilton/Kirikiri, New Zealand/Aotearoa; <sup>65</sup>The Facialteam Group, Marbella International Hospital, Marbella, Spain; <sup>66</sup>Independent scholar; <sup>67</sup>Boston's Children's Hospital, Boston, MA, USA; <sup>68</sup>Independent Practice, Oakland, CA, USA; <sup>69</sup>Nationwide Children's Hospital, Columbus, OH, USA; <sup>70</sup>The Ohio state university, College of Medicine, Columbus, OH, USA; <sup>71</sup>School of Population & Public Health, University of British Columbia, Vancouver, BC, Canada; <sup>72</sup>Penn State Health, PA, USA; <sup>73</sup>Penn State College of Medicine, Hershey, PA, USA; <sup>74</sup>Center for Sexology and Gender, Ghent University Hospital, Gent, Belgium; <sup>75</sup>Nelson Mandela University, Gqeberha, South Africa; <sup>76</sup>University of Cape Town, Cape Town, South Africa; <sup>77</sup>Department of Endocrinology, Amsterdam UMC Location Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, Netherlands; <sup>78</sup>University of Victoria, Victoria, BC, Canada; <sup>79</sup>ANOVA, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden; <sup>80</sup>Department of Medicine Huddinge, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; <sup>81</sup>UCTRANS—United Caribbean Trans Network, Nassau, The Bahamas; <sup>82</sup>D M A R C O Organization, Nassau, The Bahamas; <sup>83</sup>University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, PA, USA; <sup>84</sup>Pacific University, Hillsboro, OR, USA; <sup>85</sup>Independent Practice, Beaverton, OR, USA; <sup>86</sup>Whitman Walker Health, Washington, DC, USA; <sup>87</sup>Independent Practice, Maryland, USA; <sup>88</sup>Transvisie, Utrecht, The Netherlands; <sup>89</sup>Department of Clinical Experimental and Health Psychology, Ghent University, Gent, Belgium; <sup>90</sup>The Jed Foundation, New York, NY, USA; <sup>91</sup>Hetrick-Martin Institute, New York, NY, USA; <sup>92</sup>Institute for Sexual and Gender Health, Institute for Sexual and Gender Health, Department of Family Medicine and Community Health, University of Minnesota Medical School, Minneapolis, MN, USA; <sup>93</sup>Andrology, Women Endocrinology and Gender Incongruence, Careggi University Hospital, Florence, Italy; <sup>94</sup>Department of Urology, Cedars-Sinai Medical Center, Los Angeles, CA, USA; <sup>95</sup>Departments of Urology and Anatomy, University of California San Francisco, San Francisco, CA, USA; <sup>96</sup>Institute of Family and Sexuality Studies, Department of Neurosciences, KU Leuven, Leuven, Belgium; <sup>97</sup>Mermmaids, London/ Leeds, UK; <sup>98</sup>Duke University Medical Center, Durham, NC, USA; <sup>99</sup>Duke Adult Gender Medicine Clinic, Durham, NC, USA; <sup>100</sup>Alberta Health Services, Edmonton, Alberta, Canada; <sup>101</sup>MacEwan University, Edmonton, Alberta, Canada; <sup>102</sup>Beth Israel Deaconess Medical Center, Boston, MA, USA; <sup>103</sup>Independent Practice, New York, NY, USA; <sup>104</sup>Northwestern Feinberg School of Medicine, Chicago, IL, USA; <sup>105</sup>RMIT University, Melbourne, Australia; <sup>106</sup>University of Brighton, Brighton, UK; <sup>107</sup>Department of Pediatrics, Division of Pediatric Endocrinology, Ghent University Hospital, Gent, Belgium; <sup>108</sup>Division of Pediatric Endocrinology and Diabetes, ZNA Queen Paola Children's Hospital, Antwerp, Belgium; <sup>109</sup>Department of Medical Psychology, Amsterdam UMC Location Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, Netherlands; <sup>110</sup>Department of Psychiatry, Southwestern Medical Center, University of Texas, Dallas, TX, USA; <sup>111</sup>Department of Endocrinology, Children's Health, Dallas, TX, USA; <sup>112</sup>Denver Health, Denver, CO, USA; <sup>113</sup>University of Colorado School of Medicine, Aurora, CO, USA; <sup>114</sup>Malouf Counseling and Consulting, Baltimore, MD, USA; <sup>115</sup>WPATH Global Education Institute; <sup>116</sup>Department of Psychiatry & Behavioral Sciences, Emory University School of Medicine, Atlanta, GA, USA; <sup>117</sup>Jacobs School of Medicine and Biomedical Sciences, University at Buffalo, Buffalo, NY, USA; <sup>118</sup>John R. Oishei Children's Hospital, Buffalo, NY, USA; <sup>119</sup>Professional Association for Transgender Health, South Africa; <sup>120</sup>Gender DynamiX, Cape Town, South Africa; <sup>121</sup>Division of Plastic Surgery, Seattle Children's Hospital, Seattle, WA, USA; <sup>122</sup>Division of Plastic Surgery, Department of Surgery, University of Washington Medical Center, Seattle, WA, USA; <sup>123</sup>Gender Confirmation Center, San Francisco, CA, USA; <sup>124</sup>Saint Francis Memorial Hospital, San Francisco, CA, USA; <sup>125</sup>Johns Hopkins Center for Transgender Health, Baltimore, MD, USA; <sup>126</sup>Johns Hopkins Medicine Office of Diversity, Inclusion and Health Equity, Baltimore, MD, USA; <sup>127</sup>Division of Speech and Language Pathology, Department of Clinical Science, Intervention and Technology, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; <sup>128</sup>Speech and Language Pathology, Medical Unit, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden; <sup>129</sup>La Trobe University, Melbourne, Australia; <sup>130</sup>Melbourne Voice Analysis Centre, East Melbourne, Australia; <sup>131</sup>Stanford University School of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, Palo Alto, CA, USA; <sup>132</sup>Department of Epidemiology and Population Health, Stanford, CA, USA; <sup>133</sup>Independent Practice Thessaloniki, Greece; <sup>134</sup>Military Community Mental Health Center, 424 General Military Training Hospital, Thessaloniki, Greece; <sup>135</sup>Talkspace, New York, NY, USA; <sup>136</sup>CytiPsychological LLC, San Diego, CA, USA; <sup>137</sup>Institute of HIV Research and Innovation, Bangkok, Thailand; <sup>138</sup>Gender Identity Research and Education Society, Leatherhead, UK; <sup>139</sup>Division of Endocrinology, Boston's Children's Hospital, Boston, MA, USA; <sup>140</sup>Department of Reproductive Medicine, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden; <sup>141</sup>Department of Oncology-Pathology, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden; <sup>142</sup>Division of Pediatric Endocrinology, UCSF, San Francisco, CA, USA; <sup>143</sup>UCSF Child and Adolescent Gender Center; <sup>144</sup>FTM Phoenix Group, Krasnodar Krai, Russia; <sup>145</sup>Mount Sinai Center for Transgender Medicine and Surgery, New York, NY, USA; <sup>146</sup>Epidemiology and Biostatistics, Dornsife School of Public Health, Drexel University, Philadelphia, PA, USA; <sup>147</sup>Epidemiology and Biostatistics, Schulich School of Medicine and Dentistry, Western University, Ontario, Canada; <sup>148</sup>St George's University Hospitals NHS Foundation Trust, London, UK; <sup>149</sup>Irant, Johannesburg, South Africa; <sup>150</sup>University of Houston, Houston, TX, USA; <sup>151</sup>Mayo Clinic, Rochester, MN, USA; <sup>152</sup>Children's National Hospital, Washington, DC, USA; <sup>153</sup>George Washington University School of Medicine, Washington, DC, USA; <sup>154</sup>Atrium Health Department of Obstetrics and Gynecology, Division of Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery, Charlotte, NC, USA; <sup>155</sup>Department for Reproductive Medicine, Ghent University Hospital, Gent, Belgium; <sup>156</sup>Department of Endocrinology, Ghent University Hospital, Gent, Belgium; <sup>157</sup>Independent Practice, Campbell, CA, USA; <sup>158</sup>Department of Obstetrics and Gynaecology, Amsterdam UMC Location Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, Netherlands; <sup>159</sup>School of Psychology, University of Waikato/Te Whare Wānanga o Waikato, Hamilton/Kirikiri, New Zealand/Aotearoa; <sup>160</sup>Department of Psychiatry & Psychology, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA; <sup>161</sup>Division of General Internal Medicine, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA; <sup>162</sup>Trans Learning Partnership at <https://spectra-london.org.uk/trans-learning-partnership>, UK; <sup>163</sup>College of Nursing, University of Wisconsin Milwaukee, Milwaukee, WI, USA; <sup>164</sup>Health Connections Inc., Glendale, WI, USA; <sup>165</sup>North Memorial Health Hospital, Robbinsdale, MN, USA; <sup>166</sup>University of Minnesota, Minneapolis, MN USA; <sup>167</sup>Bellvitge Biomedical Research Institute (IDIBELL), L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain.

**SAMMENDRAG**

**Bakgrunn:** Helsetjenester for trans- og kjønnsnormbrytende (TKN) personer er et tverrfaglig felt i rask utvikling. Det har i løpet av det siste tiåret vært en mye brattere økning enn tidligere, i antallet og synligheten av trans- og kjønnsnormbrytende personer som oppsøker støtte og kjønnsbekreftende medisinsk behandling. Dette har foregått parallelt med en signifikant økning i forskningslitteratur på feltet. World Professional Association for Transgender Health (WPATH) er et internasjonalt, flerfaglig forbund av profesjonsutøvere som har som overordnet mål å fremme forskningsbasert helse og omsorg, utdanning, forskning, offentlige retningslinjer og respekt for TKN-helse. En av WPATHs hovedfunksjoner er å fremme den høyest mulige standarden for helsetjenester for TKN-personer gjennom *Standards of Care* (SOC). SOC ble først utviklet i 1979, og sist versjon (SOC-7) ble publisert i 2012. WPATH vedtok at det skulle utvikles en SOC-8 på grunn av økningen i mengden evidensbasert forskning.

**Mål:** Det overordnede målet med SOC-8 er å fungere som kliniske retningslinjer til helsepersonell så de kan bidra til at TKN-personer får tilgang til trygge og effektive måter å oppnå varig personlig trygghet i sine kjønnede selv, med mål om å optimalisere den helhetlige fysiske helsen, god psykisk helse, og selv-realisering.

**Metoder:** SOC-8 er basert på den beste tilgjengelige forskningen, og konsensus blant personer med profesjonell ekspertise på TKN-helse. Et internasjonalt utvalg av spesialister og interessenter ble bedt om å bidra i SOC-8 komiteen. anbefalinger ble utviklet med grunnlag i materiale fra uavhengige, systematiske gjennomganger av forskningslitteratur der dette var mulig, gjennomgang av bakgrunnsstoff, og meninger blant de med ekspertise. Graderingen av anbefalingene er basert på tilgjengelig evidens som støtter opp under intervensjoner, diskusjon rundt risiko og skadevirkninger, og gjennomførbarhet og eventuell aksept innen forskjellige kontekster og nasjonale settinger.

**Resultater:** 18 kapitler ble utviklet i arbeidet med SOC-8. De inneholder anbefalinger for helsepersonell som tilbyr ivaretagelse og behandling til TKN-personer. Hver av anbefalingene følges opp av forklarende tekst med relevante referanser. Generelle områder som omhandler TKN-helse er dekket i kapitlene Terminologi, Universell anvendbarhet, Populasjonsestimater og Utdanning. Kapitlene som ble utviklet for den mangfoldige populasjonen av TKN-personer inkluderer Vurdering av voksne, Ungdommer, Barn, Ikke-binære, Evnukker, Intersex, og Institusjonssettinger. Kapitlene som omhandler kjønnsbekreftende behandling inkluderer Hormonbehandling, Kirurgi og postoperativ pleie, Stemme og kommunikasjon, Primærhelse, Reproductiv helse, Seksuell helse, og Psykisk helse.

**Konklusjoner:** Intensjonen er at SOC-8 retningslinjene skal være fleksible, for å møte mangfoldige behov for helsehjelp blant TKN-personer globalt. Selv om de kan tilpasses, utgjør de også en standard for hvordan fremme et optimalt helsetilbud og veiledning for behandling av personer med kjønnsinkongruens. Som i alle tidligere versjoner av SOC, fungerer de framsatte kriteriene for kjønnsbekreftende intervensjoner som kliniske retningslinjer. Individuelt helsepersonell, og klinikker/programmer som tilbyr helsehjelp, kan modifisere disse i konsultasjon med TKN-personen det gjelder.

**NØKKEORD:** ungdommer; vurdering; barn; kommunikasjon; utdanning; endokrinologi; evnukker; kjønnsnormbrytende; helsepersonell; institusjonssettinger; intersex; psykisk helse; ikke-binær; populasjon; postoperativ pleie; primærhelse; reproductiv helse; seksuell helse; SOC-8; Standards of Care; kirurgi; terminologi; transperson; stemme.

INTRODUKSJON .....	5
KAPITTEL 1 Terminologi.....	13
KAPITTEL 2 Universell anvendbarhet.....	19
KAPITTEL 3 Populasjonsestimater.....	29
KAPITTEL 4 Utdanning .....	35
KAPITTEL 5 Vurdering av voksne .....	40
KAPITTEL 6 Ungdommer.....	55
KAPITTEL 7 Barn.....	87
KAPITTEL 8 Ikke-binære.....	103
KAPITTEL 9 Evnukker .....	114
KAPITTEL 10 Intersex.....	121
KAPITTEL 11 Institusjonssettinger .....	135
KAPITTEL 12 Hormonbehandling.....	143
KAPITTEL 13 Kirurgi og postoperativ pleie .....	165
KAPITTEL 14 Stemme og kommunikasjon .....	176
KAPITTEL 15 Primærhelse .....	184
KAPITTEL 16 Reproduktiv helse .....	201
KAPITTEL 17 Seksuell helse .....	210
KAPITTEL 18 Psykisk helse .....	219
ANERKJENNELSER .....	227
LITTERATURLISTE .....	228
VEDLEGG A Metodologi .....	297
VEDLEGG B Ordliste .....	306
VEDLEGG C Kjønnsbekreftende hormonbehandling .....	309
VEDLEGG D Oppsummerte kriterier for hormonell og kirurgisk behandling av voksne og ungdommer ..	311
VEDLEGG E Kjønnsbekreftende kirurgiske inngrep.....	314

## INTRODUKSJON

Det overordnede målet med *Standards of Care – åttende versjon* (SOC-8), utgitt av World Professional Association for Transgender Health, er å tilby kliniske retningslinjer til ansatte i helsevesenet så de kan bidra til at trans- og kjønnsnormbrytende (TKN) personer<sup>1</sup> får tilgang til effektive måter å oppnå varig personlig trygghet i sine kjønnede selv, med mål om å optimalisere den helhetlige fysiske helsen, god psykisk helse, og selvrealisering. Hjelpen kan inkludere, men er ikke begrenset til, hormonbehandling og kirurgi, stemme- og kommunikasjonsorientert behandling, primærhelse, hårfjerning, reproduktiv og seksuell helse, og psykisk helsehjelp. Helsevesenet bør gjøre medisinsk nødvendig

kjønnsbekreftende behandling tilgjengelig for TKN-personer. Se Kapittel 2 – Universell anvendbarhet, Anbefaling 2.1.

WPATH er et internasjonalt, flerfaglig forbund av profesjonsutøvere som har som overordnet mål å fremme forskningsbasert helse og omsorg, utdanning, forskning, offentlige retningslinjer, og respekt for TKN-helse. Organisasjonen, som ble grunnlagt i 1979, har nå over 3000 medlemmer innenfor helsevesen, samfunnsforskning og jus. Alle jobber med klinisk praksis, forskning, utdanning og påvirkningsarbeid som har betydning for livene til TKN-personer. WPATH har en visjon om en verden hvor mennesker med alle kjønnsidentiteter og kjønnsuttrykk har tilgang til forskningsbaserte helsetjenester, sosiale tjenester, rettferdighet og likestilling.

---

<sup>11</sup> **Øversetterens anmerking:** Her bruker originalen «trans and gender diverse (TGD) person/people», om bredden av de som eventuelt trenger ivaretagelse, både helsemessig, sosialt og politisk. WPATH oppfordrer oversettere, og lokale aktører, til å respektere grunnprinsipper og intensjoner i SOC-8, men også lokal kultur, språkbruk og nytte. Direkte oversettelse til «trans- og kjønns mangfoldig/e person/er» fungerer dårlig. Både grammatisk (siden én person ikke i seg selv kan være mangfoldig), logisk ift faglig forståelse av *hele* befolkningens kjønns mangfold, og med hensyn til hva som er i reell bruk.

Det synes hensiktsmessig å påpeke det uheldige ved å indikere at variasjonen i kjønns mangfoldet «er» blant «de andre». De SOC-8 er skrevet for å hjelpe, «er» ikke mer mangfoldige enn andre, i den forstand at mangfold betyr det er *variasjon på tvers av en befolkning*.

Noe som *er* mye i bruk i Norge, spesielt de siste 5 år, er samleuttrykket «trans og ikke-binære». Både personlig og hverdagslig, av organisasjoner, i materiell, og tildels av helsepersonell. Mange vil si det favner *all* egendefinering av identiteter, uttrykk og behov, uansett hvor binært orientert (mann/kvinne) eller ikke dette føles eller framstår. Noen bruker sistenevnte som *form* for trans («jeg er en ikke-binær transperson»), andre ikke. Uttrykket har fått fotfeste i en kontekst der transkvinner og -menn lenge har fått noe bedre ivaretagelse i helsevesenet, og juridisk anerkjennelse, enn andre kjønnsidentiteter/-uttrykk, og mye av miljøet/feltet jobber gjennomgående for å endre dette. Altså handler det om et politisk og sosialt *felt*. Noen kan oppleve at «trans og ikke-binære» prinsipielt inkluderer dem, men selv kalle seg noe annet. WPATH sier at «TGD» favner alle SOC-8 kan dreie seg om, uansett hvor; alle identitetsnarrativer og alle behov, også nye som vil oppstå. Altså *til en viss grad* som «trans og ikke-binære» brukes; bør jeg bruke dette som en lokalt nyttig oversettelse?

opplever det som en «tredje» boks man eventuelt ikke passer i. Altså at det *ikke* inkluderer. Et annet er at SOC-8 har et kapittel som handler spesifikt om «ikke-binære». Det blir vanskelig å skille ordbruket her, og mer «åpen» norsk bruk gjennomgående, ved siden av og tildels overlappende med «trans». Vi kan videre si at oversatt «tilbake» vil ikke bruken samsvare med hva SOC-8 sier «gender diverse» favner globalt; «trans and non binary» på engelsk henviser *ikke* til alle relevante identitetsnarrativer; Norge har tatt «ikke-binær» og bruker det noe bredere.

Jeg anerkjenner altså utstrakt bruk, men gjør oppmerksom på problemer, og velger det ikke som gjennomgående oversettelse.

Det jeg trenger ord for, er grunnleggende *folk som bryter med kjønnsnormative antagelser om forbindelse mellom kropp, identitet og/eller uttrykk*. Men den samme logiske hindringen – det *generelle* kjønns mangfoldet – tilsier at et skille *ved* kjønnsnormbrudd, eller en grad, synlighet eller «type» av det, heller ikke fungerer i seg selv.

Jeg har likevel landet på å oversette «TGD» til «trans- og kjønnsnormbrytende (TKN)» - men med forbehold om at målgruppen handler om kjønnsnormbrytere *med* behov for anerkjennelse og ivaretagelse *slik de definerer det*, ift kropp, identitet, språkbruk *og/eller* uttrykk, i en variert og åpen forstand.

Dette er ikke i bred norsk bruk som begrepspar, og ikke ideelt, men ok. Man kan si det sikrer åpenhet og anerkjennelse i denne viktige sammenhengen, uansett hvor binært orientert (mann/kvinne) eller ikke, og hvordan diverse identiteter, uttrykk og behov føles eller defineres. Kjønnsnormer brytes på mangfoldige måter, som bringer det tilbake til «gender diverse», men her med en *verbform som er å foretrekke*. Det blir ikke grammatisk feil, og respekterer WPATHs grunnprinsipper og intensjoner om maksimal anerkjennelse og egendefinering, og åpenhet for videre tillegg/ending over tid.

Et problem er at «ikke-binær» har blitt så mye brukt at noen også



En av WPATHs hovedfunksjoner er å fremme den høyest mulige standarden for helsetjenester gjennom *Standards of Care* (SOC) for TKN-personers helse. SOC-8 er basert på den beste tilgjengelige forskningen, og konsensus blant personer med profesjonell ekspertise. SOC ble først utviklet i 1979, og sist versjon ble publisert i 2012.

Det meste av forskning og erfaring på dette feltet har et nord-amerikansk og vest-europeisk perspektiv. Derfor er det nødvendig med tilpasning av SOC-8 til andre deler av verden. Denne versjonen av SOC inkluderer forslagsmessige tilnærminger til kulturell kompetanse og kulturell relativitet.

WPATH anser at helse ikke kun avhenger av klinisk omsorg med høy kvalitet, men også av sosiale og politiske omstendigheter som sikrer sosial toleranse, likestilling og fulle rettigheter som borgere. Det ligger muligheter for god og forbedret helse i offentlige retningslinjer og juridiske reformer, som øker toleranse og likeverd for de som bryter med normer for kjønn, og fjerner fordommer, diskriminering og stigma. WPATH er engasjert i påvirkningsarbeid for slike endringer i retningslinjer og lovverk. Helsepersonell som tilbyr tjenester til TKN-personer er altså oppfordret til å jobbe for bedret tilgang til trygge og lisensierte kjønnsbekreftende helsetjenester, og samtidig respektere enkeltpersoners autonomi.

Selv om dette primært er et dokument til bruk for helsepersonell, kan også enkeltpersoner, deres familier og sosiale institusjoner bruke SOC-8 for å forstå bedre hvordan de kan hjelpe til med å jobbe for optimal helse for personer i denne mangfoldige populasjonen.

SOC-8 har 18 kapitler som inneholder anbefalinger for helsepersonell som jobber med TKN-personer. Hver enkelt anbefaling følges opp av forklarende tekst med relevante kilder. Anbefalingene for igangsetting av kjønnsbekreftende medisinsk og/eller kirurgisk behandling for voksne og ungdommer er oppført i de respektive

kapitlene (se kapitlene Vurdering av voksne, og Ungdommer). Oppsummering av anbefalingene og kriteriene for kirurgiske intervensjoner finnes også i [Vedlegg D](#).

### *Populasjonen som inkluderes i SOC-8*

Vi bruker uttrykket trans- og kjønnsnormbrytende (TKN) for å favne så bredt og helhetlig som mulig når vi beskriver mennesker i de mange varierte populasjonene og miljøene som finnes, globalt sett, med kjønnsidentiteter og -uttrykk som ikke samsvarer med det sosiale kjønn (gender) som normativt tenkes å samsvare med den kroppslige kjønns-kategorien (sex) de ble tillagt ved fødsel. Dette inkluderer personer som har kulturelt spesifikke og/eller språklig spesifikke opplevelser, identiteter eller uttrykk som eventuelt er basert på eller omfattes av – eller ikke – vestlige konseptualiseringer av kjønn eller språket brukt for å beskrive dette.

WPATHs SOC-8 utvider her hvem som inkluderes under TKN-paraplyen, og i hvilke settinger disse retningslinjene burde anvendes for å jobbe for likeverd og menneskerettigheter.

På verdensbasis omfatter TKN-personer en mangfoldig variasjon av kjønnsidentiteter og -uttrykk med forskjellige behov for kjønnsbekreftende ivaretagelse gjennom sine livsløp. Disse kan forstås i forhold til individuelle mål og karakteristikk, tilgjengelige ressurser fra helsevesenet, og sosiokulturelle og politiske kontekster. Når behandlingsstandarder er fraværende for enkelte grupper, kan dette vakuemet resultere i varierte terapeutiske tilnærminger, inkludert noen som kan være kontraproduktive eller skadelige. SOC-8 anbefaler å jobbe for helse og god trivsel og velvære blant kjønnsnormbrytende populasjoner som ofte har vært forsømt og/eller marginalisert, inkludert ikke-binære, evnukker og intersexpersoner.

SOC-8 fortsetter å skissere egnet behandling for TKN-ungdom, som inkluderer bruk av



pubertetsblokkere når det er indikert, og kjønnsbekreftende hormoner når det er indikert.

På verdensbasis opplever TKN-personer ofte transfobi, stigmatisering, kunnskapsløshet og behandlingsnekt når de oppsøker helsevesenet, noe som bidrar til signifikant dårligere helsemessige resultater enn befolkningen generelt. TKN-personer rapporterer ofte at de må lære opp helsepersonell de selv har oppsøkt i hvilken behandling og bistand de trenger, fordi de har utilstrekkelig kunnskap og opplæring. Interseksjonell diskriminering, sosial marginalisering og hatkriminalitet mot TKN-personer, fører til minoritetsstress. Dette igjen forbindes med dårligere psykisk helse, som for eksempel mer depresjon, suicidalitet, og ikke-suicidal selvskadning, enn i den ciskjønnede populasjonen. Profesjonsutøvere fra hver fagdisiplin bør være bevisst på den klare sårbarheten blant mange TKN-personer. WPATH oppfordrer sterkt til at helsemyndigheter, de som utarbeider retningslinjer, og medisinske fagfelt og profesjoner, motvirker og kjemper mot transfobi blant folk i helsevesenet. I tillegg bør de sørge for at enhver anstrengelse blir gjort for å henvise TKN-personer til helsepersonell med erfaring og villighet til å tilby kjønnsbekreftende behandling.

### *Fleksibilitet i SOC*

Retningslinjene er ment å være fleksible, for å møte mangfoldige behov for helsehjelp blant TKN-personer globalt. Selv om de kan tilpasses, utgjør de også en standard for hvordan fremme et optimalt helsetilbud og veiledning for behandling av personer med kjønnsinkongruens. Som i alle tidligere versjoner av SOC, fungerer de framsatte kriteriene for kjønnsbekreftende intervensjoner som kliniske retningslinjer. Individuelt helsepersonell, og tjenester/klinikker som tilbyr kjønnsrelatert helsehjelp, kan modifisere disse, i konsultasjon med TKN-personen. Kliniske

avvik fra SOC kan forekomme grunnet en pasients unike anatomiske, sosiale eller psykologiske situasjon, en forskningsprotokoll, ressursmangel i deler av verden, eller behov for spesifikke skadereduserende strategier. Disse avvikene bør anerkjennes som sådan, forklares til pasienten, og dokumenteres for kvalitetssikring av pasientomsorg og av juridiske grunner. Slik dokumentasjon er også verdifull som akkumulering av ny data, som kan analyseres i etterkant, og bidra mot videreutviklingen av helsetjenester – og SOC.

SOC-8 støtter viktigheten av informerte avgjørelsesprosesser, og verdien i skadereduserende tilnæringer. I tillegg anerkjenner og validerer denne versjonen av SOC mangfoldige uttrykk for kjønn som eventuelt ikke nødvendigvis gjør psykologisk, hormonell eller kirurgisk behandling. Helsepersonell kan benytte SOC for å hjelpe pasienter vurdere hele bredden av helsetilbud tilgjengelig for dem, i henhold til deres kliniske behov for å uttrykke kjønn.

### *Mangfold versus diagnose*

Uttrykk av kjønnskarakteristikk, inkludert identiteter, som ikke stereotypisk er forbundet med den kroppslige kjønnskategorien som ble tillagt ved fødsel, er et vanlig og kulturelt mangfoldig fenomen som ikke burde sees som iboende negativt eller patologisk. Dessverre er det å ikke være konform med hensyn til kjønn, og mangfoldige kjønnsidentiteter og -uttrykk, stigmatisert i mange samfunn rundt i verden. Slikt stigma kan føre til fordommer og diskriminering som resulterer i minoritetsstress. Minoritetsstress er unikt (kommer i tillegg til generelle stressfaktorer alle mennesker opplever), sosialt basert og kronisk, og kan gjøre TKN-personer mer sårbare for psykiske lidelser som angst og depresjon. I tillegg til fordommer og diskriminering i storsamfunnet, kan stigma bidra til mishandling og forsømmelse i ens mellommenneskelige relasjoner, som igjen kan føre til psykisk lidelse. Det skal sies at

disse symptomene er sosialt induert og ikke noe iboende ved å være en TKN-person.

Selv om kjønnsdysfori fremdeles anses som en psykisk lidelse i *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5-TR) som er utgitt av American Psychiatric Association, er kjønnsinkongruens ikke lenger ansett som patologisk eller som en psykisk lidelse på det helsefaglige feltet på verdensbasis. Kjønnsinkongruens er istedet anerkjent som en tilstand i *International Classification of Diseases and Related Health Problems, 11. versjon* (ICD-11), utgitt av Verdens Helseorganisasjon. På grunn av stigmatisering, både historisk sett og per idag, kan TKN-personer oppleve ubehag/plager eller dysfori som kan adresseres med diverse mulige kjønnsbekreftende behandlinger. Selv om nomenklaturet kan endres, og ny terminologi og klassifikasjoner kan tas i bruk av diverse helseorganisasjoner og administrative enheter, er behandling og ivaretagelse av de mange som opplever manglende samsvar mellom kjønnskategori som ble tillagt ved fødsel og kjønnsidentitet klart anerkjent som en medisinsk nødvendighet.

Ikke alle samfunn, land eller helsevesen krever en diagnose for å behandle, men i noen land gjør disse diagnosene det mulig å få tilgang til medisinsk nødvendig helsehjelp, og kan bidra mot videre forskning på fungerende behandlingsmåter.

### **Helsetjenester**

Målet med kjønnsbekreftende ivaretagelse er å fungere som partner med TKN-personer for å møte, på en helhetlig måte, deres sosiale, psykologiske og medisinske behov, og behov for helse og trivsel, samtidig som man med respekt anerkjenner deres kjønnsidentitet. Kjønnsbekreftende ivaretagelse er å støtte TKN-personer gjennom hele livsløpet, fra de første tegn på kjønnsinkongruens i barndommen, gjennom voksen alder til alderdom. I tillegg støttes personer med

bekymringer og usikkerhet rundt deres kjønnsidentitet, enten før eller etter transisjon.

Helsetjenester for TKN-personer, som felt, er større enn summen av sine enkeltdeler. De involverer på en holistisk måte fler- og tverrfaglig pasientorientert omsorg med endokrinologi, kirurgi, stemme og kommunikasjon, primærhelse, reproduktiv helse, seksuell helse og flere disipliner av psykisk helse, for å støtte både kjønnsbekreftende intervensjoner, preventiv helse og håndtering av kronisk sykdom. Kjønnsbekreftende intervensjoner inkluderer blant annet pubertetsblokkere, hormonbehandling og kjønnsbekreftende kirurgi. Det bør understrekes at det ikke finnes én behandlingspakke som passer alle: for å bekrefte sin kjønnsidentitet kan TKN-personer trenge alle, noen eller ingen av disse intervensjonene. Disse retningslinjene oppfordrer til bruk av en pasientorientert omsorgsmodell for igangsetting av kjønnsbekreftende intervensjoner, og til å oppdatere mange tidligere krav for å redusere det som nå kan hindre tilgang til helsetjenester.

Ideelt sett burde aktører som tilbyr helsetjenester kommunisere og koordinere seg i mellom for å optimalisere resultater og planlegge kjønnsbekreftende intervensjoner på en måte som er sentrert rundt pasientens behov og ønsker, og minimerer skade. I kontekster med mye ressurser er det ofte rutine med flerfaglig konsultering og omsorgskoordinering, men mange regioner i verden mangler fasiliteter som er dedikert til TKN-helse. For disse regionene er det sterkt anbefalt, der det er mulig, at individuelt helsepersonell etablerer nettverk for å fasilitere TKN-helse som ikke er tilgjengelig lokalt.

På verdensbasis blir TKN-personer noen ganger tvunget av familiemedlemmer eller religiøse samfunn til å gjennomgå konverteringsterapi. WPATH fraråder sterkt

bruk av konverteringsterapi (se Anbefaling 6.5 og 18.10)

### *Steder der helsetjenester tilbys*

Retningslinjene i SOC-8 er forankret i de grunnleggende rettighetene til TKN-personer. Disse gjelder i enhver setting helsehjelp tilbys, uansett hvilke sosiale eller medisinske omstendigheter personen er i. Dette inkluderer en anbefaling om at behandlingsstandardene for TKN-personer også benyttes for de som er i fengsel, eller lever i andre institusjonssettinger.

På grunn av mangel på kunnskapsrikt helsepersonell, ineffektiv tilgang, kostnadshindringer og/eller tidligere stigmatiserende erfaringer med helsevesenet, tar mange TKN-personer hormoner som ikke er foreskrevet av lege. Dette utgjør en helserisiko forbundet med ikke-overvåket behandling i potensielt supratherapeutiske doser og den potensielle eksponeringen for sykdommer som overføres i blod, hvis nåler deles i administreringssammenheng. Likevel, for mange er dette er den eneste måten å få tak i medisinsk nødvendig kjønnsbekreftende behandling som ellers er utilgjengelig. Bruk av hormoner som ikke er foreskrevet burde tilnærmes med et skadereduserende perspektiv, for å forsikre at personer blir knyttet opp mot tilbydere som kan foreskrive trygg og overvåket hormonbehandling.

I noen land øker stadig anerkjennelsen av rettigheter for TKN-personer, og det etableres kjønnsklinikker som kan fungere som maler for hvordan behandling kan tilbys. Andre land mangler slike fasiliteter, og det som tilbys er fragmentert og preget av ressursmangel. Ikke desto mindre er ulike, banebrytende modeller for ivaretagelse nå underveis, inkludert innsats for å desentralisere kjønnsbekreftende behandling i primærhelse, og etablere telehelsetjenester for å redusere barrierer og forbedre tilgangen. Uansett gjennom hvilken metode man får tilgang til

helsetjenester, burde SOC-8 prinsippene for kjønnsbekreftende ivaretagelse tilpasses til lokale sosiokulturelle, politiske og medisinske kontekster.

### *Metodologi*

Denne versjonen av *Standards of Care* (SOC-8) er basert på en enda mer streng og metodologisk evidensbasert tilnærming enn tidligere versjoner. Evidensen er ikke bare basert på den publiserte litteraturen (både direkte- og bakgrunnskunnskap) men også konsensusbaserte ekspertuttalelser. Evidensbaserte retningslinjer inkluderer anbefalinger som er ment å optimalisere pasientbehandling. Anbefalingene er informert av grundig gjennomgang av evidens, vurdering av fordeler og skadevirkninger, verdier og preferanser blant helsepersonell og pasienter, og ressursbruk og gjennomførbarhet.

Selv om evidensbasert forskning gir grunnlag for gjennomtenkte retningslinjer og anbefalinger for klinisk praksis, må dette balanseres med realiteten og med hvor gjennomførbare behandlingstilbud er i diverse settinger. Prosessen med utvikling av SOC-8 inkorporerte de anbefalingene for utvikling av retningslinjer for klinisk praksis som National Academies of Medicine og Verdens Helseorganisasjon (WHO) har framsatt. Anbefalingene adresserte gjennomsiktighet, retningslinjer for mulige interessekonflikter, sammensetning av komite, og gruppens prosess.

Komiteen for utarbeidelse av SOC-8 retningslinjene var flerfaglig og inkluderte faglig ekspertise, helsepersonell, forskere, og interessenter med mangfoldige perspektiver og geografisk representasjon. En person med ekspertise i metodologi for utvikling av retningslinjer assisterte i planleggingen og utviklingen av spørsmål, i systematiske gjennomganger med ytterligere innspill fra en internasjonal rådgivende komite, og i

høringsperioden. Alle komitemedlemmer fylte ut erklæringer om mulige interessekonflikter. Anbefalinger i SOC-8 er basert på tilgjengelig evidens som støtter intervensjoner, diskusjoner om risiko og skadevirkninger, så vel som gjennomførbarhet og akseptabilitet i forskjellige kontekster og nasjonale settinger. Konsensus om de ferdige anbefalingene ble oppnådd gjennom Delphiprosessen, som inkluderte alle medlemmer i retningslinjekomiteen og krevde at anbefalinger ble godkjent av minst 75% av medlemmene. En detaljert oversikt over metodologien til SOC-8 finnes i [Vedlegg A](#).

### ***Kapittelsammendrag SOC-8***

SOC-8 representerer en signifikant forbedring fra tidligere versjoner. Forandringene i denne versjonen er basert på en fundamentalt annerledes metodologi, signifikante kulturelle forskyvninger, framskritt i klinisk kunnskap, og en forståelse av de mange helserelevante behovene som kan oppstå for TKN-personer utover hormonbehandling og kirurgi.

Disse oppdaterte retningslinjene fortsetter prosessen som startet i SOC-7 i 2011 for å utvide omfanget og bevege oss bort fra en smal fokus på psykologiske krav om «diagnostisering av transkjønnethet» og medisinske behandling for lindring av kjønnsdysfori, til kjønnsbekreftende ivaretagelse av hele mennesket. WPATH SOC-8 utvider retningslinjene som spesifiserer hvem som er under paraplyterminen TKN, hva som bør og ikke bør tilbys innen kjønnsbekreftende ivaretagelse, og settingene der retningslinjene bør anvendes for å fremme likeverd og menneskerettigheter.

SOC-8 har flere nye kapitler, blant dem Vurdering av voksne, Utdanning, Evnukker, og Ikke-binære. I tillegg har kapitlet om barn og ungdommer fra SOC-7 blitt delt i to separate kapitler. SOC-8 er i det hele tatt betraktelig lenger enn tidligere versjoner og

tilbyr en mer dyptgående introduksjon og anbefalinger for helsepersonell. Et sammendrag av hvert kapittel av SOC-8 kan leses under.

### ***Kapittel 1 – Terminologi***

Det nye kapitlet legger fram rammeverket for språket som brukes i SOC-8 og inneholder konsensusbaserte anbefalinger for bruk av terminologi. Kapitlet tilbyr (1) begreper og definisjoner, og (2) den best mulige praksisen for anvendelse av disse. Dette dokumentet har, knyttet til seg, en ordliste (se [Vedlegg B](#)) med vanlige ord og språkbruk som utgjør et rammeverk for bruk og tolkning av SOC-8.

### ***Kapittel 2 – Universell anvendbarhet***

Det nye kapitlet refererer til sentral litteratur som har å gjøre med utvikling og levering av helsetjenester, bredere påvirkningsarbeid og støtte til TKN-personer utenfor Vest-Europa og Nord-Amerika, og gir anbefalinger om hvordan tilpasse og oversette SOC-8 til forskjellige kontekster.

### ***Kapittel 3 – Populasjonsestimater***

Det nye kapitlet oppdaterer populasjonsestimatene av TKN-personer i samfunnet. Basert på nåværende evidens spenner denne andelen fra en promille til flere prosent, avhengig av inklusjonskriteriene, alder og geografisk område.

### ***Kapittel 4 – Utdanning***

Det nye kapitlet gir en generell gjennomgang av litteratur relatert til utdanning for helsetjenester for TKN-personer. Det tilbyr anbefalinger på flere nivåer: statlig, ikke-statlig, institusjoner og helsepersonell. Med et mål om å øke tilgang til kompetente og omsorgfulle helsetjenester. Intensjonen er å legge grunnlaget på utdanningsfeltet, og legge opp til en mye

bredere og dypere diskusjon blant helsepersonell og de som jobber med utdanning.

### ***Kapittel 5 – Vurdering av voksne***

Dette nye kapittelet gir veiledning om vurderingen av voksne TKN-personer som ber om kjønnsbekreftende medisinske og kirurgiske behandlinger. Det beskriver og oppdaterer vurderingsprosessen som del av en pasientorientert tilnærming, og kriteriene helsepersonell kan benytte for å anbefale behandlinger til voksne TKN-personer.

### ***Kapittel 6 – Ungdommer***

Dette nye kapittelet er dedikert til TKN-ungdommer, er klart annerledes enn kapittelet om barn, og har blitt utviklet for denne versjonen av *Standards of Care* på grunn av (1) den eksponensielle økningen i henvisninger av ungdommer; (2) økt mengde med tilgjengelig forskning spesifikt på ivaretagelse av ungdommer med behov relatert til kjønnsnormbrudd; og (3) de unike utviklingsmessige og kjønnsbekreftende behovene for ivaretagelse i denne aldersgruppen. Dette kapittelet tilbyr anbefalinger for vurderingsprosesser for ungdommer som trenger medisinske og kirurgiske behandlinger og anbefalinger for arbeid med TKN-ungdommer og deres familier.

### ***Kapittel 7 – Barn***

Dette nye kapittelet handler om prepubertale kjønnsnormbrytende barn, og fokuserer på psykososiale praksiser og terapeutiske tilnærminger som er utviklingsmessig egnet.

### ***Kapittel 8 – Ikke-binære***

Dette nye kapittelet i SOC-8 består av en bred beskrivelse av begrepet ikke-binær og dets bruk, fra et biopsykososialt, kulturelt, og interseksjonelt perspektiv. Behovet for tilgang

til kjønnsbekreftende ivaretagelse, spesifikke kjønnsbekreftende medisinske intervensjoner, og egnet nivå av støtte diskuteres.

### ***Kapittel 9 – Evnukker***

Dette nye kapittelet beskriver de unike behovene til evnukker, og hvordan SOC kan anvendes for denne populasjonen.

### ***Kapittel 10 – Intersex***

Dette kapittelet fokuserer på den kliniske ivaretagelsen av intersexpersoner. Det adresserer terminologien som stadig er i utvikling, prevalens, og mangfoldige presentasjoner av slike individer, og kommer med anbefalinger for tilbud om psykososial og medisinsk ivaretagelse, med evidensbaserte forklaringer.

### ***Kapittel 11 – Institusjonssettinger***

Dette kapittelet har blitt utvidet for å inkludere både fengselsinstitusjoner og andre boinstitusjoner, og er bygget på de siste tre versjonene av SOC. Dette kapittelet beskriver hvordan SOC-8 kan anvendes for personer som lever i slike settinger.

### ***Kapittel 12 – Hormonbehandling***

Dette kapittelet beskriver igangsetting av hormonbehandling, de anbefalte behandlingsregimene, screening for relevante helsetilstander før og underveis i hormonbehandlingen, og spesifikke forhold å ta hensyn til når det gjelder hormonbehandling i forkant av kirurgi. Det inkluderer en utvidet diskusjon om sikkerhet ved bruk av gonadotropinfrigivende hormonagonister (GnRH) hos ungdom, forskjellige hormonstrategier, oppfølging inkludert overvåkning for helsetilstander som oppstår i forbindelse med behandlingen, og veiledning for hvordan de som skriver ut hormoner bør samarbeide med kirurger.

### ***Kapittel 13 – Kirurgi og postoperativ pleie***

Dette kapitlet beskriver et spektrum av kjønnsbekreftende kirurgiske prosedyrer for den mangfoldige og heterogene befolkningen som identifiserer seg som TKN-personer. Det inneholder en diskusjon om optimal opplæring i prosedyrer for kjønnsbekreftende kirurgi, postkirurgisk pleie og oppfølging, tilgang til kirurgi for voksne og ungdommer, og individuelt tilpassede operasjoner.

### ***Kapittel 14 – Stemme og kommunikasjon***

Dette kapitlet beskriver profesjonell støtte for stemme og kommunikasjon, og intervensjoner som inkluderer og er oppmerksomme på alle aspekter av mangfold og ikke lenger begrenses til stemmefeminisering og -maskulinisering. Anbefalingene handler nå om å bekrefte rollene og ansvarsområdene til profesjonelle som er involvert i støttende tilnærminger til stemme- og kommunikasjon.

### ***Kapittel 15 – Primærhelse***

Dette kapitlet diskuterer viktigheten av god primærhelse for TKN-personer, inkludert temaene kardiovaskulær og metabolsk helse, kreft screening, og systemer for primærhelse.

### ***Kapittel 16 – Reproduktiv helse***

Dette kapitlet legger fram oppdatert forskningsdata om fruktbarhetsperspektiver og mål om foreldreskap hos ungdommer og voksne, framskritt i metoder for fruktbarhetsbevaring (inkludert nedfrysing av vev), veiledning om helsetjenester før befruktning såvel som under graviditet, prenatal veiledning, og amming. Prevensjonsmetoder og relevante betraktninger for TKN-personer blir også gjennomgått.

### ***Kapittel 17 – Seksuell helse***

Dette nye kapitlet anerkjenner den dyptgripende innvirkningen av seksuell helse på fysisk og psykisk trivsel og velvære hos TKN-personer. Kapitlet argumenterer for at seksuell funksjon, nytelse og tilfredshet inkluderes blant helsetjenester som bør tilbys til TKN-personer.

### ***Kapittel 18 – Psykisk Helse***

I dette kapitlet diskuteres prinsipper for ivaretagelse av psykisk helse hos voksne TKN-personer, og forbindelsen mellom psykisk helsearbeid og støtte av personer som transisjonerer. Psykoterapi kan være fordelaktig, men bør ikke være et krav for kjønnsbekreftende medisinsk/kirurgisk behandling, og konversjonsbehandling skal ikke tilbys.

## KAPITTEL 1 Terminologi

Dette kapitlet presenterer rammeverket for språkbruk i SOC-8. Det tilbyr anbefalinger for begrepsbruk. Det presenterer (1) begreper og definisjoner, og (2) den best mulige praksisen for anvendelse av disse. Dette dokumentet har, knyttet til seg, en ordliste med vanlige ord og språkbruk som utgjør en ramme for bruk og tolkning av SOC-8. Se [Vedlegg B](#) for ordliste.

### *Terminologi*

I dette dokumentet bruker vi uttrykket trans- og kjønnsnormbrytende (TKN) personer<sup>2</sup> for å favne så bredt og omfattende som mulig når vi refererer til folk i de mange varierte populasjonene som finnes, globalt sett, med kjønnsidentiteter og -uttrykk som avviker fra det som forventes i kjønnskategorien de ble tillagt ved fødsel. Dette inkluderer personer som har kulturelt og/eller språklig spesifikke opplevelser, identiteter eller uttrykk som eventuelt er basert på eller omfattes av – eller ikke – vestlige konseptualiseringer av kjønn eller språket brukt for å beskrive dette. TKN brukes for enkelhetens skyld, som forkortelse for trans- og kjønnsnormbrytende (personer).

Avgjørelsen om å bruke trans- og kjønnsnormbrytende personer (altså på engelsk «TGD – trans and gender diverse», o.a.) var resultatet av en aktiv prosess, og var ikke uten kontrovers. Diskusjoner var sentrert rundt det å unngå overdreven vektlegging av begrepet transperson, det å integrere ikke-binære kjønnsidentiteter og erfaringer, å anerkjenne globale variasjoner i forståelser av kjønn, unngåelse av begrepet ikke-kjønnsnormativ (gender nonconforming), og anerkjennelse av at språk er i endring fordi det som er i bruk nå

er ikke nødvendigvis fortsatt det i de kommende årene. Uttrykket TKN-personer ble valgt for å oppnå mest mulig inkludering og for å framheve de mange forskjellige kjønnsidentitetene, uttrykkene, erfaringene og behovene for helsetjenester blant TKN-personer. Det ble brukt en Delphi prosess, der kapitelforfatterne til SOC-8 ble anonymt, og i flere runder, spurt om begrepene. Slik ble konsensus til slutt oppnådd. SOC-8 presenterer behandlingsstandarder som etterstrever å være gjeldene for TKN-personer globalt, uansett hvordan en person identifiserer seg eller uttrykker sitt kjønn.

### *Kontekst*

Språket som ble valgt i dette kapitlet kan ikke (og kunne aldri) være dekkende for hver eneste kultur og geografisk region. Forskjeller og debatter om hensiktsmessige begrep og spesifikk terminologi er vanlig, og ingen enkeltbegreper kan brukes uten kontrovers. Målet for dette kapitlet er å være så inkluderende som mulig, og tilby et felles vokabular som er respektfullt og reflekterer varierte erfaringer blant TKN-personer, samtidig som det forblir tilgjengelig for helsepersonell og andre som tilbyr helsetjenester, og offentligheten, som del av en overordnet nytte SOC-8 er tiltenkt. I siste instans burde tilgang til transisjonsrelaterte helsetjenester handle om å tilby adekvat informasjon og innhente informert samtykke, og ikke på hvilke ord TKN-personer, eller de som tilbyr helsetjenester, bruker for å beskrive deres identiteter. Å bruke språk og terminologi som er respektfull og kulturelt lydhør er en grunnleggende del av tilbudet om bekreftende behandling og omsorg, og det er også redusering av stigma og skade som erfares av mange TKN-personer som oppsøker helsehjelp. Det er helt avgjørende at de som tilbyr helsetjenester diskuterer

<sup>2</sup> Se fotnote om «TKN» på side 1 i Introduksjonen.





med brukere hva slags språk de er mest komfortable med, for så å bruke det i størst mulig grad.

Dette kapitlet forklarer hvorfor terminologien i dette dokumentet er foretrukket over annen terminologi. I stedet for å bruke spesifikke begreper blant medisinske, juridiske og rettighetspolitiske grupper, er målet her å fremme bruk av felles språk og en delt forståelse i feltet TKN-helse, og i de mange relaterte feltene (f.eks. epidemiologi, jus), for å optimalisere helsesituasjonen blant TKN-personer.

«Sex» (tillagt kroppslig kjønnskategori basert på forventet produksjon av kjønnsceller), «gender» (sosialt kjønn,

normativt forbundet med kroppslig kjønnskategori), kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk brukes i det engelske språk som beskrivende ord som kan gjelde for alle mennesker, både TKN-personer, og de som ikke er det. Det finnes komplekse grunner til hvorfor veldig spesifikt språk kan være mest respektfullt, mest inkluderende, eller mest akseptert av globale TKN-miljøer, inkludert om det finnes, eller ikke, ord for å beskrive disse begrepene på andre språk enn engelsk. Videre kan det handle om det strukturelle forholdet mellom kroppslig og sosialt kjønn, juridiske landskap på lokalt, nasjonalt og internasjonalt nivå, og konsekvensene av historisk og nåværende stigma TKN-personer utsettes for.



### Anbefalinger

- 1.1- Vi anbefaler helsepersonell å bruke kulturelt relevant språk (inkludert begrep for å beskrive trans- og kjønnsnormbrytende personer) når de benytter *Standards of Care* i globale settinger.
- 1.2- Vi anbefaler at helsepersonell, i settinger der helsetjenester tilbys, bruker språk som som forsvarer prinsippene om, og oppfordrer til, sikkerhet, verdighet og respekt.
- 1.3- Vi anbefaler helsepersonell å diskutere med trans- og kjønnsnormbrytende personer hvilket språk eller begreper de foretrekker.

Fordi feltet for TKN-helse er sterkt dominert av det engelske språk, er det to spesifikke problemer som stadig oppstår når det gjelder å avklare terminologikonteksten til SOC-8. Det første problemet er ord som finnes på engelsk som ikke finnes på andre språk (f.eks. «sex» og «gender» (kroppslig kjønnskategori/sosial kjønnsrolle) representeres kun av ett ord på Urdu og på mange andre språk). Det andre problemet er at det finnes ord utenfor det engelske språk som ikke har en oversettele til engelsk (f.eks. *travesti, fa'afafine, hijra, selrata, muxe, kathoey, transpinoy, waria, machi*). I praksis betyr dette at den tunge innflytelsen til det engelske språket har konsekvenser på dette feltet både for hvilke begreper som er brukt, representert og validert. Ordene som brukes former også narrative som bidrar til å forme forståelser og oppfatninger. I tidligere versjoner av *Standards of Care* har World Professional Association for Transgender Health (WPATH) kun brukt transperson som et bredt definert paraplybegrep, men versjon 8 utvider dette språket og bruker TKN (TGD, o.a.) som paraplybegrep gjennomgående i hele dokumentet (Tildels korrekt, men en del steder står det bare «trans»/«transgender». Bl.a refereres det til forskning på de som *identifiserer* seg som «trans»; da oversettes det til «trans». Andre steder står det f.eks. «trans health»/«trans youth», men konteksten tilsier «TGD health»/«TGD youth», så jeg har oversatt til «helse blant TKN-personer» / «TKN-

ungdom». O.a.) (Se Kapittel 2 – Universell anvendbarhet)

Videre er språk alltid i utvikling, påvirket av eksterne faktorer og det sosiale, strukturelle, og personlige presset og volden som utøves mot TKN-personer og deres kropper. Mange av begrepene og uttrykkene i bruk historisk sett, har vært preget av hvordan, når og hvorfor de ble brukt i snakk om TKN-personer. Derfor har mange sluttet å bruke enkelte ord, eller de veldig kontroversielle blant TKN-personer. Dette betyr at noen foretrekker begreper andre samtidig synes er veldig støtende. Noen ønsker at disse behandlingstandardene kunne gi oss et koherent sett med globalt anerkjente begreper for å beskrive TKN-personer, identiteter og relaterte helsetjenester. En slik liste eksisterer ikke, og kan ikke eksistere, uten å ekskludere noen mennesker, og uten å forsterke strukturell undertrykkelse med hensyn til rase, nasjonal opprinnelse, urfolksstatus, sosioøkonomisk status, religion, språkbruk og etnisitet, blant andre interseksjonelle aspekter. Det er er høyst trolig at noe av språkbruken som nå brukes i SOC-8 vil anses som utdatert innen versjon 9 utvikles. Noen mennesker vil bli frustrert av dette, men det er også et håp om at dette vil bli sett som en mulighet for individer og miljøer til å utvikle og raffinere sine egne ordforråd, og til at folk utvikler en stadig mer nyansert forståelse av livene og behovene til TKN-personer, inkludert

TKN-personers resiliens og motstand mot undertrykkelse.

Avslutningsvis skal det sies at ansvarsområdet denne versjonen av *Standards of Care* går inn for å favne, inkluderer lovverk og juristers arbeid. Som sådan anvendes (i den engelske originalutgivelsen av SOC-8, o.a.) det språket som brukes mest innenfor internasjonalt lovverk, for å tilføre noe til utviklingen av de funksjonelle definisjonene av disse begrepene og oppfordre til bruk av disse i juridiske sammenhenger, istedet for mer utdaterte og støtende ord. Det mest grundige dokumentet på det internasjonale menneskerettighetsfeltet per idag, bruker begrepet «gender diverse»<sup>1</sup> (Direkte oversatt er dette «kjønns mangfoldige». Det gjelder her *de som diskrimineres for kjønnsuttrykk eller kjønnsidentitet*. Jeg har, som anmerket på side 1, på norsk valgt «kjønnsnormbrytende» for å oversette «gender diverse» mer generelt. O.a.).

Alle anbefalingene i dette kapittelet er basert på en grundig gjennomgang av evidens, vurdering av fordeler og skadevirkninger, verdier og preferanser blant pasienter og de som tilbyr helsetjenester, og ressursbruk og gjennomførbarhet. I noen tilfeller anerkjenner vi at evidens er begrenset, og/eller at tjenestene ikke er tilgjengelige eller ønskelige.

### Anbefaling 1.1

**Vi anbefaler helsepersonell å bruke kulturelt relevant språk (inkludert begrep for å beskrive TKN-personer) når de benytter *Standards of Care* i globale settinger.**

I forskjellige globale settinger brukes kulturelt relevant språk for å beskrive TKN-personer. For eksempel er begrepene *sex* og *gender* (tillagt kroppslig

516  
kjønnskategori, og sosialt kjønnsuttrykk og identifisering som antas å normativt samsvare med dette, o.a.), og *gender diversity* (kjønns mangfold, eventuelt kjønnsnormbrudd, o.a.), brukt på varierte måter i diverse kontekster, en variasjon som også gjelder språket som brukes for å forklare begrepene. Således vil ikke språket som brukes i helsearbeid med TKN-personer i Thailand være det samme som språket som brukes i Nigeria. Vi anbefaler at helsepersonell som skal anvende *Standards of Care* bruker lokalt språk og begreper når de tilbyr helsetjenester i sine spesifikke kulturelle og geografiske kontekster.

Kjønnsbekreftelse refererer til prosessen med å anerkjenne eller bekrefte TKN-personer i deres kjønnsidentitet – enten sosialt, medisinsk, juridisk, adferdsmessig, eller i en kombinasjon av disse (Reisner, Poteat et al., 2016). Helsetjenester vi kan kalle kjønnsbekreftende eller transkompetente, bruker kulturelt spesifikt språk i sin ivaretagelse av TKN-personer. Kjønnsbekreftende ivaretagelse er ikke synonymt med transisjonsrelaterte intervensjoner for helsen. Tilgjengeliggjøring av transisjonsrelaterte intervensjoner, som medisinsk kjønnsbekreftelse med hormoner eller kirurgi, utgjør ikke i seg selv kjønnsbekreftende ivaretagelse, og sier ikke noe om kvaliteten eller sikkerheten i det som tilbys.

Konsultering og partnerskap med TKN-miljøer kan bidra til å sikre relevans og inkluderende språkbruk i helsetilbudet lokalt i spesifikke sammenhenger og settinger.

### Anbefaling 1.2

**Vi anbefaler at helsepersonell, i settinger der helsetjenester tilbys, bruker språk som forsvarer og oppfordrer til prinsipper om sikkerhet, verdighet og respekt.**

og avstå fra å gjøre antagelser om en TKN<sup>17</sup> person sine behov basert på deres kjønn, eller TKN-status.

### Anbefaling 1.3

**Vi anbefaler helsepersonell å diskutere med TKN-personer hvilket språk eller hvilke begreper de foretrekker.**

Vi anbefaler helsepersonell som behandler TKN-personer å diskutere med dem hvilket språk eller begreper som brukes når de skal referers til. Dette inkluderer å spørre TKN-personer hvordan de foretrekker å bli adressert med navn og pronomen, og om språket som burde brukes for å beskrive deres kroppsdeler. Å anvende kjønnsbekreftende språk og begreper er en nøkkelkomponent i ivaretagelse av TKN-personer (Lightfoot et al., 2021; Vermeir et al., 2018). Videre kan denne kommunikasjonen hjelpe med å bygge tillit og skape god tone, og dermed redusere mistillitten mange TKN-personer føler til både helsepersonell og i helsevesenet mer generelt. Samtaler, og bruk av språk og begreper, kan også gjøre det enklere å inkludere pasienten i, og unngå at pasienten forlater, helsetjenester som ikke er spesifikt TKN-relatert, slik som deltagelse i preventive, rutinemessige screeninger, og nødvendig medisinsk oppfølging av eventuelle funn. I elektroniske journaler kan det gjøres til standard praksis å lagre oversikt over anatomi/organer for å informere riktig klinisk praksis, istedet for å belage seg på kroppslig kjønnskategori som ble tillagt ved fødsel, eller kjønnsidentitetsbegreper.

Helsepersonell, og steder der helsetjenester tilbys, kan implementere standardprosedyrer for å fasilitere slike samtaler, som blant annet bruk av registreringsskjemaer som inkluderer valgte pronomen og navn, oppfordring til alle ansatte (uavhengig av kjønn, altså både ciskjønnete og TKN-personer) om å bruke

Sikkerhet, verdighet og respekt er grunnleggende menneskerettigheter (International Commission of Jurists, 2007). Vi anbefaler at helsepersonell anvender språk som ivaretar disse menneskerettighetene når de gir helsehjelp til TKN-personer. Mange TKN-personer har erfart stigmatisering, diskriminering og dårlig behandling i helsevesenet, som har resultert i negative konsekvenser for helsen (Reisner, Poteat et al., 2016; Safer et al., 2016; Winter, Settle et al., 2016). Slike erfaringer inkluderer feilkjønn, å bli nektet behandling og annen hjelp når de er syke eller skadet, og å måtte lære opp helsepersonell for å motta adekvat hjelp (James et al., 2016). Konsekvensen er at mange TKN-personer føler seg utrygge når de oppsøker helsetjenester. De unngår eventuelt helsevesenet og oppsøker andre måter å få dekket sine helserelaterte behov, som å ta hormoner uten resept og uten oppfølging, og å stole på likesinnede for medisinske råd. Videre er det fastslått at TKN-personers negative erfaringer med helsetjenester er forbundet med framtidig unngåelse av helsetjenester.

Mange TKN-personer har blitt behandlet urettferdig, fordomsfullt og uverdigg av helsepersonell, og mangel på tillitt er ofte et hinder for god ivaretagelse. Det er avgjørende for å sikre helse, trivsel og velvære, og rettigheter for TKN-personer globalt, at språk som baseres i prinsippene sikkerhet, verdighet og respekt brukes der helsetjenester tilbys. Språk er en sentral del av kjønnsbekreftende ivaretagelse, men kun språk alene løser ikke, eller bøter på, den systematiske mishandlingen, og til tider volden, som TKN-personer globalt står overfor i møte med helsevesenet. Språk er kun et viktig skritt mot pasient- og brukersentrerte og likeverdige helsetjenester for TKN-personer. Andre konkrete tiltak helsepersonell kan gjennomføre er å sikre informert samtykke



pronomen i introduksjoner, å ha pronomen ved siden av navnet på alle dokumenter med pasienters navn på, og å ikke bruke kjønnede betegnelser, (f.eks. Fru, Herr). Det kan implementeres retningslinjer for å sikre pasienters rett til privatliv og konfidensialitet, inkludert det at de forteller om å være en TKN-person, og for å sikre at dokumentering gjøres på hensiktsmessig måte. For eksempel kan en retningslinje på en klinikk være å dokumentere den informasjonen som privat og konfidensiell mellom pasient og helsepersonell, og å bare kunne dele den med de som har legitimt behov for den.

### Note

1. A/73/152, Report of the Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity

## KAPITTEL 2 Universell anvendbarhet

Folk som bryter med kulturelt etablerte grenser rundt kroppslige og sosiale kjønn har eksistert i mange kulturer på verdensbasis siden eldgamle tider; noen ganger er dette anerkjent gjennom begreper i lokale språk (Feinberg, 1996). I motsetning til den nyere patologiseringen av kjønnsnormbrudd, der det behandles som sykkelig, har noen kulturer tradisjonelt sett feiret og ivaretatt slikt mangfold (f.eks., Nanda, 2014; Peletz, 2009). I dag kan vi si at paraplybegrepet trans- og kjønnsnormbrytende (TKN) personer favner en enorm variasjon av kjønnsidentiteter og uttrykk, og dette er derfor også en populasjon med varierte erfaringer og behov for helsetjenester. TKN-personer representerer viktige aspekter ved menneskelig mangfold generelt, og World Professional Association for Transgender Health (WPATH) mener dette bør verdsettes og feires. TKN-personer tilfører fremdeles essensielle verdier til samfunnene de er del av, men disse er ofte ikke anerkjent.

Urovekkende nok, opplever mange TKN-personer i vår tid stigma, fordommer, diskriminering, trakassering, mishandling og vold, noe som resulterer i både sosial, økonomisk og juridisk marginalisering, dårlig fysisk og psykisk helse, og til og med død – en prosess som har blitt karakterisert som en nedoverbakke av stigma og sykdom (Winter, Diamond et al., 2016). Erfaringer som dette (og forventningene eller frykten for å komme til å ha dem) fører til det Meyer har beskrevet som minoritetsstress (Meyer, 2003; se også Bockting et al., 2013 som skriver spesifikt om TKN-personer), og er forbundet med dårlig fysisk (f.eks. Rich et al., 2020) og psykisk (f.eks., Bränström et al., 2022; Scandurra et al., 2017; Shipherd et al., 2019, Tan et al., 2021) helse.

Vold mot TKN-personer er et spesifikt problem. Også globalt sett er det utbredt, variert (følelsesmessig, seksuelt og fysisk,

se f.eks. Mujugira et al., 2021), og involverer en bred variasjon av aktører og gjerningspersoner (inkludert statlige aktører). Mordstatistikken, altså den mest ekstreme voldskonsekvensen, er alarmerende. På verdensbasis ble det dokumentert over 4000 mord mellom januar 2008 og september 2021. Statistikken er ansett som forskningsmessig svak på grunn av underrapportering (TGEU, 2020).

Siden *Standards of Care 7* (SOC-7) ble publisert, har synet på TKN-personer og helsetjenester endret seg dramatisk. Det internasjonale medisinske feltet klassifiserer ikke lenger TKN-identiteter som psykisk lidelse. I *Diagnostic and Statistical Manual, 5. versjon* (DSM-5) utgitt av American Psychiatric Association (APA, 2013), fokuserer diagnosen *kjønnsdysfori* på enhver plage eller ubehag som følger av å være en TKN-person, og ikke kjønnsidentiteten i seg selv. En revisjon (DSM-5-TR) ble publisert i 2022. I *International Classification of Diseases, 11. versjon* (ICD-11), den diagnostiske manualen til Verdens Helseorganisasjon (WHO, 2019b), ble diagnosen *kjønnsinkongruens* plassert i et kapittel om seksuell helse. Den fokuserer på personens erfaring av identitet og ethvert behov for kjønnsbekreftende behandling som kan følge fra den identiteten. Slik utvikling vi ser her, som involverer depatologisering (eller mer presist en depsykopatologisering) av TKN-identiteter, er fundamentalt viktig av flere grunner. På helsefeltet kan det ha hjulpet, fordi det støtter en ivaretagelsesmodell som vektlegger pasienters aktive deltagelse i prosessen med avgjørelser om egen helse, med støtte fra helsepersonell (Baleige et al., 2021). Det er rimelig å anta at en slik utvikling også støtter opp under mer sosialt inkluderende retningslinjer, slik som juridisk reform omkring anerkjennelse av selvbestemt kjønn, noe som gjør det lettere å tilnærme seg dette som en rettighet uten å avkreve diagnose, hormonbehandling eller kirurgi. TKN-personer som har endret kjønnsmarkør i offentlige dokumenter har bedre psykisk helse (f.eks., Bauer et al., 2015; Scheim et al., 2020). En mer

rettighetsbasert tilnærming på dette området kan bidra veldig positivt til generell helse og trivsel blant TKN-personer (Aristegui et al., 2017).

Tidligere versjoner av SOC viser oss at mye av den registrert kliniske erfaringen og kunnskapen på området kommer fra nord-amerikanske og vest-europeiske kilder. De har fokusert på kjønnsbekreftende helsetjenester i land med høye inntekter, der det relativt sett finnes godt finansierte helsevesen (inkludert helsepersonell som jobber med psykisk helse, endokrinologer, kirurger og andre spesialister), og der helsetjenester ofte er tilbudt på statens regning, eller (i det minste for noen pasienter) ved bruk av privat helseforsikring.

I mange land er helsetjenester for TKN-personer noe de kan se langt etter; ressurser på området kan være begrenset eller ikke-eksisterende og helsehjelp ofte utilgjengelig, utilstrekkelig, vanskelig å få tilgang til og/eller umulig å ha råd til. Det kan være det kun finnes få, om noen, helsepersonell (primærhelse eller spesialist). Finansiering til kjønnsbekreftende helsetjenester kan mangle fullstendig, og pasienter dekker selv alle kostnader til behandlingen de eventuelt kan få tilgang til. Helsepersonell mangler ofte helt både klinisk og kulturell kompetanse på området. Utdanningsmuligheter i retning av arbeid med disse pasientene kan også være begrensede (f.eks., Martins et al., 2020). Av alle disse grunnene, og på grunn av «vestlig» medisin sitt historiske syn på TKN-personer som psykisk syke (et perspektiv som kun nylig har endret seg), har TKN-personer i stor grad opplevd stor avmakt som forbrukere av helsetjenester.

Helsepersonell opplever at den relevante forskningslitteraturen i stor grad er nord-amerikansk og europeisk, og at det innebærer spesifikke utfordringer for de

som jobber i helsevesen som er spesielt dårlig finansiert. Nyere initiativer, som ofte involverer TKN-interessenter som partnere, endrer nå i noen grad denne situasjonen ved å tilføre en større mengde praksisbasert kunnskap i andre regioner, inkludert om hvordan tilby effektiv og kulturelt kompetent helsemessig ivaretagelse i land med lavt og medium inntektsnivå, utenfor «det globale nord».

I de senere år har det blitt utviklet et bredt spekter av verdifulle ressurser innenfor dette feltet. Dahlen et al (2021) går i sitt arbeid gjennom tolv internasjonale retningslinjer for klinisk praksis, og over halvparten er utarbeidet av profesjonsfelt i Nord-Amerika (f.eks., Hembree et al., 2017) eller Europa (f.eks., T'Sjoen et al., 2020). Tre av dem er fra WHO (den nyeste er WHO, 2016). I dag finnes det mange andre ressurser, som ikke er på listen til Dahlen et al., som eksplisitt trekker på ekspertise fra regioner utenfor Nord-Amerika og Europa. Noen eksempler kan finnes i Asia og Stillehavsregionen (APTN, 2022; Health Policy Project et al., 2015), Karibia (PAHO, 2014), Thailand, Australia (Telfer et al., 2020), Aotearoa New Zealand (Oliphant et al., 2018), og Sør Afrika (Tomson et al., 2021) (se også TRANSIT (UNDP et al., 2016)). Disse ressursene har som oftest blitt utviklet gjennom initiativ fra, eller i samarbeid med, TKN-miljøer/organisasjoner lokalt eller internasjonalt. Denne partnerskapstilnærmingen, som fokuserer på å møte lokale behov, på trygge og kulturelt kompetente måter, kan også være relevant i bredere forstand, internasjonalt. Særlig kan noen av disse publikasjonene være til nytte for de som planlegger, organiserer og tilbyr helsetjenester i land med lavt inntektsnivå og få ressurser. Det finnes trolig også ytterligere ressurser vi ikke vet om, publisert på andre språk enn engelsk.

Globalt kan TKN-identiteter være forbundet med forskjellige forståelser, konseptuelt sett, av kroppslig og sosialt kjønn, og seksualitet, og eksistere i veldig forskjellige kulturelle (og noen ganger spirituelle) kontekster og historier. Når man tar i betraktning det komplekse forholdet



mellom sosiale og kulturelle faktorer, det juridiske, og behovene for og gjennomføringen av kjønnsbekreftende helsetjenester, bør SOC-8 tolkes i et perspektiv som er passende for, og kontekstuell riktig for hver helsefaglige persons individuelle praksis, samtidig som at man passer på å jobbe i tråd med grunnprinsippene SOC-8 bygger på (APTN and UNDP, 2012; Health Policy Project et al., 2015; PAHO, 2014).

Det er innenfor denne konteksten, og ved å trekke bredt på TKN-personers erfaringer og på helsepersonell internasjonalt, at vi i dette kapitlet vurderer SOC-8 sin anvendbarhet som universelle retningslinjer. Vi framsetter nøkkelpunkter som helsepersonell kan vurdere, og konkluderer ved å anbefale kjerneprinsipper og praksis som er grunnleggende for moderne helsetjenester for TKN-personer, uansett hvor de bor og hvor mye ressurser som er tilgjengelig for de som ønsker å tilby slike helsetjenester.

### Anbefaling 2.1

#### **Vi anbefaler helsevesener å tilby medisinsk nødvendige kjønnsbekreftende helsetjenester til TKN-personer.**

Medisinsk nødvendighet er et vanlig uttrykk i forbindelse med tilgang til helsetjenester, og med hensyn til helseforsikring, globalt sett. En vanlig definisjon på medisinsk nødvendighet som er i bruk blant forsikringsaktører er «helsetjenester som helsepersonell, gjennom forsvarlig klinisk vurdering, ville tilby til en pasient for å forhindre, evaluere, diagnostisere eller behandle en sykdom eller skade eller medfølgende symptomer, og som er a) i samsvar med generelt akseptert medisinsk praksis; b) klinisk hensiktsmessig, med hensyn til type, hyppighet, omfang, sted og varighet, og anses som effektiv for pasientens sykdom eller skade; og (c) ikke primært av praktiske hensyn for pasienten, legen eller annet helsepersonell, og ikke mer kostbart enn en

annen tjeneste, eller rekke av tjenester, som minst like sannsynlig vil føre til et tilsvarende terapeutisk eller diagnostisk resultat, når det gjelder diagnose eller behandling av den pasientens sykdom eller skade». Behandlende helsepersonell legger fram, og dokumenterer, at den foreslåtte behandlingen er medisinsk nødvendig for behandling av tilstanden (American Medical Association, 2016).

Generelt betyr «akseptert standard av medisinsk praksis» at standarden er basert på troverdig vitenskapelig evidens som er publisert i fagfellevurdert medisinsk litteratur anerkjent i det relevante feltet, av etablerte spesialistforeninger, og/eller i legitime anbefalinger fra medisinske institutter/utdanninger, og syn blant medisinerere og/eller helsepersonell som praktiserer innen relevante kliniske felt.

Medisinsk nødvendighet er sentralt med hensyn til betaling, subsidiering og/eller refusjon for helsetjenester i deler av verden. Behandlende helsepersonell kan framlegge og dokumentere at en gitt behandling er medisinsk nødvendig for forebygging eller behandling av en tilstand. Hvis helsepolitikk og praksis gjør det utfordrende å få medisinsk nødvendig behandling, kan det være muligheter for å appellere til en myndighetsinstans eller en annen type instans for å få en uavhengig medisinsk gjennomgang.

Det bør anerkjennes at kjønns mangfold er noe som finnes generelt blant alle mennesker, og det er ikke noe patologisk ved det. Kjønnsinkongruens som fører til signifikant fortvilelse og funksjonstap innebærer like fullt ofte behov for medisinsk nødvendige kliniske intervensjoner. I mange land dokumenteres medisinsk nødvendig kjønnsbekreftende behandling, av behandlende helsepersonell, som behandling for kjønnsinkongruens (HA60 i ICD-11; WHO, 2019b) og/eller som behandling for kjønnsdysfori (F64.0 i DSM-5-TR; APA, 2022).

**Anbefalinger**

- 2.1- Vi anbefaler helsevesener å tilby medisinsk nødvendige kjønnsbekreftende helsetjenester til trans- og kjønnsnormbrytende personer.
- 2.2- Vi anbefaler helsepersonell og andre brukere av retningslinjene (SOC-8) å benytte anbefalingene på måter som møter behovene til lokale trans- og kjønnsnormbrytende personer, ved å tilby kulturelt sensitiv ivaretagelse som anerkjenner realitetene i landene de jobber i.
- 2.3- Vi anbefaler at helsepersonell må ha forståelse for innvirkningen sosiale holdninger, lovverk, økonomiske omstendigheter og helsevesen har, i de levde livene til trans- og kjønnsnormbrytende personer på verdensbasis.
- 2.4- Vi anbefaler at oversettelser av SOC-8 fokuserer på tverrkulturell, begrepsmessig, og innholdsmessig ekvivalens, for å sørge for at oversettelsen er på linje med de grunnleggende prinsippene SOC-8 er tuftet på.
- 2.5- Vi anbefaler at helsepersonell, og de som utarbeider retningslinjer, alltid forholder seg til SOC-8 sine grunnleggende prinsipper i sitt arbeid med trans- og kjønnsnormbrytende personer, for å sikre respekt for menneskerettigheter og tilgang til hensiktsmessig og kompetent helsehjelp, inkludert:

**Generelle prinsipper**

- Vær inkluderende, og jobb på måter som styrker og myndiggjør. Jobb med å redusere stigma og muliggjøre tilgang til hensiktsmessig helsehjelp for alle som oppsøker det;
- Respekter mangfold. Respekter alle klienter og alle kjønnsidentiteter. Ikke sykeliggjør forskjeller i kjønnsidentitet eller -uttrykk;
- Respekter universelle menneskerettigheter, inkludert retten til fysisk og psykisk integritet, autonomi og selvbestemmelse; frihet fra diskriminering, og retten til det høyest mulige nivået av helse.

**Prinsipper som angår utvikling og implementering av hensiktsmessig ivaretagelse og tilgjengelige helsetjenester**

- Involver trans- og kjønnsnormbrytende personer i utviklingen og implementeringen av tjenester;
- Sørg for å være oppmerksom på sosiale, kulturelle, økonomiske og juridiske faktorer som kan ha innvirkning på helsen (og relaterte behov) blant trans- og kjønnsnormbrytende personer, og i tillegg hver persons villighet og kapasitet til å benytte tjenesten;
- Tilby helsehjelp (eller referer videre til kompetente kollegaer) som bekrefter kjønnsidentiteter og -uttrykk, inkludert helsetjenester som reduserer stresset forbundet med kjønnsdysfori (hvis dette gjelder for vedkommende pasient);
- Avvis tilnærminger som har konvertering som mål eller virkning, og unngå å gi noen som helst direkte eller indirekte støtte til slike tilnærminger eller tjenester.

**Prinsipper angående kompetanse i tilbud og gjennomføring av helsetjenester**

- Sørg for å ha kunnskap om helsemessige behov blant trans- og kjønnsnormbrytende personer (gjennomgå opplæring, der dette er mulig), inkludert fordeler og risikoer ved kjønnsbekreftende behandling;
- Sørg for at behandlingstilnærming passer de spesifikke behovene til hver klient, spesielt behov for kjønnsidentitet og -uttrykk;
- Fokuser på å fremme helse, trivsel og velvære, og ikke kun på å redusere kjønnsdysfori, som kan være tilstede eller ikke;
- Forplikt deg til skadereduserende intervensjoner der dette er hensiktsmessig;
- Sørg for trans- og kjønnsnormbrytende personers fulle, stadig pågående, og informerte medvirkning i avgjørelser som angår deres helse, trivsel og velvære;
- Bidra til å gjøre erfaringer med helsetjenester bedre, inkludert de som gjelder samhandling med administrative systemer og de som er knyttet til kontinuitet og oppfølging.

**Prinsipper angående bredere samfunnsmessige tilnærminger til, og innsats for, forbedret helse**

- Bidra til å sette pasienter i kontakt med relevante miljøer og støttenettverk;
- Gi støtte til, og vær en pådriver for dine klienter/pasienter overfor deres familier og omgivelser (skoler, arbeidsplasser og andre settinger) der dette er hensiktsmessig.

Sterk evidens demonstrerer bedret livskvalitet, trivsel og velvære ved kjønnsbekreftende behandlinger for TKN-personer, inkludert hormonelle og kirurgiske prosedyrer, når disse er forsvarlig indikert og gjennomført slik det er anbefalt i SOC-8 (f.eks., Ainsworth & Spiegel, 2010; Aires et al., 2020; Aldridge et al., 2020; Almazan & Keuroghlian, 2021; Al-Tamimi et al., 2019; Balakrishnan et al., 2020; Baker et al., 2021; Buncamper et al., 2016; Cardoso da Silva et al., 2016; Eftekhar Ardebili, 2020; Javier et al., 2022; Lindqvist et al., 2017; Mullins et al., 2021; Nobili et al., 2018; Owen-Smith et al., 2018; Özkan et al., 2018; T'Sjoen et al., 2019; van

de Grift, Elaut et al., 2018; White Hughto & Reisner, Poteat et al., 2016; Wierckx, van Caenegem et al., 2014; Yang, Zhao et al., 2016). Kjønnsbekreftende intervensjoner kan også inkludere prosedyrer for hårfjerning og hårtransplantasjoner, stemmeterapi/-kirurgi, rådgivning/terapi, og andre medisinske prosedyrer som kreves for å effektivt bekrefte en persons kjønnsidentitet og redusere kjønnsinkongruens og -dysfori. I tillegg kan endring av juridisk kjønn og navn på identitetspapirer ha positiv virkning, og noen steder er dette avhengig av medisinsk dokumentasjon som pasienter kan be helsepersonell om å bidra med.

Kjønnsbekreftende intervensjoner er basert på

flere tiår med klinisk erfaring og forskning. Derfor er dette ikke å anse som eksperimentelt, kosmetisk eller kun et praktisk hensyn for en pasient. Slike intervensjoner er trygge og effektive for å redusere kjønnsinkongruens og -dysfori (f.eks., Aires et al., 2020; Aldridge et al., 2020; Al-Tamimi et al., 2019; Balakrishnan et al., 2020; Baker et al., 2021; Bertrand et al., 2017; Buncamper et al., 2016; Claes et al., 2018; Eftekhar Ardebili, 2020; Esmonde et al., 2019; Javier et al., 2022; Lindqvist et al., 2017; Lo Russo et al., 2017; Marinkovic & Newfield, 2017; Mullins et al., 2021; Nobili et al., 2018; Olson-Kennedy, Rosenthal et al., 2018; Özkan et al., 2018; Poudrier et al., 2019; T'Sjoen et al., 2019; van de Grift, Elaut et al., 2018; White Hughto & Reisner, Poteat et al., 2016; Wierckx, van Caenegem et al., 2014; Wolter et al., 2015; Wolter et al., 2018).

Derfor oppfordrer WPATH alle helsevesener til å tilby disse medisinske nødvendige behandlingene, og eliminere enhver ekskludering fra sine politiske og medisinske retningslinjer som utelukker dekning til medisinske nødvendige prosedyrer eller behandling for helse og velvære blant TKN-personer. Med andre ord bør myndigheter sørge for at helsetjenester for TKN-personer etableres, utvides eller forbedres (alt ettersom hva situasjonen er), som elementer i ethvert system, enten det er et gratis helsevesen, en offentlig del av et helsevesen, subsidierte systemer, eller eventuelle myndighetsregulerte private tilbud. Helsevesen bør sikre at stadig pågående ivaretagelse, både når det gjelder rutine og spesialisttjenester, er enkelt tilgjengelig og økonomisk gjennomførbart for alle innbyggere, på en rettferdig og likeverdig basis.

Medisinske nødvendige kjønnsbekreftende intervensjoner er diskutert i SOC-8. Disse inkluderer, men er ikke begrenset til: hysterektomi +/- bilateral salpingo-ooforektomi (fjerning

av livmor +/- eggledere og eggstokker, o.a.),<sup>5,33</sup> bilateral mastektomi (fjerning av begge bryster, o.a.), rekonstruksjon av brystkasse eller feminiserende mammaplastikk (konstruksjon av bryster, o.a.), endring av størrelse på brystvorter, plassering av brystproteser, og typer genital rekonstruksjon som falloplastikk (konstruksjon av penis, o.a.), metoidoplastikk (utnytter forstørret klitoris etter testosteronbehandling, o.a.), scrotoplastikk (fjerning av scrotum, o.a.), orkiektomi (fjerning av testikler, o.a.), penektomi (fjerning av penis, o.a.), vaginoplastikk (konstruksjon av vagina, o.a.), og vulvoplastikk (konstruksjon av vulva, o.a.). Videre kan det inkludere bruk av proteser for penis og testikler, hårfjerning fra ansikt, kropp, og genitale områder for kjønnsbekreftelse, eller som del av preoperativ forberedelse, kjønnsbekreftende ansiktskirurgi, kirurgisk kroppsforming, stemmeterapi og/eller kirurgi, pubertetsblokkerende behandling, kjønnsbekreftende hormonbehandling, og rådgivning eller psykoterapi når dette er hensiktsmessig for pasienten, basert på en gjennomgang av pasientens individuelle omstendigheter og behov.

### Anbefaling 2.2

**Vi anbefaler helsepersonell og andre brukere av retningslinjene (SOC-8) å benytte anbefalingene på måter som møter behovene til lokale TKN-personer, ved å tilby kulturelt sensitiv ivaretagelse som anerkjenner realitetene i landene de jobber i.**

TKN-personer identifiserer seg på mange forskjellige måter rundt i verden, og disse identitetsbegrepene eksisterer innenfor en kulturell kontekst. I engelsktalende land identifiserer TKN-personer seg blant annet som «transsexual, trans, gender nonconforming, gender queer or diverse, nonbinary», eller, videre, som «transgender and/or gender diverse» i tillegg til andre identiteter, inkludert (for mange som identifiserer seg innenfor en kjønnsdikotomi) «male or female» (f.eks., James et al., 2016; Strauss et al., 2017; Veale et al., 2019). (I Norge identifiserer TKN-personer seg nå for tiden blant annet som trans, transmann, transkvinne, ikke-binær eller skeiv, i tillegg til mann eller kvinne, o.a.)

Andre steder kan vi se at identiteter inkluderer, men er ikke begrenset til, *travesti* (i mye av Mellom- og Sør Amerika), *hijra* (i mye av Sør Asia), *khwaja sira* (i Pakistan), *achout* (i Myanmar), *maknyah*, *paknyah* (i Malaysia), *waria* (Indonesia) *kathoey*, *phuying kham phet*, *sao praphet song* (Thailand), *bakla*, *transpinay*, *transpinoy* (Filippinene), *fa'afafine* (Samoa), *mahu* (Fransk Polynesia, Hawai'i), *leiti* (Tonga), *fakafifine* (Niue), *pinapinaaine* (Tuvalu og Kiribati), *vakasalewalewa* (Fiji), *palopa* (Papua Niugini), *brotherboys* og *sistergirls* (urfolk, og folk fra Torres Strait Island, i Australia), og *akava'ine* (Cook Islands) (f.eks., APTN and UNDP, 2012; Health Policy Project et al., 2015; Kerry, 2014). Det finnes også et stort antall *two spirit* identiteter i Nord-Amerika (f.eks., *nadleehi* i Navajo (Diné) kulturen) (Sheppard & Mayo, 2013). Identitetene som hvert av disse begrepene refererer til er ofte kulturelt komplekse, og kan fungere i en spirituell eller religiøs kontekst. Avhengig av kulturene og identitetene vi snakker om, kan noen sees på som såkalt tredje kjønn, på utsiden av det binære kjønnsmeningssystemet (f.eks., Graham, 2010; Nanda, 2014; Peletz, 2009). Noen TKN-identiteter er mindre etablert enn andre. Mange steder i verden er synligheten av transmenn og ikke-binære transmaskuline identiteter noe relativt nytt, med få eller ingen fungerende tradisjonelle begreper i lokale språk (Health Policy Project et al., 2015). Uansett hvor eller med hvem helsepersonell arbeider (inkludert de som jobber med etniske minoriteter, migranter og flyktninger), trenger de å være oppmerksomme på den kulturelle konteksten der folk har vokst opp og lever, og samtidig konsekvensene dette har for helsemessig ivaretagelse.

På verdensbasis varierer tilgjengelighet, tilgang, akseptabilitet og kvalitet på helsetjenester veldig, noe som resulterer i forskjellsbehandling innenfor og mellom land (OECD, 2019). I noen land eksisterer offisielle helsevesen parallelt med etablerte,

tradisjonelt baserte helsevesen, der urfolksmodeller vektlegger viktigheten av holistisk ivaretagelse (WHO, 2019a). Helsepersonell bør være oppmerksomme på de tradisjoner og realiteter helsetjenester er tilgjengelige innenfor, og være støttende på måter som respekterer lokale behov og TKN-identiteter, og tilby kulturelt kompetent og trygg ivaretagelse av helse.

### Anbefaling 2.3

**Vi anbefaler at helsepersonell må ha forståelse for innvirkningen sosiale holdninger, lovverk, økonomiske omstendigheter og helsevesen har i de levde livene til TKN-personer på verdensbasis.**

TKN-personers levde erfaringer varierer enormt, avhengig av en rekke faktorer, inkludert sosiale, kulturelle (inkludert spirituelle), juridiske, og geografiske. Når TKN-personer bor steder der omgivelsene bekrefter deres kjønn og/eller kulturelle identiteter, kan disse erfaringene være veldig positive. I denne sammenhengen er familie veldig viktig (f.eks., Pariseau et al., 2019; Yadegarfarid et al., 2014; Zhou et al., 2021). Likevel, når man ser på dette i et globalt perspektiv, er TKN-personers omstendigheter ofte utfordrende. De nektes ofte det som er bredt akseptert som internasjonale menneskerettigheter. Dette inkluderer rett til utdanning, helse og beskyttelse fra medisinske overgrep, arbeid og adekvat levestandard, bosted, bevegelses- og uttrykksfrihet, privatliv, sikkerhet, liv, familie, frihet fra vilkårlig frihetsberøvelse, rettfærdig rettergang, human behandling under forvaring, og frihet fra tortur, umenneskelig behandling eller straff (International Commission of Jurists, 2007, 2017).

Det er bredt akseptert at det å nekte kjønn- og seksualitetsminoriteter rettigheter kan innvirke på deres helse, trivsel og velvære (f.eks., OHCHR et al., 2016; WHO, 2015). Vi understreker derfor viktigheten av rettighetene for TKN-personer, og noterer oss igjen WPATH sitt tidligere rettighetsarbeid, inkludert gjennom flerfoldige politiske retningslinjer (f.eks., WPATH, 2016, 2017, 2019). Helsepersonell kan



spille en viktig rolle i rettighetsarbeid, inkludert rett til gode kjønnsbekreftende helsetjenester som er hensiktsmessige, økonomisk gjennomførbare, og tilgjengelige.

Rundt om i verden har det blitt gjennomført et stort antall studier som detaljert beskriver utfordringene TKN-personer møter i sine liv, og innvirkningen dette har på deres helse, trivsel og velvære (f.eks., Aurat Foundation, 2016; Bhattacharya & Ghosh, 2020; Chumakov et al., 2021; Coleman et al., 2018; Heylens, Elaut et al., 2014; Human Rights Watch, 2014; James et al., 2016; Lee, Operario et al., 2020; Luz et al., 2022; McNeil et al., 2012, 2013; Motmans et al., 2017; Muller et al., 2019; Scandurra et al., 2017; Strauss et al., 2019; Suen et al., 2017; Valashany & Janghorbani, 2019; Veale et al., 2019; Wu et al., 2017). Forskningen viser at TKN-personer ofte opplever stigma og fordommer, og i tillegg diskriminering, trakassering, mishandling og vold, eller så lever de med forventninger om og frykt for dette. Sosiale verdier og holdninger som er fiendtlige til TKN-personer, ofte kommunisert til unge gjennom pensum i skolen (f.eks., Olivier & Thurasukam, 2018), uttrykkes også gjennom familiers avvisning (f.eks., Yadegarfar et al., 2014) og videreføres i lovverk, politikk og praksis som begrenser friheten til å uttrykke ens kjønnsidentitet og seksualitet, og hindrer tilgang til bolig, offentlige steder, utdanning, arbeid og tjenester (inkludert helsetjenester). Konsekvensen av alt dette er at TKN-personer ofte er nektet en rekke muligheter som er tilgjengelige for cispersoner, og fordrives til ytterkantene av samfunnet, uten støtte fra familie. Ytterligere ille er det at i mye av verden er TKN-personers tilgang til juridisk anerkjennelse av sitt kjønn begrenset eller ikke-eksisterende (f.eks., ILGA World, 2020a; TGEU, 2021; UNDP and APTN, 2017). I noen land trekker slike restriksjoner på sin støtte fra «gender-critical theorists» (som

kritisert av f.eks., Madrigal-Borloz, 2021; Zanghellini, 2020) («gender-critical» brukes også på norsk og referer til noen få, akademikere og andre, som benekter at en kjønnsidentitet som ikke samsvarer med kroppslig kjønnskategori tillagt ved fødsel er mulig, o.a.)

Tilnærminger til å endre noens kjønnsidentitet (reparative- eller konversjonsterapeutiske programmer som sikter på å gjøre noen ciskjønn) er utbredte, skadelige for TKN-personer (f.eks., APTN, 2020a, 2020b, 2020c, 2021; Bishop, 2019; GIRES et al., 2020; Turban, Beckwith et al., 2020), og (på sammen måte som intervensjoner som sikter på seksuell orientering) ansett som uetiske (f.eks., APS, 2021; Trispiotis and Purshouse, 2021; Various, 2019, 2021). Disse tilnærmingerne kan sees på som en form for vold. Den uavhengige FN-eksperten på beskyttelse mot vold og diskriminering basert på seksuell orientering og kjønnsidentitet, har oppfordret til et globalt forbud mot slike praksiser (Madrigal-Borloz, 2020). Et økende antall jurisdiksjoner forbyr slikt arbeid (ILGA World, 2020b).

Slike ulike forhold forskjellige steder, oppstår på grunn av en rekke faktorer, inkludert økonomiske hensyn og verdier som ligger til grunn for eventuelle helsetjenester, særlig med hensyn til vektleggingen av offentlig, privat og egenfinansiering av helsetjenester. Mangel på hensiktsmessige og økonomisk tilgjengelige helsetjenester kan føre til større avhengighet av uformelle informasjonskanaler. Dette inkluderer informasjon om hvordan selv administrere sin hormonbehandling, som i mange tilfeller gjøres uten nødvendig medisinsk overvåking eller tilsyn (f.eks., Do et al., 2018; Liu et al., 2020; Rashid et al., 2022; Reisner et al., 2021; Winter & Doussantousse, 2009).

I noen deler av verden bruker transkvinner silikon som en måte å modifisere kroppene sine, ved bruk av silikoninjeksjoner, med såkalt «silikonpumpe», og/eller ved å gå på «pumpefester», ofte innen egne sosiale miljøer. De umiddelbare resultatene av slike injeksjoner må sees i kontrast til de signifikante påfølgende

helseerisikoene det innebærer (f.eks., Aguayo-Romero et al., 2015; Bertin et al., 2019; Regmi et al., 2021), spesielt der industriell silikon eller andre injiserbare substanser har blitt brukt, og der kirurgisk fjerning av dette kan være vanskelig.

Avslutningsvis har TKN-populasjonen dårlig seksuell helse. Prevalensen av HIV-smitte blant transkvinner som rapporterer til kliniske organisasjoner i urbane områder er ca. 19%, på verdensbasis, noe som er 49 ganger høyere enn prevalensen i den generelle befolkningen i tilsvarende områder (Baral et al., 2013). Seksuell helse for transmenn er også problematisk (f.eks., Mujugira et al., 2021).

#### Anbefaling 2.4

**Vi anbefaler at oversettelser av SOC-8 fokuserer på tverrkulturell, begrepsmessig, og innholdsmessig ekvivalens, for å sørge for at oversettelsen er på linje med de grunnleggende prinsippene SOC-8 er tuftet på.**

Mye av forskningslitteraturen om TKN-personer er produsert i engelsktalende land med høye inntektsnivåer. Perspektiver fra «det globale nord» på TKN-personer (inkludert omkring behov for og tilbud av helsetjenester) dominerer denne litteraturen. Et søk på Scopus database i mai 2021, gjennomført at de nåværende forfatterne, viser at 99% av litteraturen om TKN-helsetjenester kommer fra Europa, Nord-Amerika, Australia eller New Zealand. Tilsammen er 96% av litteraturen på engelsk. TKN-personer i «det globale sør» har fått relativt liten oppmerksomhet i den engelskspråklige litteraturen, og arbeidet til helsepersonell som jobber med dem, har ofte ikke blitt anerkjent eller publisert, eller har ikke blitt oversatt til engelsk. Det å anvende ressurser som er produsert i «det globale nord» innebærer en risiko for å overse relevansen av, og nyansene i, lokalkunnskap, kulturelle narrativer, rammer og praksis, og for å gå glipp av muligheter til å lære av

andres arbeid.

Når prinsippene som framsettes i SOC skal oversettes, anbefaler vi at det følges retningslinjer for kvalitetsmessig oversettelse, for å sikre at det produseres en ressurs som er av høy kvalitet, og er kulturelt og språklig hensiktsmessig i den lokale situasjonen. Det er viktig at oversettere har kunnskap om TKN-identiteter og kulturer, for å kunne vite om direkte oversettelser fungerer på en kulturelt kompetent måte, og er trygge for lokale TKN-personer. Det er også viktig at oversettelse følger etablerte prosesser for kvalitetssikring (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2010; Sprager & Martinez, 2015).

#### Anbefaling 2.5

**Vi anbefaler at helsepersonell, og de som utarbeider retningslinjer, alltid forholder seg til SOC-8 sine grunnleggende prinsipper i sitt arbeid med TKN-personer, for å sikre respekt for menneskerettigheter og tilgang til hensiktsmessig og kompetent helsehjelp, inkludert:**

##### *Generelle prinsipper*

- Vær inkluderende, og jobb på måter som styrker og myndiggjør. Jobb med å redusere stigma og muliggjøre tilgang til hensiktsmessig helsehjelp for alle som oppsøker det;
- Respekter mangfold. Respekter alle klienter og alle kjønnsidentiteter. Ikke sykelliggjør forskjeller i kjønnsidentitet eller -uttrykk;
- Respekter universelle menneskerettigheter, inkludert retten til fysisk og psykisk integritet, autonomi og selvbestemmelse; frihet fra diskriminering, og retten til det høyest mulige nivået av helse.

##### *Prinsipper som angår utvikling og implementering av hensiktsmessig ivaretagelse og tilgjengelige helsetjenester*

- Involver TKN-personer i utviklingen og implementeringen av tjenester;

- Sørg for å være oppmerksom på sosiale, kulturelle, økonomiske og juridiske faktorer som kan ha innvirkning på helsen (og relaterte behov) blant TKN-personer, og i tillegg hver persons villighet og kapasitet til å benytte tjenesten;
- Tilby helsehjelp (eller referer videre til kompetente kollegaer) som bekrefter kjønnsidentiteter og -uttrykk, inkludert helsetjenester som reduserer stresset forbundet med kjønnsdysfori (hvis dette gjelder for vedkommende pasient);
- Avvis tilnærminger som har konvertering som mål eller virkning, og unngå å gi noen som helst direkte eller indirekte støtte til slike tilnærminger eller tjenester.

#### *Prinsipper angående kompetanse i tilbud og gjennomføring av helsetjenester*

- Sørg for å ha kunnskap om helsemessige behov blant TKN-personer (gjennomgå opplæring, der dette er mulig), inkludert fordeler og risikoer ved kjønnsbekreftende behandling;
- Sørg for at behandlingstilnærming passer de spesifikke behovene til hver klient, spesielt behov for kjønnsidentitet og -uttrykk;
- Fokuser på å fremme helse, trivsel og velvære, og ikke kun på å redusere kjønnsdysfori, som kan være tilstede eller ikke;
- Forplikt deg til skadereduserende intervensjoner der dette er hensiktsmessig;
- Sørg for TKN-personers fulle, stadig pågående, og informerte medvirkning i avgjørelser som angår deres helse, trivsel og velvære;
- Bidra til å gjøre erfaringer med helsetjenester bedre, inkludert de som

gjelder samhandling med administrative systemer og de som er knyttet til kontinuitet og oppfølging.

#### *Prinsipper angående bredere samfunnsmessige tilnærminger til, og innsats for, forbedret helse*

- Bidra til å sette pasienter i kontakt med relevante miljøer og støttenettverk;
- Gi støtte til, og vær en pådriver for dine klienter/pasienter overfor deres familier og omgivelser (skoler, arbeidsplasser og andre settinger) der dette er hensiktsmessig.

Vi har allerede referert til forskning som detaljert viser til bredden av utfordringer TKN-personer kan oppleve; sosioøkonomiske og juridiske hindringer, og i tillegg det som handler om tilgang til helsetjenester. Selv om helsetjenester er varierte rundt i verden (med hensyn til hva som er tilgjengelig, adgang og kvalitet), så er de tjenestene som er tilgjengelige for TKN-personer ofte ikke tilstrekkelige. Mange rapporter fra forskjellige regioner viser at selv om TKN-personer noen ganger rapporterer positive erfaringer med helsetjenester, er det mange TKN-personer som ikke har positive erfaringer (f.eks., Callander et al., 2019; Costa, da Rosa Filho et al., 2018; Do et al., 2018; Gourab et al., 2019; Health Policy Project et al., 2015; Liu et al., 2020; Motmans et al., 2017; Muller et al., 2019; PAHO, 2014; Reisner et al., 2021; Strauss et al., 2017; TGEU, 2017). Ordinære helsetjenester møter ofte ikke deres behov for generell, seksuell eller kjønnsbekreftende ivaretagelse av helse. Vanlige administrative prosedyrer ved klinikker og sykehus anerkjenner ofte ikke TKN-pasienters kjønnsidentiteter (inkludert hvor på utsiden av det kjønnsbinære pasienter identifiserer seg). Pasienter kan bli innlagt på avdelinger som ikke samsvarer med deres kjønn, noe som plasserer dem i en risikosituasjon for seksuell trakassering. TKN-pasienter møter ofte på holdninger blant helsepersonell og andre ansatte som er fiendtlige eller ikke støttende, og kan til og med bli nektet bistand helt. Det er bekymringsfullt at helsepersonell i noen deler av



verden selv er involvert i forsøk på å endre folks kjønnsidentitet, slik det ble beskrevet tidligere i dette kapittelet.

Rundt i verden finnes det mange andre barrierer som hindrer at folk får tilgang til kjønnsbekreftende behandling. Helsepersonell kan ofte være uvillige til å tilby de tjenestene TKN-personer etterspør. I noen land kan det være lover eller andre reguleringer som vanskeliggjør det, eller forhindrer helsepersonell fra å tilby det. Når leger og annet helsepersonell ikke har tilgang til klare retningslinjer på deres eget språk, kan de være avskrekket fra å tilby tjenester. Selv i situasjoner der helsetjenester er tilgjengelige, kan det være vanskelig for pasienter å få tilgang, på grunn av avstand, en praksis med portvokterfunksjoner, og/eller en dynamikk der tilbud og etterspørsel skaper lange ventelister eller prisøkninger. Det kan være at kjønnsbekreftende prosedyrer ikke inkorporeres i gratis offentlige helsetjenester, eller dekkes av privat forsikring, selv om lignende prosedyrer kan dekkes for ciskjønnede pasienter. Av alle disse grunnene unngår mange TKN-personer å oppsøke konvensjonelle helsetilbud så mye de kan. Deres egne miljøer fyller ofte mange av funksjonene ved å fungere som viktige ressurser for sine medlemmer. I det som ellers ofte er fiendtlige omgivelser, tilbyr de følelsesmessig støtte. I tillegg fungerer de ofte som reservoarer av delt informasjon om tilgjengelige alternativer for helsetjenester, inkludert parallelle og uformelle helsetjenester utenfor (og mer tilgjengelig og rimeligere enn) det ordinære systemet. Som vi så tidligere i dette kapittelet, inkluderer dette ofte deling av informasjon om silikon og andre injiserbare substanser som kan endre kroppen, og om hormoner som administreres selv, uten nødvendigvis medisinsk overvåking eller tilsyn. WHO uttaler at det ville være bra for TKN-personer som selv administrerer kjønnsbekreftende hormoner å få tilgang til evidensbasert informasjon, kvalitetsprodukter, og sterilt sprøyteutstyr (WHO, 2021). Tilgang til slik informasjon kan utgjøre del av en bredere skadereduserende tilnærming

(f.eks., Idrus & Hyman, 2014).

Det å begynne å praktisere på måter basert i de viktige kjerneprinsippene framlagt over, kan forbedre helsetjenester og bidra til mer respekt for TKN-personer i alle lokale sammenhenger. Dette kan gjøres uansett hva slags realiteter som finnes i et helsevesen på nåværende tidspunkt (inkludert den kulturelle, sosiale, juridiske og økonomiske konteksten helsetjenester foregår), nivået av tjenester som faktisk er tilgjengelig, eller TKN-personene som oppsøker slike tjenester.

### KAPITTEL 3 Populasjonsestimater

I versjon 7 av *Standards of Care* identifiserte World Professional Association for Transgender Health (WPATH) kun et lite antall artikler der det var forsøkt å estimere populasjonen av trans og kjønnsnormbrytende (TKN) personer, og karakteriserte den vitenskapelige situasjonen som et tidlig utgangspunkt, der det var behov for videre systematiske studier (Coleman et al., 2012). Siden det har faglitteraturen om dette utvidet seg betraktelig, noe man kan se i et antall nylige gjennomganger som har forsøkt å sammenstille tilgjengelig evidens (Arcelus et al., 2015; Collin et al., 2016; Goodman et al., 2019; Meier & Labuski, 2013; Zhang et al., 2020).

Når man gjennomgår epidemiologisk data som omhandler TKN-populasjonen kan det være best å unngå ordene «insidens» og «prevalens». Å unngå disse og lignende ord kan utelukke at TKN-personer på upassende måter patologiseres (Adams et al., 2017; Bouman et al., 2017). Videre kan vi si at ordet «insidens» ikke fungerer i denne situasjonen fordi det forutsetter at en status som TKN-person har et lett identifiserbart tidsmessig utgangspunkt, som er en forutsetning for å kalkulere estimater på insidens (Celentano & Szklo, 2019). Av alle disse grunnene anbefaler vi å bruke ordene «antall» og «andel» for å betegne den absolutte og relative størrelsen på TKN-populasjonen.

Kanskje den aller viktigste vurderingen å ha med seg når man gjennomgår denne forskningslitteraturen, er den variable definisjonen som brukes om TKN-populasjonen (Collin et al., 2016; Meier & Labuski, 2013). I kliniske studier er materialet på TKN-personer typisk begrenset til individer som har fått transrelaterte diagnoser eller rådgivning, eller de som har bedt om eller gjennomgått kjønnsbekreftende behandling.

Surveybasert forskning derimot, fungerer typisk med en bredere, mer inkluderende definisjon som er basert på egenrapporterte kjønnsidentiteter.

Et annet metodologisk aspekt i vurderingen av størrelse og distribusjon i TKN-populasjonen, er behovet for å forstå hvilke utvalgsriterier som er brukt. Som påpekt i nyere gjennomganger (Goodman et al., 2019; Zhang et al., 2020): mange av de publiserte studiene, særlig de som ble utført for mer en ti år siden, registrerte først antall pasienter ved en spesifikk klinikk, og så ble dette tallet delt på et tilnærmet populasjonstall. Det er lite trolig at dette skulle gi korrekte estimater, ettersom telleren i beregningene ikke nødvendigvis er inkludert i nevneren, og den faktiske størrelsen på nevneren ofte er ukjent.

Tar vi dette med i betraktningen, er det tilrådelig å fokusere spesifikt på nyere (publisert det siste tiåret) fagfelleverdert forskning som har gjort stødige metodologiske vurderinger når de har identifisert TKN-personer, innenfor godt definerte utvalgsriterier. Av alle grunnene ovenfor, er dette kapittelet fokusert på studier som har oppfylt de følgende inklusjonskriteriene 1) de ble publisert i 2009 eller senere; 2) de bruker en klar definisjon på TKN-status; 3) utregnet prosentandel er basert på en klart definert nevner som angir populasjonens avgrensning; og 4) er fagfelleverdert. Denne typen studier kan gi oss mer presise, oppdaterte estimater.

De tilgjengelige studiene kan deles i tre grupper 1) de som rapporterte prosentandel TKN-personer blant folk tilknyttet store helsetjenestesystemer; 2) de som presenterte data fra surveystudier i populasjoner med hovedsakelig voksne respondenter; og 3) de som var basert på survey blant ungdom, gjennomført på skoler. Blant disse kategoriene er de mest informative og metodologisk stødige studiene oppsummert

nedенfor. Videre detaljer om disse og lignende studier kan leses i nyere litteraturgjennomganger (Goodman et al., 2019; Zhang et al., 2020).

Blant studiene som estimerte TKN-populasjonen blant folk tilknyttet store helsetjenestestrukturer, var alle gjennomf3rt i USA, og baserer seg p3 informasjon fra elektroniske journalsystemer. Fire av studiene baserte seg kun p3 diagnostiske koder for 3 ansl3 TKN-populasjonen; to studier (Blosnich et al., 2013; Kauth et al., 2014) brukte data fra «the Veterans Health Affairs system» som tilbyr tjenester til over 9 millioner mennesker, og to studier (Dragon et al., 2017; Ewald et al., 2019) brukte data om refusjonskrav fra «Medicare», det nasjonale helseforsikringsprogrammet som prim3rt dekker personer som er 65 3r eller eldre. Andelen TKN-personer som rapporteres i disse studiene, basert p3 diagnostiske koder, varierte fra ca. 0.02% til 0.03%. En annen mer nylig utgitt studie brukte ogs3 Medicare-data sammen med kommersielle, forsikringsmessige refusjonskrav, for 3 identifisere TKN-personer. Denne studien brukte videre inklusjonskriterier som inkluderte, i tillegg til diagnostiske koder, informasjon om prosedyrer og hormonbehandling (Jasuja et al., 2020). Med denne metodologien var andelen 0.03% TKN-personer blant alle med disse helseforsikringene. Den sjette studien basert i systemdata (Quinn et al., 2017) var utf3rt ved bruk av data hos «Kaiser Permanente» i delstatene Georgia og California; disse helseplanene yter tjenester til omtrent 3tte millioner personer som er medlemmer i kraft av sitt arbeidsforhold, statlige programmer, eller individuelt. Populasjonsandelen TKN-personer i Kaiser Permanente studien ble funnet ved bruk av data hentet p3 tvers av aldersgrupper ved bruk av b3de diagnostiske koder og kliniske fritekstnotater. Andelen identifisert var h3yere enn de korresponderende andelene rapportert i

studiene som brukte «Veterans Health Affairs» og «Medicare», med tall som varierer fra 0.04 til 0.08% i de nyeste estimatene.

I motsetning til data fra studier basert i slike systemer, produserer surveystudier basert p3 egenrapportert TKN-status mye h3yere estimater. To studier i USA brukte «the Behavioral Risk Factor Surveillance Study (BRFSS)», som er en 3rlig telefonsurvey i alle 50 delstater og USAs territorier (Conron et al., 2012; Crissman et al., 2017). Det f3rste brukte data fra 2007–2009 BRFSS syklusene i staten Massachusetts, og det andre brukte 2014 BRFSS data fra 19 stater og territoriet Guam. Begge studier rapporterte ca. 0.5% av voksne respondenter (minst 18 3r) svarte «ja» p3 sp3rsmålet «Anser du deg selv som transperson?»

En internettbasert survey administrert til den nederlandske befolkningen mellom 15 og 70 3r (Kuyper & Wijsen, 2014), ba respondentene om 3 svare p3 de f3lgende to sp3rsm3lene, ved bruk av en fem punkts Likert-skala: «Kan du indikere i hvilken grad du psykologisk sett opplever deg selv som mann?» og «Kan du indikere i hvilken grad du psykologisk sett opplever deg selv som kvinne?» Respondentene ble ansett som «kj3nnsambivalente» hvis de ga samme score til begge sp3rsm3lene, og «kj3nnsinkongruente» n3r de rapporterte en lavere score for kj3nnet de ble tillagt ved f3dsel, enn for kj3nnsidentiteten sin. Andelen som rapporterte inkongruent og ambivalent kj3nnsidentitet var, respektivt, 1.1% og 4.6%, for personer som ble tillagt den kroppslige kj3nnskategorien mann ved f3dsel (AMAB) (AMAB er forkortelse for «assigned male at birth», og brukes noe i Norge; det finnes ikke tilsvarende p3 norsk. Derfor brukes den engelske her, i oversatt tekst. O.a.), og, respektivt, 0.8% og 3.2%, for personer som ble tillagt den kroppslige kj3nnskategorien kvinne ved f3dsel (AFAB) (Tilsvarende forkortelse for «assigned

female at birth», og brukes her, o.a.)

En studie med lignende design anslo andelen TKN-personer i den belgiske regionen Flandern ved hjelp av et utvalg fra landets nasjonale register (Van Caenegem, Wierckx et al., 2015). Respondentene ble bedt om å score de følgende utsagnene: «Jeg føler meg som en kvinne» og «Jeg føler meg som en mann» på en fem punkts Likert-skala. Ved hjelp av de samme definisjonene som ble brukt i den nederlandske studien (Kuyper & Wijsen, 2014), rapporterte de at andelen kjønnsinkongruente var 0.7% for AMAB og 0.6% for AFAB. De korresponderende estimatene for kjønnsambivalens blant AMAB og AFAB var, respektivt, 2.2% og 1.9%.

En nyere populasjonsstudie evaluerte andelen TKN-personer blant ca. 50.000 voksne innbyggere i Stockholm kommune, Sverige (Åhs et al., 2018). Andelen ble anslått ved hjelp av utsagnet: «Jeg ville like å ta hormoner eller kirurgi for å være mer som et annet kjønn». To tilleggsspørsmål ble designet for å identifisere personer som opplever kjønnsinkongruens: «Det føles som om jeg har et annet kjønn» og «Jeg ville like å leve som eller bli behandlet som en av et annet kjønn». Behovet for enten hormonbehandling eller kjønnsbekreftende kirurgi ble rapportert av 0.5% av deltagerne. De som uttrykte å føle seg som en av et annet kjønn, og de som ville leve som eller bli behandlet som en av et annet kjønn, utgjorde, respektivt, 2.3% og 2.8% av totalutvalget.

Populasjonsbasert data utenfor Nord-Amerika og Vest-Europa er mindre vanlige. En nyere studie har innhentet verdifulle data, i et stort representativt survey av 6000 voksne i Brasil (Spizzirri et al., 2021). Deltagernes kjønnsidentitet ble vurdert ved hjelp av de følgende tre spørsmålene: 1) «Hvilket av de følgende valgene beskriver best hvordan jeg føler nå?» (Muligheter: Jeg føler at

Jeg er en mann, Jeg føler at jeg er en kvinne, og Jeg føler at jeg verken er mann eller kvinne); 2) «Hvilket kjønn er du registrert som på din fødselsattest?» (Muligheter: mann, kvinne, og uklart); og 3) «Hvilken av disse situasjonene relaterer du deg mest til?» (Muligheter: Jeg ble født gutt, men har følt meg som jente siden barndommen; Jeg ble født jente, men har følt meg som gutt siden barndommen; Jeg ble født gutt, og jeg føler meg komfortabel med kroppen min; Jeg ble født jente, og jeg føler meg komfortabel med kroppen min). Basert på svarene på disse tre spørsmålene anslo forfatterne av studien at 1.9% av survey respondentene var TKN-personer (0.7% definert som transpersoner og 1.2% definert som ikke-binære).

Litteraturen som omhandler andelen TKN-ungdommer i populasjonen (personer under 19 år) inkluderer flere surveystudier gjennomført på skoler. En surveybasert, kryss-seksjonell studie på New Zealand i 2012, samlet data om TKN-identitet blant elever på 11.-13. trinn (Clark et al., 2014). Blant over 8000 respondenter identifiserte 1.2% seg som TKN-personer, og 2.5% rapporterte at de ikke var sikre. En annen studie var basert på en survey av elever på 9. og 11. trinn (14-18 år), i 2016, i den amerikanske delstaten Minnesota (Eisenberg et al., 2017). Av de nesten 81.000 som svarte, rapporterte 2.7% at de var TKN-personer. En nyere studie (Johns et al., 2019) presenterte resultater fra «the Youth Risk Behavior Survey (YRBS)» i USA, som gjennomføres annethvert år blant elever på 9.-12. trinn (ca. 13-19 år) på representative utvalg fra lokale, statlige og nasjonale populasjoner. 2017 syklusen ble gjennomført i ti delstater og ni store urbane områder, og inkluderte de følgende sekvensene: «Noen mennesker beskriver seg selv som transpersoner når kjønns kategorien de ble registrert med ved fødselen ikke samsvarer med hvordan de tenker eller føler om sitt kjønn. Er du en transperson?» Blant nesten 120 000 deltagere i studien, tilsammen i de 19 områdene, svarte 1.8%



«Ja, jeg er en transperson» og 1.6% svarte «Jeg er usikker på om jeg er en transperson».

En annen nylig publisert, skolebasert studie i USA, presenterte resultater fra en 2015 survey i Florida og California. Den siktet på å identifisere kjønnsnormbrytende barn og ungdommer i et utvalg på rett over 6000 elever på 9.-12. trinn (Lowry et al., 2018). «Høy grad av kjønnsnormbrytende» ble brukt for å definere AMAB barn som rapporterte å være veldig/hovedsakelig/delvis feminine, eller AFAB barn som rapporterte å være veldig/hovedsakelig/delvis maskuline. Basert på disse definisjonene ble andelen TKN-deltagere rapportert som 13% blant AMAB elever, 4% blant AFAB elever, og 8.4% tilsammen.

Kun én studie undersøkte andelen som selv identifiserer seg som TKN-barn i en yngre aldersgruppe. Shields et al. analyserte data fra et 2011 survey av 2700 elever på 6.-8. trinn (11-13 år) gjennomført ved 22 offentlige skoler i San Francisco (Shields et al., 2013). 33 barn identifiserte seg som TKN basert på spørsmålet «Hva er ditt kjønn?» der de mulige svarene var «jente, gutt, eller transperson». Andelen transpersoner blant respondentene var 1.3%. Denne definisjonen ekskluderer TKN-personer som identifiserer seg som ikke-binære eller ikke eksplisitt som transpersoner.

Avslutningsvis: dette materialet indikerer at blant studier av systemdata, som anvendte diagnostiske koder eller annen medisinsk informasjon fra journaler (Blosnich et al., 2013; Dragon et al., 2017; Ewald et al., 2019; Kauth et al., 2014; Quinn et al., 2017), varierte andelen TKN-personer i nyere tid (2011–2016) mellom 0.02% og 0.08%. I sterk kontrast til dette, når status som TKN-person var basert på egenrapportering, var de korresponderende andelen mange ganger så høye, og rimelig konsistente, når

studiene brukte lignende definisjoner. Når studiene spesifikt spurte om identitet som «transperson», varierte estimatene fra 0.3% til 0.5% blant voksne, og fra 1.2% til 2.7% blant barn og ungdom. Når definisjonene var utvidet til å inkludere bredere manifestasjoner av kjønnsnormbrudd, slik som kjønnsinkongruens eller kjønnsambivalens, er de korresponderende tallene høyere: 0.5% til 4.5% blant voksne, og 2.5% til 8.4% blant barn og ungdom.

Som gjennomgått andre steder (Goodman et al., 2019), er det også verdt å merke seg at det er en stadig pågående økning både i størrelsen og sammensetningen av TKN-populasjonen. Både som observert i helsetjenestesystemer, i surveystudier av populasjoner, og i juridisk data om endring av kjønnsstatus, går andelen TKN-personer oppover. De høyere estimatene som finnes i mer nylig publisert litteratur, støtter argumenter om at størrelsen på TKN-populasjonen trolig var undervurdert i tidligere studier (Olyslager & Conway, 2008).

**Oppsummering av rapporterte andeler av trans- og kjønnsnormbrytende personer i den generelle befolkningen**

Studier basert på data fra helsevesen: 0.02-0.1%

Studier av voksne med surveybasert datainnsamling: 0.3-0.5% (transpersoner), 0.3-4.5% (alle trans- og kjønnsnormbrytende personer)

Studier av barn og ungdommer med surveybasert datainnsamling: 1.2-2.7% (transpersoner), 2.5-8.4% (alle trans- og kjønnsnormbrytende personer)

Det har også blitt rapportert om trender over tid i forholdet mellom antall AMAB og antall AFAB, i studier som analyserer henvisninger til klinikker, i tillegg til data fra integrerte helsetjenestesystemer; dette forholdstallet har endret seg fra hovedsakelig AMAB i tidligere tiår, til hovedsakelig AFAB i nyere tid, spesielt blant TKN-ungdommer (Aitken et al., 2015; de Graaf, Carmichael et al., 2018; de Graaf, Giovanardi et al. 2018; Steensma et al., 2018; Zhang et al., 2021). Trenden i retning av en større andel TKN-personer i yngre aldersgrupper, og den aldersrelaterte trenden i forholdstallet mellom AMAB og AFAB, representerer trolig en kohorteffekt, som reflekterer positive sosiopolitiske endringer, endrede henvisningsmønstre, økt tilgang til helsehjelp og medisinsk informasjon, mindre uttalt kulturelt stigma, og andre endringer som har differensierende innvirkning på tvers av generasjoner (Ashley 2019d; Pang et al., 2020; Zhang et al., 2020).

Til tross for forbedringer i kvaliteten på publiserte studier, er en viktig begrensning ved den eksisterende litteraturen det at det finnes en relativ knapphet i fagfelleverderte publikasjoner fra regioner utenfor Vest-Europa og Nord-Amerika. Noe av den relevante informasjonen om globale estimater kan finnes i rapporter som støttes av regjeringene, eller ikke-statlige organisasjoner (Fisher et al., 2019; Kasianczuk & Trofymenko, 2020), men disse rapportene kan være vanskelig å identifisere og evaluere systematisk, til de publiseres i fagfelleverderte tidsskrifter. Andre hindringer for å få evaluert den

globale distribusjonen av TKN-populasjoner inkluderer utilstrekkelig tilgang til demografisk data og overrepresentasjon av engelskspråklige tidsskrifter i faglitteraturen på verdensbasis.

Uansett disse begrensningene, indikerer den dataen som er tilgjengelig og holder høyest kvalitet tydelig at TKN-personer representerer en betydelig og økende andel av befolkningen generelt. Basert på det som er tilgjengelig av troverdig evidens så langt, kan denne andelen variere fra en brøkdel av en prosent til flere prosentpoeng, avhengig av inklusjonskriterier, aldersgruppe og geografisk plassering. Nøyaktige estimater av andelen, fordelingen og sammensetningen av TKN-populasjonen, og et anslag av hvor mye ressurser som kreves for å møte TKN-personers helserelaterte behov på en tilstrekkelig måte, bør baseres på systematisk innsamlet data av høy kvalitet, noe som nå blir stadig mer tilgjengelig. Det er nødvendig med kontinuerlig og rutinemessig innsamling av disse dataene for å redusere variabiliteten og minimere over- og underestimering av de rapporterte resultatene. For eksempel bør langt mer nøyaktige og presise estimater bli tilgjengelige når folketellinger begynner systematisk å samle inn og rapportere data om både kroppslig kjønnskategori tillagt ved fødselen, og kjønnsidentitet, inkludert aseksuelle og ikke-binære kategorier, ved hjelp av den nå godt validerte to-trinns metoden. Det første estimatet basert på en folketelling ble utgitt av det nasjonale statistiske byrået i Canada. Basert på tall fra folketellingen i 2021, identifiserte 100 815 av 30.5 millioner canadiere seg som trans eller ikke-binære; dette utgjør 0.33% av populasjonen som er 15 år eller eldre (Statistics Canada, 2022). I samsvar med den publiserte litteraturen er andelen trans og ikke-



binære blant personer av «Generasjon Z» (født mellom 1997 og 2006, 0.79%) og «millennials» (født mellom 1981 og 1996, 0.51%) mye høyere enn for «Generasjon X» (født mellom 1966 og 1980, 0.19%), «baby boomers» (født mellom 1946 og 1965, 0.15%), og generasjonene fra mellomkrigstiden og før (født i 1945 eller tidligere, 0.12%). Selv om dette representerer den høyeste kvaliteten av data tilgjengelig så langt, er det ikke klart hvordan andelene som rapporteres i Canada ser ut i sammenligning med andeler i andre land. Variabiliteten i definisjonene på hva TKN-populasjonen innebærer, og forskjellene i datainnsamlingsmetoder, kan videre reduseres ved å forbedre internasjonalt samarbeid.



## KAPITTEL 4 Utdanning

Dette kapitlet tilbyr en generell oversikt over faglitteraturen som omhandler utdanning i helsetjenester for trans og kjønnsnormbrytende personer. Det tilbys anbefalinger på flere nivåer, både statlig, ikke-statlig, ved institusjoner, og blant helsepersonell, med mål om å øke tilgang til kompetente, omsorgsfulle helsetjenester. Søm følge av slik økt tilgang burde helsemessige resultater for TKN-populasjoner bedres. Etersom dette er et kapittel som skrives for første gang i denne versjonen av WPATHs *Standards of Care*, er intensjonen å legge grunnlaget for utdanningsfeltet, og invitere til bredere og dypere diskusjon blant helsepersonell og de som jobber på utdanningsiden.

Helsepersonell som jobber med TKN-helse omfatter en bred rekke disipliner. Profesjonsutdanning på helsefeltet varierer betraktelig fra land til land, og region til region, når det gjelder strukturering, sertifisering og regelverk. Publisert litteratur om utdanning i TKN-helse er hovedsakelig fra Nord-Amerika, Europa, Australia og New Zealand. Dette kapitlet tilbyr ikke en gjennomgang verken for hver disiplin, behovene spesifikt til hver disiplin (som kan lokaliseres i de relevante kapitlene), eller behovene som er spesifikke for helsefaglige utdanninger i hvert land / hver region. Det er behov for større forståelse for forholdet mellom utdanningssystemer for helsefag, sertifiserings-/lisensieringsprosesser, og TKN-helse rundt i verden.

På globalt nivå er utdanning innenfor TKN-helse helt nødvendig for å kunne takle de nasjonale og internasjonale ulikhetene innenfor dette helsefeltet. Det er fortsatt mangel på kulturell kompetanse relatert til TKN-populasjonene. The World Bank Group (2018) rapporterer om utstrakt diskriminering, trakassering, vold og mishandling rettet mot TKN-personer. De rapporterer også om at

TKN-personer er utsatt for de høyeste statistiske nivåene av vold og diskriminering (World Bank Group, 2018). Selv om mange høyinntektsland har nasjonale antidiskrimineringslover med kjønnsidentitet som beskyttet karakteristikk, er diskriminering på arbeidsplassen, i utdanning og i helsetjenestene fremdeles et problem (World Bank Group, 2018).

Historisk sett har pensum på alle nivåer, både bachelor og master, i praksisutplassering spesialistutdanning og videreutdanninger – på tvers av disiplinene – ignorert kulturell eller klinisk utdanning angående TKN-personer. The Joint Commission (US) har anbefalt at helsefaglige organisasjoner «tilbyr utdanningsprogrammer og forum som støtter opp under de unike behovene til LHBT-befolkningen», og «tilbyr utdanningsvalg som adresserer LHBT-relatert helse» (The Joint Commission, 2011). Dette håndheves imidlertid ikke.

På et mer spesifikt nivå er det flere spørsmål som må besvares. Hva slags utdanningsmessige tiltak kan mest effektivt adressere transfobien og føre til varige holdningsendringer? Hvilke tiltak leder til et økt antall helsepersonell på dette feltet, og økt antall TKN-personer som blir ivaretatt? Hvilke intervensjoner er overførbare når det gjelder å få økt antallet helsepersonell på dette feltet, og i tillegg antallet TKN-personer som blir ivaretatt? Vil eksponering for dette, klinisk, over tid øke selvtilliten til helsepersonell på området? Hvilke utdanningsmessige tiltak har ført til bedre helsemessige resultater i TKN-populasjonen, og når og hvordan klarte de i så fall dette? Selv om helseprofesjonsfeltene har begynt å inkorporere TKN-helse i deres utdanning i diverse modaliteter og på forskjellige opplæringsnivåer, varierer innsatsen på tvers av profesjonene, og fungerer verken helhetlig, eller systematisk (e.g., Brennan et



al., 2012; Chinn, 2013; Eliason et al., 2010; Lim et al., 2015; Obedin-Maliver et al., 2011; Rondahl, 2009).

Det å oppnå kulturell ydmykhet og full anerkjennelse av menneskelig interseksjonalitet er et det endelige utdanningsmessige målet. Innledningsvist er oppfordringen mer fokusert på å sørge for utdanning som bygger et grunnleggende nivå av kulturell bevissthet og kompetanse som per i dag er svak eller ikke-eksisterende i mye av verden. Alle anbefalingene i dette kapitlet er basert på en grundig gjennomgang av evidens, vurdering av fordeler og skadevirkninger, verdier og preferanser blant pasienter og de som tilbyr helsetjenester, og ressursbruk og gjennomførbarhet. I noen tilfeller anerkjenner vi at evidens er begrenset, og/eller at tjenestene ikke er tilgjengelige eller ønskelige.

### **Anbefalinger**

4.1- Vi anbefaler at alle som jobber ved statlige, ikke-statlige og private instanser gjennomgår kursing innen kulturell kompetanse, som fokuserer på å behandle trans- og kjønnsnormbrytende personer med verdighet og respekt.

4.2- Vi anbefaler at alt helsepersonell gjennomgår kursing innen kulturell kompetanse som fokuserer på å behandle trans- og kjønnsnormbrytende personer med verdighet og respekt i løpet av innledende orienteringsopplegg, og som del av årlige kurs eller videreutdanning.

4.3- Vi anbefaler at institusjoner som er involvert i opplæring av helsepersonell utvikler kompetanse- og læringsmål når det gjelder helse for trans- og kjønnsnormbrytende personer, innenfor hvert av kompetanseområdene for sin spesialitet.

#### Anbefaling 4.1

**Vi anbefaler at alle som jobber ved statlige, ikke-statlige og private instanser gjennomgår kursing innen kulturell kompetanse, som fokuserer på å behandle TKN-personer med verdighet og respekt.**

Artikkel 1 i FNs Menneskerettighetserklæring lyder: «Alle mennesker er født frie og med samme menneskeverd og menneskerettigheter» (United Nations, 1948). Det er kun nylig at denne grunnleggende erklæringen har inkludert en anerkjennelse av at TKN-rettigheter er menneskerettigheter (UNOCHR, 2018). Opplæring om TKN-populasjonen mangler fortsatt på alle nivåer, globalt sett. Så nylig som i 2002 var det kun 3% av alle «Fortune 500» selskapene som hadde antidiskrimineringsbeskyttelse for ansatte TKN-personer, og ingen tilbød helseforsikring som dekket kjønnsbekreftende behandling (Human Rights Campaign Foundation, 2017). Innen 2022 inkluderte 91% av «Fortune 500» selskapene kjønnsidentitet i nasjonale (USA) ikke-diskriminerings retningslinjer, og 66% tilbød TKN-inkluderende forsikringsdekning. Like fullt er det kun 72% som tilbyr noen form for opplæring i kulturell kompetanse om LHBTQ for sine ansatte (Human Rights Campaign Foundation, 2022). Denne mangelen på forståelse støtter opp under videre diskriminering i hele systemet. Tilsammen innvirker denne inkonsekvensen negativt på helsen til enkeltpersoner og miljøer, og forverrer graden av opplevd helsemessig ulikhet og urettferdighet. I Storbritannia følte

kun 28% av ansatte TKN-personer at ledelsen forpliktet seg til likestilling for TKN-personer; kun 21% av ansatte TKN-personer ville vurdert å rapportere transfobisk trakassering på arbeidsplassen (Stonewall, 2018). Blant de som er åpne som TKN-personer, var 34% ekskludert av sine kollegaer, 35% ble trakassert av kunder, 24% ble nektet forfremmelse på grunn av sin kjønnsidentitet og 11% ble sagt opp (Stonewall, 2018). Verdensbanken uttalte at det er utbredt diskriminering, trakassering, vold og mishandling i Sør-Europa, og at TKN-personer i den regionen opplever de høyeste nivåene av vold og diskriminering (World Bank Group, 2018). Ofte er denne diskrimineringen ikke rapportert; 60% rapporterer ikke fordi de ikke har tillitt til at klagen vil bli mottatt og adressert, fordi de har frykt for videre diskriminering eller latterliggjøring, og på grunn av motvilje mot å skulle bli eksponert (World Bank Group, 2018). Selv om mange land i regionen har nasjonale antidiskrimineringslover med kjønnsidentitet som beskyttet karakteristikk, er diskriminering på arbeidsplassen, i utdanning og i helsetjenestene fremdeles et problem (World Bank Group, 2018). I disse landene med antidiskrimineringslover er det statlige, ikke-statlige og private instanser sitt ansvar å sikre TKN-populasjonens rettigheter. Derfor er de forpliktet til å finne måter å redusere diskriminering og stigma. En av disse måtene er gjennom utdanning. Lokale kulturer som viderefører anti-TKN holdninger hindrer ofte slik tiltrengt utdanning. Selv om kursing i kulturell kompetanse har ført til noen tvetydige resultater, framholder Shepherd (2019) at det kan lede til riktige resultater hvis man sørger for trening i kulturell kompetanse som prioriterer lokale, kulturelle spørsmål, og fokuserer på verdien av åpenhet, fordomsfrihet og responsivitet. Det å

implementere trening i kulturell kompetanse krever lederskap som er villig til å prioritere det, og til å dedikere tid, penger og arbeidskraft til å gjennomføre både innledende og pågående opplæring.

#### Anbefaling 4.2

**Vi anbefaler at alt helsepersonell gjennomgår kursing innen kulturell kompetanse som fokuserer på å behandle TKN-personer med verdighet og respekt i løpet av innledende orienteringsopplegg, og som del av årlige kurs eller videreutdanning.**

På tvers av disiplinene har pensum på alle nivåer – både bachelor, master, spesialistutdanning og videreutdanning – historisk sett ignorert kulturell eller klinisk utdanning som angår TKN-personer. De faktorene som spiller inn i denne mangelen på inkludering er blant annet at fakultetsmedlemmene er ukomfortable eller mangler kunnskap og erfaring med tematikken, fordømmer hos fakultetsmedlemmene, begrenset tid til å takle TKN-helse i et allerede fullt pensum, og mangel på hjelp med hvordan integrere tematikken i pensum (McDowell & Bower, 2016). Forskning som ser på mangel på og behov for slik utdanning ser ikke spesifikt på TKN-personers utfordringer med hensyn til helse; nåværende litteratur ordner TKN-helse inn under den mer overordnede diskusjonen om mangel på kulturell og klinisk kompetansetrening med hensyn til LHBT. For eksempel fant én studie at det var i gjennomsnitt bare 2.12 timer med opplæring om LHBT-relatert helse i sykepleierutdanningen (Lim et al., 2015). Vi kan rimeligvis anta at kun en liten del av dette handlet om spørsmål som er spesifikt relevant for TKN-personers helse.

Innenfor fagfeltet som omhandler LHBT-kompetanse generelt, er det velkjent at det innenfor helsefaglig utdanning er en mangel på opplæring i kulturell og klinisk kompetanse om TKN-personer spesifikt

(Aldridge et al., 2021). I USA har det blitt anerkjent at mangelen på utdanning har negativ innvirkning på LHBT-personers – inkludert TKN-personers – mulighet til å få hensiktsmessig, medisinsk nødvendig helsehjelp; dette både i Department of Health and Human Services' sin utgivelse *Healthy People 2020*, (United States Department of Health and Human Services (2013, April 10)), av «the National Academy of Medicine» (The Institute of Medicine, 2011), og av «the Joint Commission» (The Joint Commission, 2011). I Storbritannias «House of Commons Women and Equalities Committee» fant de at mangel på utdanning bidro til dårligere behandling av TKN-personer i det nasjonale helsevesenet (House of Commons Women and Equalities Committee, 2015, December 8). Mangelen på utdanning om TKN-personers helserelaterte behov har blitt identifisert i blant annet USA (Obedin-Maliver et al., 2011), Storbritannia (Tollemache et al., 2021), Sør-Afrika (de Vries et al., 2020; Taylor et al., 2018; Wilson et al., 2014), Canada (Bauer et al., 2014), Australia (Riggs & Bartholomaeus, 2016), Sverige, Spania, Serbia, Polen (Burgwal et al., 2021) og Pakistan (Martins et al., 2020).

I tillegg til å utvikle pensum trengs i følge Shepherd (2022) både kliniske og organisatoriske komponenter for å forbedre pasienters tilfredshet med møter med klinikere. I følge Shepherd er både kliniske og organisatoriske komponenter nødvendige i tillegg til å utvikle pensum, for å forbedre kliniske møter og klienters nivå av fornøydhet. På et organisatorisk nivå må det være både gjennomførbart, og samtidig lokalt og praktisk orientert (Shepherd, 2022). På individnivå er helsepersonell, i tillegg til kunnskapsøkning, best tjent med å ta i bruk generelle egenskaper som fokuserer på verdien av åpenhet, fordomsfrihet og responsivitet (Shepherd, 2018).

#### Anbefaling 4.3

**Vi anbefaler at institusjoner som er involvert i opplæring av helsepersonell utvikler kompetanse- og læringsmål når det gjelder TKN-helse, innenfor hvert av kompetanseområdene for sin spesialitet.**

Hver profesjon på helsefeltet har sine utdanningsinstitusjoner, og administrative og sertifiserende organer, og disse varierer blant både forskjellige land og spesialiseringer innad i profesjonen. Ingen større profesjonsorganisasjoner, utdanningsinstitusjoner, eller sertifiseringsorganer innen helse, ser ut til å kreve opplæring i TKN-helse. Selv om disse organisasjonene i stadig større grad anbefaler å inkludere det som angår helse for LHBT- og intersexpersoner, spesifiserer de sjelden typer kompetanse, ferdigheter, eller læringsmål for å jobbe med TKN-personer innenfor spesialiseringene. Det som er av publisert materiale om helsefaglige utdanninger i helse for TKN-personer, fokuserer primært på sykepleie, medisinstudiet og psykisk helse, og er hovedsakelig fra Nord-Amerika, Europa, Australia og New Zealand. Det er viktig å øke kunnskapen om globale utdanningskrav og -systemer for TKN-helse innenfor medisinfeltet og andre helseorienterte profesjoner.

Til tross for den økende synligheten av TKN-personer, fortsetter det å være et overveldende behov for økt tilgang til kunnskapsrikt og kulturelt kompetent helsepersonell rundt i verden (James et al., 2016; Lerner et al., 2020; Müller, 2017). Mangelen på kunnskapsrikt helsepersonell er en klar barriere for at TKN-personer skal kunne få kjønnsbekreftende ivaretagelse (Puckett et al., 2018; Safer et al., 2016), og bidrar til store ulikheter m.h.t helse (Giffort & Underman, 2016; Reisman et al., 2019). Mangelen på profesjonsutdanninger som tar tilstrekkelig for seg TKN-helse, er et globalt problem (Do & Nguyen, 2020; Martins et al., 2020; Parameshwaran et al., 2017) på alle nivåer av opplæring (Dubin et al., 2018), i alle disiplinene (Glick et al., 2020; Gunjawate et al., 2020; Johnson & Federman, 2014) og innen alle de medisinske spesialiseringene (Fung et al., 2020; Korpaisarn and Safer, 2018).

Dette er fremdeles utfordrende fordi studier så langt har involvert små utvalg, opplæring ved én anledning, involverer mange disipliner, fokuserer på kortsiktige resultater, og ofte tar for seg generell LHBT-tematikk og ikke det som handler om TKN-personer spesifikt; sistnevnte er vanligvis gjennomført etter profesjonssertifisering, og har ikke blitt fokusert på i de nyere studiene av utdanningsmessige tiltak (Dubin et al., 2018).

For å kunne implementere disse anbefalingene på en vellykket måte bør institusjonene vurdere å utarbeide 1) helhetlige og systematiserte tilnærminger til å utvikle og implementere kompetanse innen hver disiplin, gjennom hele den profesjonelle karrieren; 2) standardiserte vurderinger for de som skal lære dette, med innspill fra TKN-befolkningen; og 3) tildeling av ressurser til tidsbruk, pensum og opplærte ansatte, i samsvar med klare, samtykkebaserte læringsmål (Dubin et al., 2018; Pratt-Chapman, 2020). Videre bør ikke evaluering av slike intervensjoner bare fokusere på resultater, men også etterstrebe å forstå hvordan, når og hvorfor resultatene er som de er (Allen et al., 2021).



## KAPITTEL 5 Vurdering av voksne

I dette kapitlet dekkes vurdering av voksne TKN-personer som ber om medisinsk nødvendig kjønnsbekreftende medisinske og/eller kirurgiske intervensjoner («Gender-affirming medical and surgical treatments» forkortes på engelsk til GAMST; vi har ikke tilsvarende på norsk, og bruker GAMST. O.a.) for å tilpasse kroppen sin slik at den samsvarer bedre med kjønnsidentiteten (se anbefaling om medisinsk nødvendighet i Kapittel 2 – Universell anvendbarhet, Anbefaling 2.1). Man regnes som voksne TKN-personer om man er ved eller over myndighetsalder i sitt land. De utviklingsmessige aspektene i kapitlet om ungdommer, inkludert viktigheten av foreldres/foresattes involvering, kan være likeså relevant for ivaretagelse av unge voksne, selv om de er myndige.

Dette kapitlet inkluderer alle former for kjønnsidentiteter og transisjonsretninger, inkludert, men ikke begrenset til, mann, kvinne, ikke-binær, ikke-kjønn, og evnukk. TKN-populasjonen er heterogen og varierer i kliniske behov, kroppslige, psykologiske og sosiale situasjoner, og tilgang til helsetjenester. Derfor må enhver vurdering om eventuell GAMST tilpasses den forskningsmessige, kliniske, og lokale kunnskapsbasen om den presenterte kjønnsidentiteten, og i tillegg de lokale omstendighetene. Dette kapitlet anerkjenner at enkeltpersoner kan oppleve forskjellige nivåer av klinisk og regulatorisk styring når staten eller andre tilbyr helsetjenester.

En persons kjønnsidentitet er en indre identifisering og opplevelse. Rollen til den som skal vurdere, er å finne ut av eventuell kjønnsinkongruens, identifisere eventuelle samtidige vansker med psykisk helse, tilby informasjon om GAMST, støtte TKN-

personen i vurderingen av effekt/risiko ved GAMST, og å vurdere om personen har kapasitet til å forstå behandlingen som tilbys, og om behandlingen trolig vil være til gagn. Denne personen kan også bistå TKN-personen i å vurdere valg, som kan forbedre resultatet de sitter igjen med som konsekvens av GAMST. Vurderingsprosessen som beskrives i dette kapitlet anerkjenner den levde erfaringen og selvinnsikten til TKN-personen, og den kliniske kjennskapen til en vurderende helsefaglig person. Derfor, med denne tilnærmingen, kan vi si at avgjørelsen om å gå videre med GAMST er delt mellom TKN-personen og vurderende helsepersonell, der begge spiller sentrale roller i en samarbeidsorientert avgjørelsesprosess.

Noen systemer bruker en tilnærming til voksne TKN-personer som søker GAMST som vektlegger at vedkommende er den som avgjør, og profesjonsutøveren fungerer kun som rådgiver, bortsett fra gangene det finnes alvorlige kontraindikasjoner. Disse modellene brukes ofte når det kun er snakk om hormonbehandling og ikke kirurgi, og kalles ofte «informert samtykke» modeller (Deutsch, 2011, 2016a). Mange slike modeller bruker en forkortet vurderingsprosess som primært fokuserer på TKN-personens evne til å gi informert samtykke, og på å bruke informasjon om GAMST til å informere deres avgjørelse. Det er en betraktelig variasjon blant slike modeller på tvers av jurisdiksjoner, systemer og helsepersonell (Deutsch, 2011; Morenz et al., 2020). I mange lokale settinger har modeller for informert samtykke vært i bruk en stund, for utskrivning av hormoner.

Dette kapitlet sikter på å tilby fleksible, globale føringer, som må tilpasses lokale omstendigheter. Helsepersonell må avgjøre hvilke vurderingsprosesser som best kan møte behovene i deres omstendigheter. Evaluering av tilnærmingene bør gjøres i samarbeid med TKN-personer.

Ettersom TKN-personer har et mangfoldig utvalg av kjønnsidentiteter og uttrykk, og har forskjellige behov når det gjelder GAMST, er det slik at ingen



enkeltmetode for vurdering vil passe til hver enkelt person eller hver situasjon. Noen TKN-personer kan ha behov for en komparativt sett rask vurderingsprosess for GAMST. For voksne TKN-personer med en kompleks presentasjon, eller for de som etterspør mindre vanlige intervensjoner, eller intervensjoner med begrenset forskningsgrunnlag, er det nødvendig med mer omfattende vurderingsprosesser med team sammensatt av helsepersonell fra flere disipliner. Vurdering kan gjøres enten ansikt til ansikt, eller via telehelse. Selv om psykometriske verktøy har blitt benyttet i noen tilfeller, er ikke disse en påkrevet del av vurdering for eventuell bruk av GAMST. Rådgivning eller psykoterapi kan være til hjelp når det etterspørres av en TKN-person. Rådgivning eller psykoterapi som spesifikt fokuserer på deres TKN-identitet er dog ikke påkrevet for vurderingen, eller for igangsetting av GAMST. Gynekologisk undersøkelse er ikke et krav for igangsetting, og bør kun gjennomføres når det er klinisk indikert.

Det kan gjennomføres GAMST intervensjoner i diverse settinger. Disse vil variere avhengig av tilgjengelige helsevesen i hvert land, og kan eventuelt inkludere nasjonale/offentlige helsetjenester, tjenester i privat sektor, helsestasjoner og veldedige institusjoner. Lokale og regionale omstendigheter kan derfor ha innvirkning på hvor tilgjengelig helsetjenester er. Helsetjenester til TKN-personer bør være av høyest mulig kvalitet uansett hvilken setting det tilbys. World Professional Organization for Transgender Health (WPATH) jobber for at både vurdering og behandling skal være lett tilgjengelig. Det er kritisk nødvendig med tilgang til vurdering for TKN-personer som ønsker GAMST, på grunn av det klare medisinske behovet for disse intervensjonene, og den dyptgripende nytten det tilfører TKN-personer (Aldridge et al., 2020; Byne et al., 2012). Veiledningen i dette kapittelet må

tilpasses lokale, individuelle, kliniske og sosiale omstendigheter.

Anbefalingene under er basert på betydelig bakgrunns litteratur, inkludert litteratur som viser til den sterkt positive virkningen av tilgang til GAMST; tilgjengelig empirisk evidens, et positivt forhold mellom risiko og nytte, og konsensus rundt best mulig praksis.

Den empiriske evidensen for vurdering av voksne TKN-personer er begrenset. Den inkluderer primært en vurderingstilnærming som benytter spesifikke kriterier som gjennomgås av helsepersonell, i tett samarbeid med en voksen TKN-person, og inkluderer ikke randomiserte kontrollerte studier eller langsiktig longitudinell forskning (Olsen-Kennedy et al., 2016). Dette er forståelig, gitt kompleksiteten og de etiske vurderingene involvert i å tildele hjelpetrengende pasienter forskjellige vurderingsgrupper, og mangelen på ressurser til å studere langsiktige resultater av former for vurderingsprosesser.

Utviklingen av denne veiledningen har vært en kompleks oppgave. Kriteriene i dette kapittelet har blitt betydelig revidert siden SOC-7, for å redusere tidligere krav og unødige hindringer for at folk skal bli ivaretatt. Håpet er at framtidig forskning vil utforske effektiviteten ved denne modellen, og i tillegg modeller under utvikling for vurdering for hormonbehandling, og for kirurgi; det vil kunne bidra til at videre forbedringer gjøres.

Alle anbefalingene i dette kapittelet er basert på en grundig gjennomgang av evidens, vurdering av fordeler og skadevirkninger, verdier og preferanser blant helsepersonell og pasienter, og ressursbruk og gjennomførbarhet. I noen tilfeller anerkjenner vi at evidens er begrenset og/eller at tjenester eventuelt ikke er tilgjengelige eller ønskelige.

**Anbefalinger**

- 5.1- Vi anbefaler at helsepersonell som vurderer voksne trans- og kjønnsnormbrytende personer for somatisk behandling:
- 5.1.a- Er godkjent av en sertifiserende myndighet og har minst en masterutdanning eller ekvivalent i et klinisk felt relevant for denne rollen, oppnådd ved en nasjonalt akkreditert, profesjonsregulerende institusjon.
- 5.1.b- I land der det kreves en diagnose for å få tilgang til behandling, bør helsepersonell være kompetent i bruk av den nyeste versjonen av ICD (*International Classification of Diseases*) fra Verdens Helseorganisasjon for å diagnostisere. I land der ikke den siste versjonen av ICD er implementert, kan andre taksonomier benyttes, men det bør gjøres en innsats for å benytte den nyeste ICD så snart det er gjennomførbart.
- 5.1.c- Er i stand til å identifisere samtidige utfordringer med psykisk uheld eller andre psykososiale utfordringer, og skille disse fra kjønnsdysfori, kjønnsinkongruens og kjønnsnormbrudd.
- 5.1.d- Er i stand til å vurdere samtykkekompetanse for mulig behandling.
- 5.1.e- Har erfaring med, eller er kvalifisert til, å vurdere kliniske aspekter ved kjønnsdysfori, -inkongruens og -normbrudd.
- 5.1.f- Tar videreutdanning innen helsefaglige felt som er relevant for kjønnsdysfori, -inkongruens og -normbrudd.
- 5.2- Vi foreslår at helsepersonell som vurderer voksne trans- og kjønnsnormbrytende personer for kjønnsbekreftende behandling, samarbeider med fagfolk fra andre disipliner innenfor helsefeltet som angår trans- og kjønnsnormbrytende personer, for konsultasjon og henvisning, hvis dette er nødvendig.

*De følgende anbefalingene gis angående kravene for kjønnsbekreftende medisinsk og kirurgisk behandling (alle bør oppfylles):*

- 5.3- Vi anbefaler at helsepersonell som vurderer voksne trans- og kjønnsnormbrytende personer for kjønnsbekreftende medisinsk og kirurgisk behandling:
- 5.3.a- Kun anbefaler kjønnsbekreftende medisinsk behandling som etterspørres av en trans- og kjønnsnormbrytende person når opplevelsen av kjønnsinkongruens er tydelig og vedvarende over tid.
- 5.3.b- Forsikrer seg om at diagnostiske kriterier er møtt før igangsetting av kjønnsbekreftende behandling, i områder der diagnose er påkrevet for å få tilgang til dette.
- 5.3.c- Identifiserer og ekskluderer andre mulige årsaker bak det som framstår som kjønnsinkongruens, før igangsetting av kjønnsbekreftende intervensjoner.
- 5.3.d- Forsikrer seg om at psykisk lidelse som kan ha negativ innvirkning på resultatet av kjønnsbekreftende medisinske intervensjoner er vurdert, med risikoer og fordeler diskutert, før det tas en avgjørelse om intervensjoner.
- 5.3.e- Forsikrer seg om at somatisk helsetilstand som kan ha negativ innvirkning på resultatet av kjønnsbekreftende intervensjoner er vurdert, med risikoer og fordeler diskutert, før det tas en avgjørelse angående intervensjoner.
- 5.3.f- Vurderer samtykkekapasiteten med tanke på den spesifikke somatiske behandlingen, i forkant av igangsetting.
- 5.3.g- Vurderer den voksne trans-/kjønnsnormbrytende personens kapasitet til å forstå effekten av kjønnsbekreftende behandling på reprodutiv helse, og overveier reprodutive alternativer sammen med personen, i forkant av igangsetting av behandling.
- 5.4- Vi foreslår at helsepersonell med kompetanse på vurdering av kjønnsbekreftende hormonelle eller kirurgiske intervensjoner for trans- og kjønnsnormbrytende personer som ønsker det, som del av vurderingen også diskuterer betydningen av sosial transisjonering med hver enkelt.
- 5.5- Vi anbefaler at voksne trans- og kjønnsnormbrytende personer som møter kriteriene for kjønnsbekreftende medisinske og kirurgiske intervensjoner kun trenger én uttalelse for å få igangsatt intervensjonen, fra en som har kompetanse på vurdering av trans- og kjønnsnormbrytende personer som ønsker kjønnsrelatert hormonell eller kirurgisk behandling.
- 5.6- Vi foreslår at helsepersonell som vurderer trans- og kjønnsnormbrytende personer som etterspør gonadektomi (fjerning av gonadene, o.a.), vurderer om det bør være et minimum av 6 måneder hormonbehandling først, dersom det er hensiktsmessig i forhold til personens mål for kjønnsuttrykk, før personen gjennomgår et irreversibelt kirurgisk inngrep (med mindre hormoner ikke er klinisk indikert for den personen).
- 5.7- Vi anbefaler at helsepersonell som vurderer voksne som ønsker å detransisjonere og etterspør hormonelle eller kirurgiske intervensjoner eller begge deler, sørger for en omfattende flerfaglig vurdering som involverer ytterligere perspektiver fra helsepersonell erfarne på helse for trans- og kjønnsnormbrytende personer, og som del av vurderingen, sammen med personen selv, ser nærmere på betydningen av sosial transisjonering.

Anbefaling 5.1.

Vi anbefaler at helsepersonell som vurderer voksne TKN-personer for somatisk behandling:

Anbefaling 5.1.a

Er godkjent av en sertifiserende myndighet og har minst en

masterutdanning eller ekvivalent i et klinisk felt relevant for denne rollen, oppnådd ved en nasjonalt akkreditert, profesjonsregulerende institusjon.

TKN-personer, som alle andre som oppsøker og bruker helsetjenester, bør ha en høyest mulig kvalitet på helsetjenester tilgjengelig (The Yogyakarta Principles, 2017). Siden dette vil variere rundt i verden, vil typen helsepersonell som

gjennomfører en vurdering av GAMST variere i forhold til typen helsetjenester i den lokale settingen, og krav som er etablert av sertifiseringsorganer. Det er viktig at ivaretagelsen som tilbys inkluderer en vurdering som gjøres av sertifisert helsepersonell som har kompetanse til å identifisere kjønnsinkongruens, og elementer som kan tas feil av som kjønnsinkongruens, og som kan støtte TKN-personen gjennom vurderingsprosessen (RCGP, 2019). Disse som skal vurdere må ha mulighet for å henvise videre til helsepersonell som kan tilby GAMST.

Helsepersonell bør minst ha mastergrad i et klinisk felt knyttet til TKN-helse, eller ekvivalent videre klinisk opplæring og sertifisering. Noen eksempler er helsepersonell som jobber med psykisk helse, allmennlege, sykepleier eller annet kvalifisert helsepersonell. I noen sammenhenger kan sertifisert helsepersonell med lavere nivåer av kvalifisering praktisere under veiledning av helsepersonell som tar klinisk ansvar for kvaliteten og presisjonen på en komplett vurdering for GAMST. For ytterligere informasjon se Kapittel 4 – Utdanning.

Tilgang til kompetent, sertifisert helsepersonell med ekspertise på GAMST vurdering kan være manglende. Derfor kan det være nødvendig at helsepersonell uten ekspertise tilbyr ivaretagelse og støtter vurderingen av en TKN-person for GAMST for å sikre kontinuitet, minimere mangler, og forhindre forsinkelser (f.eks. hvis det er lange ventelister). Det er kritisk viktig å unngå unødige utsettelse. Likevel bør TKN-personer hjelpes i retning av ivaretagelse hos erfarent helsepersonell så snart som mulig (RCGP, 2019).

Etablert praksis krever kompetanse til å identifisere og diagnostisere kjønnsinkongruens (Hembree et al., 2017; Reed et al., 2016; T'Sjoen et al., 2020), og evnen til å identifisere

differensialdiagnoser eller forhold som kan forveksles med kjønnsinkongruens (Byne et al., 2018; Dhejne et al., 2016; Hembree et al., 2017). Etablert praksis vektlegger også veldig behovet for stadig videreutdanning i vurdering og ivaretagelse av TKN-personer (American Psychological Association, 2015; T'Sjoen et al., 2020). For mer informasjon, se Kapittel 4 – Utdanning.

#### Anbefaling 5.1.b

**I land der det kreves en diagnose for å få tilgang til behandling, bør helsepersonell være kompetent i bruk av den nyeste versjonen av ICD (*International Classification of Diseases*) fra Verdens Helseorganisasjon for å diagnostisere. I land der ikke den siste versjonen av ICD er implementert, kan andre taksonomier benyttes, men det bør gjøres en innsats for å benytte den nyeste ICD så snart det er gjennomførbart.**

I noen land kan det være påkrevet med en kjønnsinkongruens diagnose for å få tilgang til GAMST (som beskrevet under). Helsepersonell i de landene bør være kompetent på å diagnostisere kjønnsinkongruens gjennom bruk av det nyeste klassifiseringssystemet som er nødvendig for at TKN-personer skal få tilgang til GAMST. ICD-11 (WHO, 2019a) er et klassifiseringssystem som fokuserer på TKN-personers opplevde identitet og deres behov for GAMST, og anser ikke TKN-identiteter som psykiske lidelser.

#### Anbefaling 5.1.c

**Er i stand til å identifisere samtidige utfordringer med psykisk uhelse eller andre psykososiale utfordringer, og skille disse fra kjønnsdysfori, kjønnsinkongruens og kjønnsnormbrudd.**

Kjønns mangfold er en del av den naturlige variasjonen blant mennesker, og er ikke i seg selv patologisk (American Psychological Association, 2015). Likevel er det best om den som skal vurdere har noe ekspertise innenfor psykisk helse, for å kunne identifisere tilstander som kan forveksles med kjønnsinkongruens. Slike tilstander er sjeldne, og når de er tilstede er

de ofte psykologiske (Byne et al., 2012; Byne et al., 2018; Hembree et al., 2017).

Behovet for å inkludere helsepersonell med noe ekspertise i psykisk helse krever ikke en psykolog, psykiater eller sosialarbeider i hver vurdering. Derimot kan en allmennmedisiner, sykepleier eller annet kvalifisert helsepersonell også fylle dette behovet, hvis de har tilstrekkelig ekspertise til å identifisere kjønnsinkongruens, gjenkjenne utfordringer ved psykisk helse, skille mellom disse utfordringene og kjønnsdysfori, kjønnsinkongruens og kjønnsnormbrudd, bistå en TKN-person i planlegging av ivaretagelse og forberedelse til GAMST, og henvise til helsepersonell som jobber med psykisk helse om nødvendig. Som diskutert i dybden i kapittelet om psykisk helse, spiller helsepersonell som jobber med psykisk helse en viktig rolle i ivaretagelsen av TKN-personer. For eksempel kan opplevelsen av fordommer og diskriminering blant en del TKN-personer (Robles et al., 2016) føre til depresjon, angst eller forverring av andre psykisk lidelser. I slike tilfeller kan helsepersonell som jobber med psykisk helse diagnostisere, avklare og behandle psykiske lidelser. Helsepersonell som jobber med psykisk helse, eller har noe ekspertise innen det, er godt posisjonert for å vurdere bruk av GAMST, og til å støtte TKN-personer som trenger eller ber om innspill m.h.t psykisk helse eller støtte i sin transisjon. For mer informasjon, se Kapittel 18 – Psykisk helse.

#### Anbefaling 5.1.d

**Er i stand til å vurdere samtykkekompetanse for mulig behandling.**

En vurdering for GAMST må inkludere en undersøkelse av TKN-personens kompetanse til å samtykke til den foreslåtte intervensjonen. Samtykke krever den kognitive kapasiteten til å forstå risikoer og fordeler ved en en type behandling, og positive og negative følger. Det krever også evnen til å minnes informasjonen for å kunne bruke den til å ta

en avgjørelse (med bistand, ved behov), og den kognitive kapasiteten til å bruke den forståelsen til å ta en informert avgjørelse (American Medical Association, 2021; Applebaum, 2007).

Noen TKN-personer vil i vurderingsprosessen umiddelbart kunne gi samtykke. Noen TKN-personer kan ha behov for en lenger prosess for å være i stand til å samtykke, gjennom en pågående diskusjon og oppøving av evne til avgjørelser i medisinsk sammenheng. Tilstedeværelsen av psykisk lidelse eller annen psykisk uhelse er ikke et hinder for GAMST med mindre den psykiske lidelsen eller psykiske uhelsen går ut over TKN-personens samtykkekompetanse som den angår den spesifikke intervensjonen som etterspørres, eller deres evne til å gjennomføre det. Dette er spesielt viktig fordi GAMST har vist seg å redusere symptomer på psykisk uhelse og lidelse hos TKN-personer (Aldridge et al., 2020).

Institusjoner som tilbyr helsetjenester kan vurdere GAMST for en person som ikke kan samtykke direkte dersom samtykke kan oppnås fra en verge eller en utnevnt uavhengig beslutningstager med mandat til å ta avgjørelser om behandling; disse må også bekrefte at den foreslåtte intervensjonen er i samsvar med TKN-personens behov og ønsker.

#### Anbefaling 5.1.e

**Har erfaring med, eller er kvalifisert til, å vurdere kliniske aspekter ved kjønnsdysfori, -inkongruens og -normbrudd. For videre støttende tekst, se Anbefaling 5.1.f**

#### Anbefaling 5.1.f

**Tar videreutdanning innen helsefaglige felt som er relevant for kjønnsdysfori, -inkongruens og -normbrudd.**

Som på et hvert område av klinisk praksis, er det avgjørende at helsepersonell som tilbyr vurdering av igangsetting av GAMST er kunnskapsrike og erfarne med hensyn til helsetjenester for TKN-personer. Hvis ikke det er mulig i den lokale konteksten, bør helsepersonell som skal være involvert i vurderingen jobbe tett med annet helsepersonell som er



kunnskapsrike og erfarne. Som del av deres kliniske praksis bør helsepersonell forplikte seg til løpende opplæring i TKN-helse, bli medlem av relevante fagforbud eller profesjonsorganisasjoner, delta på relevante møter, workshops eller seminarer med profesjonsutøvere, rådføre seg med helsepersonell med relevant erfaring, og/eller engasjere seg i TKN-miljøet/populasjonen. Dette er spesielt viktig når det gjelder ivaretagelse av TKN-personer siden dette er et relativt nytt felt, og kunnskapen og terminologien konstant er i endring (American Psychological Association, 2015; Thorne, Yip et al., 2019); det er avgjørende at enhver som er involvert i vurdering for GAMST er oppdatert på TKN-helse.

#### Anbefaling 5.2

**Vi foreslår at helsepersonell som vurderer voksne TKN-personer for kjønnsbekreftende behandling, samarbeider med fagfolk fra andre disipliner innenfor feltet TKN-helse, for konsultasjon og henvisning, hvis dette er nødvendig.**

Hvis påkrevet, og hvis mulig, bør vurdering for GAMST gjøres av et tverrfaglig team (Costa, Rosa-e-Silva et al., 2018; Hembree et al., 2017; Karasic & Fraser, 2018; T'Sjoen et al., 2020), med teammedlemmer som har adekvat og jevnlig kontakt med hverandre. Dette kan inkludere helsepersonell som jobber med psykisk helse, en endokrinolog, en allmennlege, en kirurg, en stemme- og kommunikasjonsspesialist, en fra TKN-miljøet som fungerer som rådgiver, og andre. I noen tilfeller er det ikke behov for et tverrfaglig team, men skulle det bli behov for det er det viktig at helsepersonell kan sørge for tilgang til kollegaer fra forskjellige disipliner på en betimelig måte for å fullføre vurderingen for GAMST og på best mulig måte støtte TKN-personen i dennes behov. Det er også helt kritisk at TKN-personer blir støttet med oppfølgingsavtaler med helsepersonell

som var involvert i vurderingen for GAMST, både før, under og etter igangsetting av behandling.

**De følgende anbefalingene gis angående kravene for kjønnsbekreftende medisinsk og kirurgisk behandling (alle bør oppfylles):**

#### Anbefaling 5.3

**Vi anbefaler at helsepersonell som vurderer voksne TKN-personer for kjønnsbekreftende medisinsk og kirurgisk behandling:**

#### Anbefaling 5.3.a

**Kun anbefaler kjønnsbekreftende medisinsk behandling som etterspørres av en TKN-person når opplevelsen av kjønnsinkongruens er tydelig og vedvarende over tid.**

For å få tilgang til GAMST må en persons kjønnsinkongruens være tydelig og vedvarende over tid. Dette kan involvere et behov for GAMST og et ønske om å aksepteres som en person av det opplevde kjønn. Derfor er det viktig å vurdere hva kjønnsinkongruensen innebærer, hvor lenge den har vært der, og hvor konsekvent den har blitt opplevd slik. Dette kan inkludere faktorer som navneendring, endring av ID-papirer, erklæring av ens kjønn til andre mennesker, dokumentering i helsevesenet, eller endringer i kjønnsuttrykk. Like fullt: tydelig og vedvarende kjønnsinkongruens over tid kan være reelt helt uten at TKN-personen avslører dette til andre (Brumbaugh-Johnson & Hull, 2019; Saeed et al., 2018; Sequeira et al., 2020). En brå eller overfladisk endring i kjønnsidentitet, eller at det ikke er vedvarende, betyr at det er utilstrekkelig for å igangsette kjønnsbekreftende medisinske intervensjoner, og det anbefales videre vurdering. I slike tilfeller er det til hjelp om man har en pågående vurdering, for å sikre at kjønnsinkongruensen er konsistent og varig over tid før igangsetting av GAMST.

Selv om kjønnsinkongruens må være tydelig og vedvarende over tid, er det ikke påkrevet at TKN-personen opplever et alvorlig lidelsestrykk på grunn av sin kjønnsidentitet for å få tilgang

til kjønnsbekreftende intervensjoner. Faktisk kan tilgang til kjønnsbekreftende behandling fungere beskyttende og forebygge ubehag/plager (Becker et al., 2018; Giovanardi et al., 2021; Nieder et al., 2021; Nobili et al., 2018; Robles et al., 2016). En voksen TKN-person kan ha varig kjønnsinkongruens uten signifikante ubehag/plager, og fremdeles ha nytte av GAMST.

Etablert klinisk praksis er å undersøke varigheten til kjønnsinkongruensen når man vurderer igangsetting av GAMST (Chen & Loshak, 2020). I en gjennomgang av 200 journalnotater identifiserte Jones, Brewin et al. (2017) viktigheten av «stabil kjønnsidentitet» i behandlingsplanlegging. Det å gi GAMST til TKN-personer med varig kjønnsinkongruens er forbundet med lave nivåer av angring blant pasienter, og høy grad av fornøydhet (Becker et al., 2018; El-Hadi et al., 2018; Staples et al., 2020; Wiepjes et al., 2018). Likevel, selv om ICD 11 (WHO, 2019a) krever tydelig og vedvarende kjønnsinkongruens over tid for en diagnose, er det lite spesifikk evidens som tilsier hvor lenge det bør være vedvarende, for voksne. Helsepersonell som er involvert i vurdering av TKN-personer for GAMST, oppfordres til å ta tilbørlig hensyn til livsstadiet, historien, og nåværende livssituasjon for den enkelte voksne som vurderes.

### Anbefaling 5.3.b

**Forsikrer seg om at diagnostiske kriterier er møtt før igangsetting av kjønnsbekreftende behandling, i områder der diagnose er påkrevet for å få tilgang til dette.**

En kjønnsinkongruensdiagnose kan i noen regioner være påkrevet for å få tilgang til transisjonsrelatert ivaretagelse. Når det er nødvendig med en diagnose for å få tilgang til GAMST, vil vurderingen for GAMST involvere å bestemme og tildele en diagnose. I

disse tilfellene bør helsepersonell ha kompetanse på bruk av den nyeste ICD (*International Classification of Diseases and Related Health Problems*) (WHO, 2019a). I regioner der det er nødvendig med diagnose for å få tilgang til helsehjelp bør diagnosen *HA60 Kjønnsinkongruens hos ungdommer eller voksne* settes før det igangsettes kjønnsbekreftende intervensjoner. Det å gi tilgang til kjønnsbekreftende intervensjoner på grunnlag av diagnosen *HA6Z Kjønnsinkongruens, Uspesifisert*, kan vurderes i kontekst av en mer helhetlig vurdering av et tverrfaglig team.

Det finnes evidens på at bruken av rigide verktøy for å vurdere «klarhet for transisjon» kan redusere tilgang til behandling og er ikke alltid til det beste for TKN-personen (MacKinnon et al., 2020). Derfor er det slik at i de situasjonene der det er påkrevet med en diagnose for å få tilgang til behandling, bør prosessen tilnærmes med et nivå av tillitt og transparens mellom helsepersonell og TKN-personen som etterspør GAMST, med fokus på TKN-personens behov. Faktisk er god kvalitet på relasjonen mellom TKN-personer og deres helsepersonell forbundet med lavere grad av emosjonelle plager/ubehag, og bedre resultater (Kattari et al., 2016). Fordi mange TKN-personer frykter at helsepersonell skal sammenblande TKN-identiteter med psykisk lidelse (Ellis et al., 2015), er det viktig at en diagnostisk vurdering gjennomføres med stor følsomhet, for å å fasilitere det best mulige forholdet mellom helsepersonell og TKN-personen.

### Anbefaling 5.3.c

**Identifiserer og ekskluderer andre mulige årsaker bak det som framstår som kjønnsinkongruens, før igangsetting av kjønnsbekreftende intervensjoner.**

I noen sjeldne tilfeller kan TKN-personer ha en tilstand som kan forveksles med kjønnsinkongruens, eller kan ha en annen grunn til å oppsøke behandling enn det å skulle minske kjønnsinkongruens. I disse tilfellene, og når det er en tvetydighet rundt diagnosen



kjønnsinkongruens, er det viktig med en mer detaljert og omfattende vurdering. For eksempel kan det være påkrevet å finne ut om kjønnsinkongruens er vedvarer utenfor en akutt psykotisk episode. Hvis kjønnsinkongruens vedvarer etter en akutt psykotisk episode er over, kan man vurdere GAMST så lenge TKN-personen har samtykkekapasitet og evne til å gå gjennom den spesifikke behandlingen. Hvis ikke kjønnsinkongruens vedvarer, og kun er tilstede under en slik episode, bør ikke behandling vurderes. Det er viktig at slike omstendigheter blir identifisert og ekskludert i forkant av igangsetting av GAMST (Byne et al., 2012, 2018; Hembree et al., 2017). Det er like fullt viktig å forstå at TKN-personer kan presentere med kjønnsinkongruens og med en psykisk lidelse, autistmespektertilstand eller en annen nevromangfoldig tilstand (Glidden et al., 2016). Faktisk er noen psykiske helsetilstander, slik som angst (Bouman et al., 2017), depresjon (Heylens, Elaut et al., 2014; Witcomb et al., 2018) og selvskading (Arcelus et al., 2016; Claes et al., 2015) mer vanlig blant TKN-personer som ikke har fått tilgang til GAMST. Nyere longitudinelle studier peker på at symptomer på psykisk uhelse blant TKN-personer har en tendens til å forbedre seg i etter å ha fått GAMST (Aldridge et al., 2020; Heylens, Verroken et al., 2014; White Hughto & Reisner, 2016). Det finnes ikke noe evidens som peker på at det er fordel ved å holde tilbake GAMST fra TKN-personer med kjønnsinkongruens bare fordi de har tegn på psykisk uhelse eller har en nevromangfoldig tilstand. For mer informasjon, se Kapittel 18 – psykisk helse.

#### Anbefaling 5.3.d

**Forsikrer seg om at psykisk lidelse som kan ha negativ innvirkning på resultatet av kjønnsbekreftende medisinske intervensjoner er vurdert, med risikoer og fordeler diskutert, før det tas en avgjørelse om intervensjoner.**

Akkurat som cispersoner, kan TKN-personer ha utfordringer med psykisk helse. Behandling for utfordringer med psykisk helse kan og bør foregå i forbindelse med GAMST, når medisinsk transisjoning er ansett som nødvendig. Det er grunnleggende viktig at ikke kjønnsbekreftende ivaretagelse hindres, med mindre, i noen svært sjeldne tilfeller, det finnes robust evidens på at det er helt nødvendig for å unngå dekompenisering, med risiko for å skade seg selv eller andre. I de tilfellene er det også viktig å vurdere risikoen det innebærer å utsette GAMST, for TKN-personens psykiske og fysiske helse (Byne et al., 2018).

Generelt er både sosial og medisinsk transisjoning for TKN-personer forbundet med reduisering av psykisk uhelse (Aldridge et al., 2020; Bouman et al., 2017; Durwood et al., 2017; Glynn et al., 2016; Hughto & Reisner, 2016; Wilson et al., 2015; Witcomb et al., 2018). Dessverre kan tapet av et sosialt støtteapparat, og det fysiske og økonomiske stresset som oppstart av GAMST kan være forbundet med, forverre allerede eksisterende psykisk uhelse, og kreve ytterligere støtte fra helsepersonell som behandler vedkommende (Budge et al., 2013; Yang, Wang et al., 2016). En vurdering av symptomer på mental uhelse kan forbedre følgene av transisjonen, spesielt når vurderingen brukes til å fasilitere tilgang til psykologisk og sosial støtte underveis i transisjoning (Byne et al., 2012). Det å utsette transisjoning kan i sjeldne tilfeller vurderes, hvis, for eksempel, TKN-personen ville være ute av stand til å delta i transisjonsprosessen eller ute av stand til å takle postoperativ pleie, selv med noens støtte. Når det blir avgjort at det er nødvendig med den siste utveien, med utsettelse av GAMST, bør helsepersonell tilby ressurser og støtte til å forbedre psykisk helse og fasilitere gjenopptak av GAMST prosessen så fort det er praktisk gjennomførbart. Det må nevnes at tilgang til medisinsk transisjon for TKN-personer fasiliterer sosial transisjon, og øker tryggheten ute i samfunnet (Rood et al., 2017). Tilsvarende er graden TKN-personers utseende samsvarer

med deres kjønnsidentitet den beste prediktoren for livskvalitet og gode konsekvenser for psykisk helse etter medisinsk transisjon (Austin & Goodman, 2017). Det å utsette tilgang til GAMST på grunn av psykisk uhelse kan forverre symptomer (Owen-Smith et al., 2018) og skade relasjonen mellom helsepersonell og pasient; dette bør med andre ord kun gjøres når alle andre muligheter har vært utforsket.

#### Anbefaling 5.3.e

**Forsikrer seg om at somatisk helsetilstand som kan ha negativ innvirkning på resultatet av kjønnsbekreftende intervensjoner er vurdert, med risikoer og fordeler diskutert, før det tas en avgjørelse angående intervensjoner.**

I sjeldne tilfeller kan GAMST, som hormonelle og kirurgiske intervensjoner, ha iatrogene konsekvenser, eller forverre en eksisterende somatisk helsetilstand (Hembree et al., 2017). I disse tilfellene bør det vektlegges, når det er mulig, å håndtere eksisterende somatiske helsetilstander mens man igangsetter (hvis det er hensiktsmessig) eller viderefører kjønnsbekreftende intervensjoner. Eventuelle avbrudd bør være så korte som mulig og behandlingen gjenopptas så snart som praktisk mulig. Begrensede data og inkonsekvente funn antyder en sammenheng mellom kardiovaskulær og metabolsk risiko og hormonbehandling av voksne TKN-personer (Getahun, 2018; Iwamoto, Defreyne et al., 2019; Iwamoto et al., 2021; Spanos et al., 2020). På grunn av den mulige skadevirkningen relatert til langsiktig behandling, og de sannsynlige fordelene som er forventet ved preventive grep før og underveis i hormonbehandling, er det viktig med en grundig vurdering av somatisk helsetilstand før igangsetting av behandling. Noen spesifikke omstendigheter, slik som en historie med hormonsensitiv kreft, kan innebære behov for nærmere vurdering, og håndtering som kan utelukke

hormonbehandling (Center of Excellence for Transgender Health 2016; Hembree et al., 2017).

Lignende bekymringer kan være relevante for voksne TKN-personer som ønsker kirurgiske inngrep. Hvert kjønnsbekreftende kirurgiske inngrep har spesifikke risikoer, og potensielt ugunstige konsekvenser (Bryson & Honig, 2019; Nassiri et al., 2020; Remington et al., 2018). Dog har ikke inngrepsspesifikk risiko, som forbundet med spesifikke somatiske tilstander, blitt forsket særlig på. Derfor er ikke de formene for medisinske bekymringer som TKN-personer tar opp i løpet av vurderingen typisk sett noe annerledes enn de enhver annen kirurgisk kandidat kommer med.

Tatt i betraktning at TKN-personer har dårligere psykisk og somatisk helse (Brown & Jones, 2016), og er møtt med høyere barrierer for tilgang til helsetjenester (Safer et al., 2016), bør ikke helsepersonell sin vurdering av somatisk helse begrenses til eksisterende helsetilstander og tidligere medisinske intervensjoner. Hvis TKN-personen har somatiske helsetilstander er det viktig at disse tilstandene håndteres samtidig som igangsetting eller viderføring av GAMST, om det er mulig. Ethvert avbrudd i behandlingen bør gjøres med tanke på gjenopptagelse så raskt det er praktisk mulig. Det er også viktig at helsepersonell utvikler en strategi for å håndtere somatiske tilstander som muliggjør god helse og fremmer konsistent etterlevelse av en behandlingsplan.

#### Anbefaling 5.3.f

**Vurderer samtykkekapasiteten med tanke på den spesifikke somatiske behandlingen, i forkant av igangsetting.**

Dette med informert samtykke er helt sentralt for gjennomføring av helsetjenester. Informert samtykke er bakt inn i det etiske prinsippet at mottakere av helsetjenester bør forstå tjenestene de mottar, og potensielle konsekvenser som kan følge. Viktigheten av informert samtykke er fundamentalt i mange juridiske og regulerende praksiser som helsepersonell følger rundt om i

verden (Jefford & Moore, 2008). Det er ikke mulig å vite om alle de potensielle konsekvensene av en form for behandling; i stedet bør man overveie hva som er «rimelig» å forvente, og dette kan regnes som et minimum for å kunne samtykke (Jefford & Moore, 2008; Spatz et al., 2016), og dette er også tilfellet når det gjelder GAMST. Det å være i stand til å samtykke til en type behandlingsprosedyre eller klinisk intervensjon, krever flere komplekse kognitive prosesser. Samtykke krever den kognitive kapasiteten til å forstå risikoer og fordeler ved en type behandling, og positive og negative følger. Det krever også evnen til å huske informasjonen med sikte på å ta en avgjørelse (med bistand, ved behov), og den kognitive kapasiteten til å bruke den forståelsen til å ta en informert avgjørelse (American Medical Association, 2021; Applebaum, 2007). Det er essensielt at TKN-personen, og helsepersonell som vurderer vedkommende, som utgangspunkt vurderer typen intervensjoner som etterspørres og de potensielle positive og negative effektene det kan ha på de kroppslige, psykologiske, og sosiale arenaene i TKN-personens liv.

Det er viktig å anerkjenne at psykiske lidelser, spesielt symptomer på kognitiv svikt eller psykose, kan innvirke på en persones evne til å samtykke til GAMST (Hostiuc et al., 2018). Like fullt innebærer ikke slike symptomer nødvendigvis en manglende evne til å gi samtykke, fordi mange mennesker med signifikante symptomer på psykisk uhelse er tilstrekkelig i stand til å forstå risikoer og fordeler ved behandling til å ta en informert avgjørelse (Carpenter et al., 2000). Derimot er det viktig å gjøre en grundig vurdering av hver TKN-person for å se om den har evnen til å forstå den spesifikke typen GAMST det er snakk om, vurdere behandlingsalternativer, inkludert risikoer og fordeler, anerkjenne kortsiktige og

langsiktige konsekvenser av avgjørelsen, og kommunisere sitt valg slik at de kan motta behandlingen (Grootens-Wiegers et al., 2017).

Det kan finnes tilfeller hvor en person mangler kapasitet til å samtykke til helserelaterte intervensjoner, slik som en akutt psykotisk episode, eller i en situasjon hvor en person har varig kognitiv svikt. Begrenset samtykkekapasitet bør likevel ikke forhindre at personer mottar hensiktsmessig GAMST. For noen kreves det kanskje bruk av gjentatte forklaringer på et hverdagslig språk, over tid, eller bruken av tegninger, for å muliggjøre forklaring og bidra til forståelse av risikoer og fordeler. En helhetlig og grundig vurdering gjennomført av et tverrfaglig team kan videre legge opp til denne prosessen. For andre kan det være slik at en alternativ person, som en verge, eller en annen type uavhengig, juridisk godkjent beslutningstager, eventuelt må utnevnes. Disse situasjonene må vurderes fra sak til sak, med sikte på å sikre personen den mest bekreftende og minst restriktive helsemessige ivaretagelsen. Se også Kapittel 11 – Institusjonssettinger.

#### Anbefaling 5.3.g

**Vurderer den voksne TKN-personens kapasitet til å forstå effekten av kjønnsbekreftende behandling på reproduktiv helse, og overveier reproduktive alternativer sammen med personen, i forkant av igangsetting av behandling.**

Ettersom kjønnsbekreftende intervensjoner ofte har innvirkning på forplantningsevne, bør helsepersonell forsikre seg om at en TKN-person er klar over behandlingenes implikasjon for reproduksjon, og er kjent med lagring av gameter (modne kjønnsceller, her sæd-/eggceller, o.a.) og muligheter for assistert befruktning.

Kjønnsbekreftende hormonbehandling har vist seg å innvirke på reproduktiv evne og grad av fruktbarhet, men konsekvensene er ulike for personer av alle tillagte kjønnskategorier (Adeleye et al., 2019; Jindarak et al., 2018; Taub et al., 2020). Blant voksne TKN-personer kan det finnes individuelle forskjeller, og fluktuerende i disse effektene. Derfor

er det viktig at helsepersonell i løpet av vurderingsprosessen, og evalueringen av personens samtykkekapasitet for GAMST, informerer om mulig innvirkning på personens reproduktive potensiale. Reproduktive alternativer bør vurderes og diskuteres før igangsetting at kjønnsbekreftende intervensjoner. Fordi forskninglitteraturen er uklar med hensyn til muligheten for unnfangelse mens man får hormonbehandling, kan det være nødvendig å informere om nødvendigheten av å bruke prevensjon for å unngå uønsket graviditet, og de forskjellige prevensjonsmetodene som er tilgjengelige (Light et al., 2014; Schubert & Carey, 2020).

Kryss-seksjonelle studier med kliniske og ikke-kliniske utvalg fra forskjellige populasjoner viser gjennomgående at voksne TKN-personer uttrykker ønske om å være foreldre, og om å preservere fruktbarhet, selv om gradene av dette varierer med alder, kjønn, og hvor lenge de har mottatt kjønnsbekreftende hormonbehandling (Auer et al., 2018; De Sutter et al., 2002; Defreyne, Van Schuvenbergh et al., 2020; Wierckx, Stuyver et al., 2012). I en studie av et lite utvalg fant de at det å tilby informasjon om fruktbarhet hadde innvirkning på avgjørelsesprosesser rundt preservering av fruktbarhet (Chen et al., 2019). Selv om det ikke var noen kontrollgruppe som ikke mottok rådgivning, foregikk det blant TKN-personer en høy grad av preservering etter omfattende rådgivning (Amir et al., 2020). Videre pekte en studie på at konsultasjon med en spesialist reduserte angrepsrepresenten for avgjørelser som ble fattet vedrørende fruktbarhetsbevaring (Vyas et al., 2021). For mer informasjon, se Kapittel 16 – Reproduktiv helse.

#### Anbefaling 5.4

**Vi foreslår at helsepersonell med kompetanse på vurdering av**

**kjønnsbekreftende hormonelle eller kirurgiske intervensjoner for TKN-personer som ønsker det, som del av vurderingen også diskuterer betydningen av sosial transisjonering med hver enkelt.**

Sosial transisjonering kan være ekstremt fordelaktig for mange TKN-personer, men ikke alle har mulighet for å sosialt transisjonere – eller ønsker det (Bränström & Pachankis, 2021; Koehler et al., 2018; Nieder, Eyssel et al., 2020). Derfor etterspør noen TKN-personer kjønnsbekreftende intervensjoner etter sosial transisjonering, noen før, og noen helt uten transisjonering.

Sosial transisjonering, og det å fortelle om sin kjønnsidentitet, kan forbedre den psykiske helsen til en TKN-person som ber om kjønnsbekreftende intervensjoner (Hughto et al., 2020; McDowell et al., 2019). I tillegg kan bryst- og ansiktskirurgi i forkant av hormonbehandling bidra i en sosial transisjon (Altman, 2012; Davis & Colton Meier, 2014; Olson-Kennedy, Warus et al. 2018; Van Boerum et al., 2019). Som del av vurderingsprosessen bør helsepersonell diskutere hvilken rolle som er den mest komfortable for TKN-personen, om en sosial transisjon er planlagt, og tidsplanen for en eventuell sosial transisjon (Barker & Wylie, 2008). Det er imperativt at helsepersonell viser respekt i vurderingsprosessen, med hensyn til den store variasjonen blant sosiale kjønnsroller, inkludert både binære og ikke-binære identiteter og uttrykk, som varierer på tvers av kulturer, nærmiljø og individer.

Ikke alle som etterspør GAMST ønsker, eller har mulighet for, å transisjonere sosialt. Det vites lite om TKN-personer som ikke sosialt transisjonere før, under eller etter medisinske intervensjoner, ettersom det ikke har vært tematisk studert. De vanligste grunnene for å ikke transisjonere har vist seg å være frykt for å bli forlatt av familie eller venner, frykt for økonomiske tap (Bradford et al., 2013), og diskriminering og stigmatisering (Langenderfer-Magruder et al., 2016; McDowell



et al., 2019; White Hughto et al., 2015). Samtidig er det noen som ikke går inn for sosial transisjon fordi de subjektivt føler hormonbehandling eller kirurgi innebærer nok forbedring, i form av redusering av kjønnsdysfori.

Hvis det ikke er noen klar plan for sosial transisjonering, eller hvis transisjonering er uønsket, er det viktig med ytterligere vurdering av hva slags intervensjoner det er snakk om, og hvor tilrådelig behandlingsønsket er, særlig hvis det blir bedt om kirurgi. Videre vurdering kan tilby TKN-personen mulighet til å kjenne på de mulige effektene av å ikke sosialt transisjonere selv om de mottar GAMST. Gitt mangelen på evidens på hvordan helsemessige resultater er for TKN-personer som ikke transisjonere (Evans et al., 2021; Levine, 2009; Turban, Loo et al., 2021), bør GAMST tilnærmes med forsiktighet i slike tilfeller.

#### Anbefaling 5.5

**Vi anbefaler at voksne TKN-personer som møter kriteriene for kjønnsbekreftende medisinske og kirurgiske intervensjoner kun trenger én uttalelse for å få igangsatt intervensjonen, fra en som har kompetanse på vurdering av TKN-personer som ønsker kjønnsrelatert hormonell eller kirurgisk behandling.**

Tidligere versjoner av SOC har anbefalt at TKN-personer blir vurdert av to stykk kvalifisert helsepersonell. Det var enighet om at to uavhengige meninger sikret best praksis, og sørget for trygghet for både TKN-personer og helsepersonell. For eksempel var det antatt at det å forholde seg til to personer bidro til trygghet for både TKN-personer og de som vurderte dem i prosessen med å etterspørre og motta irreversible medisinske intervensjoner.

Den begrensede forskningen som finnes nå, indikerer at to meninger hovedsakelig er

unødvendig. For eksempel gikk Jones, Brewin et al. (2017) gjennom journalnotatene til erfarent helsepersonell ved en statlig finansiert kjønnsklinikk, og fant ut at det var en overveldende korrelasjon mellom begge meninger i hver sak, noe som kan sies å gjøre dem (den ene) overflødig. Videre slo Bouman et al. (2014) fast at kravet om to selvstendig vurderende helsepersonell reflekterte paternalisme i helsevesenet, og trakk det også fram som mulig brudd på retten til autonomi hos TKN-personer. Forfatterne hevdet at når klienter er tilstrekkelig forberedt og vurdert under omsorg av et tverrfaglig team, er en annen uavhengig vurdering unødvendig.

Med andre ord, om det kreves skriftlig dokumentasjon eller et brev for å anbefale GAMST til en TKN-person, kreves det en enkelt uttalelse/signatur fra helsepersonell som er kompetent til å uavhengig vurdere og diagnostisere; dette inkluderer hormonell behandling, og genital-, bryst-, ansikts- og annen kjønnsbekreftende kirurgi (Bouman et al., 2014; Yuan et al., 2021). Det kan være behov for ytterligere skrevne uttalelser/signaturer der det er et spesifikt klinisk behov.

#### Anbefaling 5.6

**Vi foreslår at helsepersonell som vurderer TKN-personer som etterspør gonadektomi (fjerning av gonadene, o.a.), vurderer om det bør være et minimum av 6 måneder hormonbehandling først, dersom det er hensiktsmessig i forhold til TKN-personens mål for kjønnsuttrykk, før personen gjennomgår et irreversibelt kirurgisk inngrep (med mindre hormoner ikke er klinisk indikert for den personen).**

The Endocrine Society Clinical Practice Guidelines anbefaler en periode med konsistent hormonbehandling før genitalkirurgi gjøres (Hembree et al., 2017). Selv om det fantes begrenset forskning som støttet dette, var anbefalingen ansett som god klinisk praksis fordi det gir mulighet for en mer reversibel opplevelse i forkant av det irreversible som kirurgi innebærer.

For eksempel kan det skje endringer i seksuell lyst etter genitalkirurgi der testiklene fjernes (Lawrence, 2005; Wierckx, Van de Peer et al., 2014). I den konteksten kan reversibel testosteronundertrykking gi vedkommende en periode med opplevd fravær av testosteron, for å avgjøre om det føles riktig. Det bør nevnes at effekten av redusert østrogen på en TKN-persons seksuelle lyst og funksjon i etterkant av en ooforektomi (fjerning av eggstokker, o.a.) ikke er godt dokumentert.

Kirurgi som fjerner gonader er irreversible prosedyrer som fører til tap av fruktbarhet, og tap av effektene av endogene kjønns hormoner. Begge disse effektene må diskuteres som del av vurderingsprosessen. For mer informasjon, se Kapittel 16 – Reproduktiv helse. Selvfølgelig er ikke hormoner klinisk indikert for voksne TKN-personer som ikke vil ha dem, eller ved tilfeller der de er kontraindikert av helsemessige grunner. For mer informasjon se Kapittel 13 – Kirurgi og postoperativ pleie.

### Anbefaling 5.7

**Vi anbefaler at helsepersonell som vurderer voksne som ønsker å detransisjonere og etterspør hormonelle eller kirurgiske intervensjoner eller begge deler, sørger for en omfattende flerfaglig vurdering som involverer ytterligere perspektiver fra helsepersonell erfarne på TKN-helse, og som del av vurderingen, sammen med personen selv, ser nærmere på betydningen av sosial transisjonering.**

Mange voksne TKN-personer kan utforske et vidt spenn av identiteter og elementer av kjønnsuttrykk mens de utforsker sin kjønnsidentitet og vurderer muligheter ved transisjon. I så måte kan folk tilbringe noe tid i en kjønnsidentitet eller et kjønnsuttrykk før de oppdager at det ikke føles komfortabelt, og senere tilpasse det eller bytte til en tidligere identitet eller et tidligere uttrykk (Turban, King et al., 2021).

For noen voksne TKN-personer kan også kjønnsidentiteten endres over tid, så behovene for medisinske intervensjoner utvikler seg. Dette er en sunn og rimelig prosess der en person kan avgjøre den mest mulig komfortable og samsvarende måten å leve på, informert av sin kjønnsidentitet og livskontekst. Denne identitetsutforskende prosessen bør ikke nødvendigvis forstås som angring, forvirring eller dårlige evner til avgjørelser, for en voksen TKN-persons kjønnsidentitet kan endre seg uten at vedkommende devaluerer sine tidligere avgjørelser om transisjonering (MacKinnon et al., 2021; Turban, Loo et al., 2021). Voksne TKN-personer bør bistås i denne utforskningen, og i enhver annen endring i deres identitet (Expósito-Campos, 2021). Selv om utforskning fortsetter, bør irreversible kjønnsbekreftende intervensjoner unngås til det oppnås en visshet med hensyn til langsiktige mål og ønskede resultater.

Avgjørelsen om å detransisjonere ser ut til å være sjelden (Defreyne, Motmans et al., 2017; Hadje-Moussa et al., 2019; Wiepjes et al., 2018). Estimerer av antall mennesker som detransisjonere på grunn av identitetsendring er trolig overdrevne på grunn av forskning som blander forskjellige kohorter (Expósito-Campos, 2021). Forskningskohorter med folk som detransisjonere inkluderer for eksempel ofte både de som velger å detransisjonere på grunn av at det skjer en endring i identitet, og de som velger å detransisjonere uten slik endring. Selv om det har blitt gjort lite forskning som systematisk ser på variabler som korrelerer med en voksen TKN-persons avgjørelse om å stoppe en transisjonsprosess, eller å detransisjonere, fant en nyere studie ut at den overveldende majoriteten av TKN-personer som velger å detransisjonere gjorde det på grunn av eksterne faktorer, som stigma og mangel på sosial støtte, og ikke på grunn av endringer i kjønnsidentitet (Turban, King et al., 2021). Voksne TKN-personer som ikke har opplevd en endring i sin identitet, kan velge å stoppe transisjonen eller detransisjonere på grunn av undertrykkelse, vold, sosial/relasjonell konflikt, kirurgiske komplikasjoner, helsemessige bekymringer,



fysiske kontraindikasjoner, mangel på ressurser, eller at de er misfornøyde med resultatet (Expósito-Campos, 2021). I slike tilfeller er helsepersonell som jobber med psykisk helse godt egnet til å bistå TKN-personen med vedkommendes utfordringer.

Selv om valget om å detransisjonere er proposjonsmessig sjeldent, forventes det at grunnet en gjennomgående økning av personer som identifiserer seg under TKN-paraplyen, vil det absolutte tallet på folk som detransisjonere eller stopper sin transisjon også øke. Like fullt, selv om det absolutte tallet kan øke, bør prosentantallet som ønsker å stoppe, eller reversere permanente kroppslige endringer, holde seg stødig og lavt. Det at det finnes slike sjeldne forespørsler må ikke brukes til å rettferdiggjøre å skulle avbryte kritisk nødvendig ivaretagelse, inkludert hormonbehandling og kirurgiske intervensjoner, for det store flertallet av voksne TKN-personer.

Grunnet den begrensede forskningen på dette området er kliniske anbefalinger hovedsakelig basert på individuelle saker, og ekspertuttalelser fra helsepersonell som jobber med voksne TKN-personer (Expósito-Campos, 2021; Richards & Barrett, 2020). Derfor bør et mer omfattende, tverrfaglig team gjennomføre vurderingen, hvis TKN-personen har gjennomgått permanente fysiske endringer og ønsker å omgjøre disse. Et tverrfaglig team muliggjør ytterligere perspektiver fra folk som har erfaring med TKN-helse. Det tverrfaglig teamet oppfordres, i samarbeid med den voksne TKN-personen, til å oppnå grundig forståelse for motivasjonen bak den opprinnelige behandlingen, og bak valget om å detransisjonere. En hver utfordring forbundet med de tidligere fysiske endringene bør grundig utforskes, og det bør gjøres betraktelig innsats for å påse at ikke lignende gjentas i reverseringsprosessen.

For å sikre størst sannsynlighet for tilfredshet og komfort med en reversering av permanente fysiske endringer, bør den voksne TKN-personen og det tverrfaglige teamet utforske rollen sosial transisjonering spiller i vurderingen og i forberedelsene til reverseringen. I slike tilfeller er det høyst sannsynlig nødvendig med en utvidet periode der det leves i rollen, før det anbefales videre fysiske endringer. Helsepersonell bør støtte TKN-personen gjennom enhver sosial endring, og i tillegg enhver følelse av fiasko, skam, depresjon eller skyld forbundet med å bestemme seg for en slik endring. I tillegg bør disse TKN-personene støttes i å takle enhver fordomsfullhet og sosiale vanskeligheter de kan ha opplevd, som kunne ha ført til valget om å detransisjonere, eller som kan ha kommet som følge av en slik avgjørelse. Det er også viktig å hjelpe personen med å fortsatt engasjere seg i sin egen helse og ivaretagelse av denne gjennom hele prosessen (Narayan et al., 2021).

Selv om den tilgjengelige forskningen konsekvent viser positive følger for majoriteten av voksne TKN-personer som velger å transisjonere (Aldridge et al., 2020; Byne et al., 2012; Gorin-Lazard et al., 2012; Owen-Smith et al., 2018; White Hughto & Reisner, 2016), kan noen voksne TKN-personer dekompenere, eller oppleve en verre situasjon, etter transisjonen. Det finnes lite forskning som systematisk har sett på variabler som korrelerer med dårlig eller verre kroppslige, psykologiske eller sosiale forhold etter transisjon (Hall et al., 2021; Littman, 2021); dog ser tilfeller ut til å være sjeldne (Hall et al., 2021; Wiepjes et al., 2018). I tilfeller der folk dekompenere etter kroppslig eller sosial transisjon, og så forblir i en verre kroppslig, psykologisk, eller sosial situasjon enn de var før de transisjonerte, bør det seriøst vurderes om transisjon er et gode på dette tidspunktet, eller for denne personen, eller begge deler. I tilfeller hvor behandling ikke lenger støttes, bør det arrangeres assistanse til å støtte personen i prosessen med behandlingsstopp, og med å håndtere eventuelle samtidige vanskeligheter (Narayan et al., 2021).



Det er viktig at de som detransisjonerer, av hvilken som helst grunn, blir støttet. Det er uansett viktig å huske på at det forekommer sjeldent, og litteraturen viser konsekvent positivt resultat for de aller fleste voksne TKN-personer som transisjonerer til et kjønn de er komfortable med, inkludert de som mottar GAMST (Byne et al., 2012; Green & Fleming, 1990; Lawrence, 2003; Motmans et al., 2012; Van de Grift, Elaut et al., 2018).

## KAPITTEL 6 Ungdommer

*Historisk kontekst, og endringer siden forrige versjon av Standards of Care*

Spesialiserte helsetjenester for TKN-ungdommer oppsto først, såvidt, på 1980-tallet, da noen spesialiserte kjønnsklinikker for ungdommer ble utviklet rundt i verden. Disse tilbød hjelp til et relativt lavt antall barn og ungdommer. I nyere tid har det vært en bratt økning i antallet ungdommer som ber om kjønnsrelaterte helsetjenester (Arnoldussen et al., 2019; Kaltiala, Bergman et al., 2020). Nye klinikker har blitt etablert, men det kliniske tilbudet har ikke holdt følge med det økende antallet som søker hjelp. Derfor er det ofte venteliste, og generelt hindringer, for tilgang til helsetjenester for TKN-ungdommer rundt i verden (Tollit et al., 2018).

Fram til nylig fantes det begrenset informasjon om prevalensen av kjønnsnormbrudd blant ungdom. Forskning på skoleelever på 9.-12. trinn indikerer at raten er mye høyere enn antatt, der i noen tilfeller så mye som 1.2% av respondentene identifiserer seg som transpersoner (Clark et al., 2014), og opp til 2.7% eller mer (f.eks. 7–9%) erfarer og rapporterer at de i noen grad erfarer seg selv som kjønnsnormbrytende (Eisenberg et al., 2017; Kidd et al., 2021; Wang et al., 2020). Disse studiene indikerer at kjønnsnormbrudd blant ungdommer ikke lenger bør anses som sjeldent. Videre har kjønnsklinikker rapportert en skjev kjønnsfordeling, med 2.5-7.1 ganger så mange ungdommer ble tillagt den kroppslige kjønnskategorien jente ved fødsel (AFAB) (En forkortelse for «assigned female at birth» som brukes noe i Norge; det finnes ikke tilsvarende på norsk. Derfor brukes den engelske her, i oversatt tekst. O.a.) ber om helsehjelp sammenlignet med

de som ble tillagt den kroppslige kjønnskategorien gutt ved fødsel (AMAB) (En tilsvarende forkortelse for «assigned male at birth» brukes her, o.a.) (Aitken et al., 2015; Arnoldussen et al., 2019; Bauer et al., 2021; de Graaf, Carmichael et al., 2018; Kaltiala et al., 2015; Kaltiala, Bergman et al., 2020).

Først i 1998, i WPATHs *Standards of Care 5. versjon* (Levine et al., 1998), ble det utarbeidet en spesifikk del som omhandlet behovene til barn og ungdom. Ungdommer som var 16 år og eldre ble ansett som potensielle kandidater for kjønnsbekreftende medisinsk behandling, men kun i utvalgte tilfeller. Den påfølgende versjon 6 (Meyer et al., 2005), og versjon 7 (Coleman et al., 2012), delte medisinske kjønnsbekreftende intervensjoner for ungdommer inn i tre kategorier med kvalifikasjonskriterier basert på alder og pubertetsstadium: Fullt reversible pubertetsblokkere ved starten av puberteten, delvis reversibel hormonbehandling (testosteron, østrogen) ved myndighetsalder, som i noen europeiske land var 16 år, og irreversibel kirurgi ved 18 år – bortsett fra maskuliniserende mastektomi (fjerning av bryster, o.a.), der 16 år ble satt som aldersgrense. Tilleggs-kriterier for medisinske kjønnsrelaterte helsetjenester inkluderte: en vedvarende barndomshistorie med å ikke være kjønnsnormativ / ha dysfori, som ble opplevd, eller mer intens, ved starten av puberteten, fravær eller eventuelt håndtering av psykiske, medisinske eller sosiale problemer som vanskeliggjør behandling, at foreldre/omsorgspersoner støtter igangsetting av intervensjonen, og at det kan gis informert samtykke. Denne 8. versjonen av *Standards of Care* inkluderer et kapittel dedikert til TKN-ungdommer, separat fra kapittelet om barn. Dette på

grunn av 1) den eksponensielle økningen i antall ungdommer som blir henvist, 2) det økte antallet studier som spesifikt handler om behandling av kjønnsnormbrytende ungdommer, og 3) denne aldersgruppens unike utviklingsmessige hensyn, og andre hensyn ved kjønnsbekreftende ivaretagelse.

Uspesifikke begreper for kjønnsrelaterte helsetjenester unngås (som f.eks. kjønnsbekreftende modell, kjønnsutforskende modell) fordi disse ikke representerer enhetlige praksiser men heller heterogene behandlingspraksiser definert ulikt på tvers av kontekster.

### *Oversikt: Ungdommer*

Ungdomstiden er en periode som utviklingsmessig sett karakteriseres av relativt hurtig fysisk og psykisk modning, i overgangen fra barndom til voksen alder (Sanders, 2013). Det foregår flere utviklingsprosesser samtidig, inkludert de endringene puberteten signaliserer. Kognitive, følelsesmessige og sosiale funksjoner modnes, og fysiske endringer forbundet med pubertet fortsetter. Disse prosessene begynner ikke alle samtidig hos en person, og de begynner heller ikke på samme alder for alle. Derfor er øvre og nedre grense for ungdomstiden upresis, og kan ikke kun defineres i forhold til alder. For eksempel kan fysiske pubertale endringer begynne i sen barndomstid, mens delene av nervesystemet som har eksekutive funksjoner fortsette å utvikle seg godt inn i 20-årene (Ferguson et al., 2021). Myndighetsalder (alder man er selvstendig og ansvarlig juridisk sett; Dick et al., 2014) defineres ikke likt i alle land. Mange land definerer det som 18 år, men noen har satt det så lavt som 15 år (f.eks. Indonesia og Myanmar), og andre så høyt som 21 år (f.eks. delstaten Mississippi, og

Singapore).

For klarhet: dette kapittelet handler om ungdommer fra starten av puberteten til myndighetsalder (i de fleste kulturer 18 år). Samtidig er det elementer i kapittelet som omhandler utviklingsmessige hensyn, inkludert viktigheten av involverte foreldre/omsorgspersoner. De som står nær den det angår, er vesentlige når det gjelder å ivareta unge som transisjonerer på en hensiktsmessig måte.

Kognitiv utvikling i ungdomstiden karakteriseres ofte av økt evne til abstrakt tenkning, komplekse resonnementer, og metakognisjon (altså personens evne til å tenke på sine egne følelser i forhold til andres oppfatning av dem; Sanders, 2013). Evnen til å resonnerer hypotetisk om situasjoner setter en ung person i stand til å se for seg implikasjoner av en spesifikk avgjørelse. Dog forbindes ofte ungdomstiden med økt risikopreget oppførsel. Samtidig med disse betydelige endringene er ungdomstiden gjerne preget av individuering fra foreldre og utvikling av økt personlig autonomi. Det er ofte økt fokus på forhold til jevnaldrende, noe som både kan være positivt og skadelig (Gardner & Steinberg, 2005). Ungdommer opplever ofte en veldig følelse av hastverk, som henger sammen med en hypersensitivitet for belønning, og deres oppfatning av tid har vist seg å være annerledes enn hos voksne (Van Leijenhorst et al., 2010). Typisk foregår det en sosioemosjonell utvikling i ungdomstiden, men det er stor variasjon i hvor modne de er i mellommenneskelig relasjon og innsikt, og i sin selvinnsett (Grootens-Wiegers et al., 2017). Når det gjelder TKN-ungdommer som skal ta avgjørelser om kjønnsbekreftende intervensjoner – avgjørelser som kan ha livslange konsekvenser – er det avgjørende

å forstå hvordan alle disse utviklingsmessige sidene kan virke inn på en ung persons beslutningstaking, i vedkommendes spesifikke kulturelle kontekst.

### *Kjønnsidentitetsutvikling i ungdomsårene*

Vår forståelse av kjønnsidentitetsutvikling i ungdomsårene utvikler seg stadig. Det er viktig å ha oversikt over hva vi vet og ikke vet om kjønnsidentitet i utviklingen når man gir klinisk omsorg til kjønnsnormbrytende ungdommer og deres familier (Berenbaum, 2018). Når en familie vurderer behandlinger kan det gjerne innebære spørsmål om kjønnsidentitetsutvikling, og om ungdommens erklærte kjønn kommer til å forbli det samme over tid. For noen foreldre/foresatte er det ikke noen overraskelse at en ungdom erklærer å ha en kjønnsidentitet som avviker fra kjønnskategorien som ble tillagt ved fødsel, ettersom det finnes en historie med kjønnsnormbrytende uttrykk tilbake til barndommen (Leibowitz & de Vries, 2016). Andre verken uttrykker eller erklærer noe før oppstart av pubertet eller godt inn i ungdomsårene (McCallion et al., 2021; Sorbara et al., 2020).

Historisk sett har forskning på sosial læring og kognitiv utvikling blitt gjennomført primært med kjønnsnormative ungdommer, altså ikke kjønnsnormbrytende i identitet eller uttrykk, og med utgangspunkt i at en kroppslig kjønnskategorisering korrelerte med et spesifikt sosialt kjønn. Derfor fikk kjønnsidentitetsutvikling lite oppmerksomhet. Denne forskningen har demonstrert at i tillegg til det biologiske, spiller psykologiske og sosiale faktorer også en rolle i utvikling av kjønn (Perry & Pauletti, 2011). Selv om det har vært lite

fokus på kjønnsidentitetsutvikling blant TKN-ungdommer, er det rikelig grunnlag for å anta at i tillegg til biologiske faktorer er psykososiale faktorer også involvert (Steensma, Kreukels et al., 2013). For noen ungdommer virker kjønnsidentitet avklart og uttrykt fra ung alder, mens for andre kan en utviklingsprosess medvirke til kjønnsidentitetsutvikling over tid.

MR-undersøkelser, genstudier og andre hormonstudier med intersexpersoner, demonstrerer et biologisk bidrag til kjønnsidentitet for noen personer med en kjønnsidentitet som ikke samsvarer med den kroppslige kjønnskategorien de ble tillagt ved fødselen (Steensma, Kreukels et al., 2013). Siden familier ofte har spørsmål om akkurat dette, er det viktig å understreke at det er umulig å skille mellom de som har en kjønnsidentitet som kunne virke fast fra fødselen av, og de som ser ut til å gå gjennom en prosess med kjønnsidentitetsutvikling. Ettersom det er umulig å angi hva som tilfører hva blant de forskjellige faktorene som bidrar til kjønnsidentitetsutvikling i en enkelt ung person, er det viktig og nødvendig med en helhetlig klinisk tilnærming (se Anbefaling 3.) Framtidig forskning vil kunne belyse kjønnsidentitetsutvikling bedre om det ble gjennomført over lange tidsperioder og med varierte kohorter. I den sammenheng vil det også være nødvendig å rekonsptualisere kjønnsidentitet, fra noe binært (mann/kvinne), til dimensjoner av et kjønnspekter langs et kontinuum (APA, 2013).

Ungdomsårene kan være en kritisk periode for utviklingen av kjønnsidentitet for unge TKN-personer (Steensma, Kreukels et al., 2013). Nederlandske longitudinelle, kliniske oppfølgingsstudier av ungdommer med dysfori fra barndommen av, som fikk pubertetsblokkere, kjønnsbekreftende



hormoner, eller begge deler, fant at ingen i voksen alder angret på beslutningene de hadde tatt i ungdomsårene (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; de Vries et al., 2014). Disse funnene viser at ungdommer som ble helhetlig vurdert og ansett som emosjonelt modne nok til å foreta valg om kjønnsbekreftende behandling, presenterte med stabil kjønnsidentitet i perioden studien pågikk.

Når man ekstrapolerer fra den nederlandske longitudinelle kohortstudien, til dagens kjønnsnormbrytende ungdommer som oppsøker behandling, er det nødvendig å ta i betraktning samfunnsendringen som har skjedd, over tid, for TKN-personer. Gitt den økte synligheten til TKN-identiteter, er det viktig å forstå at økt bevissthet kan ha innvirkning på kjønnsutvikling på forskjellige måter (Kornienko et al., 2016). En identifisert trend er at flere ungdommer oppsøker kjønnsklinikker og presenterer ikke-binære identiteter (Twist & de Graaf, 2019). Et annet fenomen som foregår i klinisk sammenheng er en økning av ungdommer som oppsøker behandling som tilsynelatende ikke har opplevd eller uttrykt (eller begge deler) kjønnsnormbrudd i sin barndom. En forsker prøvde å studere og beskrive det som en spesifikk form for sen presentasjon av kjønnsnormbrytende opplevelse (Littman, 2018), men funnene i studien må sies å ha signifikante metodologiske utfordringer, inkludert 1) studien spurte foreldre og fikk ikke ungdommenes perspektiv, og 2) rekruttering inkluderte foreldre fra miljøer der kjønnsbekreftende behandling er sett på med skepsis og kritisert. Disse funnene ble uansett ikke replikert. For et lite utvalg unge mennesker er mottakelighet for sosial innflytelse muligens en viktig differensial å vurdere (Kornienko, 2016). Når man er i møte med én ungdom må man dog unngå

forhastede antakelser – basert på informasjon fra forskningsmateriale med potensiell utvalgsbias – om at disse fenomenene opptrer i akkurat dette individet (Bauer et al., 2022; WPATH, 2018). Det er viktig å vurdere fordelene sosial tilhørighet kan ha for ungdommer med tilknytning til støttende mennesker (Tuzun et al., 2022)(se Anbefaling 4).

Gitt det stadig voksende kunnskapfeltet om ungdommers kjønnsidentitetsutvikling er det ansett som både etisk og nødvendig å ha en individualisert klinisk tilnærming. Som på hele det medisinske feltet er det også her slik at hver studie har metodologiske begrensninger, derfor verken kan eller bør man anvende forskningsfunn til å bruke en standardisert tilnærming til alle ungdommer. Dette gjelder også med hensyn til de vanligste spørsmålene fra foreldre om hvor stabil eller ustabil en individuell ungdoms kjønnsidentitet er. Selv om framtidig forskning kommer til å utvide den vitenskapelige forståelsen av kjønnsidentitetsutvikling kan det være det alltid vil være hull i forståelsen, og gitt etikken som tilsier selvdefinering i helsetjenester, bør ikke disse hullene gjøre så TKN-ungdommer står uten viktig og nødvendig ivaretagelse.

#### *Evidens for kjønnsbekreftende medisinsk behandling for TKN-ungdommer*

En sentral utfordring i ivaretagelse av TKN-ungdommer, er kvaliteten på tilgjengelig evidens som sier noe om hvor effektiv medisinsk nødvendig kjønnsbekreftende hormonell og kirurgisk behandling («Gender-affirming medical and surgical treatments» forkortes på engelsk til GAMST; vi har ikke tilsvarende på norsk, og bruker GAMST. O.a.) er over tid (Se vedrørende medisinsk nødvendig behandling i

kapittelet om Universell anvendbarhet, Anbefaling 2.1). Gitt de livslange implikasjonene av medisinsk behandling, og mulig ung alder for oppstart, bør ungdommer, foreldre, og de som tilbyr helsetjenester, være informert om evidensgrunnlaget. Det framstår som fornuftig at avgjørelser om å gå videre med medisinske og kirurgiske behandlinger bør tas på en gjennomtenkt måte. Til tross for at et sakte voksende evidensgrunnlag viser at tidlig intervensjon er effektivt, er antallet studier lavt og det er få studier som følger ungdommer inn i voksenalder og ser på resultatet der. På grunn av dette er det ikke mulig å presentere en systematisk gjennomgang av behandlingsresultater blant ungdommer. Vi presenterer i stedet en kort narrativ gjennomgang.

Da dette kapittelet ble skrevet, rapporterte flere longitudinelle oppfølgingsstudier av kohorter over lengre tid, positive følger av tidlig (altså ungdomsalder) medisinsk behandling. I en betydelig periode ble mange av disse studiene gjennomført ved en nederlandsk klinikk (f.eks., Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; de Vries, Steensma et al., 2011; de Vries et al., 2014; Smith et al., 2001, 2005). Funnene peker på at reduseringen av kjønnsdysfori var forbundet med et bedret funksjonsnivå, mentalt sett, og tilfredshet i syn på egen kropp. De fleste av disse studiene brukte et metoddesign med pre- og posttesting, og sammenlignet en baseline av mentalt funksjonsnivå med resultatet etter kjønnsbekreftende behandling. Forskjellige studier evaluerte enkeltaspekter eller en kombinasjon av aspekter ved behandlingsintervensjoner. Det innebar 1) kjønnsbekreftende hormoner og kirurgi (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; Smith et al., 2001, 2005); 2) pubertetsblokkering (de Vries, Steensma et al., 2011); og 3) pubertetsblokkering,

bekreftende hormoner, og kirurgi (de Vries et al., 2014). Den longitudinelle oppfølgingsstudien ferdigstilt i 2014 er den eneste som har fulgt personer fra tidlig i ungdomstiden (gjennomsnittsalder før behandlingsoppstart 13.6 år) til ung voksenalder (gjennomsnittsalder etter behandling 20.7 år). Dette var den første studien som viste at kjønnsbekreftende intervensjoner gjorde TKN-ungdommer i stand til å gjennomføre aldersriktige utviklingsmessige overganger mens de levde som sine bekreftede kjønn, med tilfredsstillende resultat i voksen alder, både subjektivt og objektivt sett (de Vries et al., 2014). Selv om studien involverte et lite ( $n = 55$ ) og sosialt støttet utvalg, var resultatene overbevisende. Det er relevant å nevne at deltagerne var tilknyttet den nederlandske klinikken som er kjent for å anvende en flerfaglig tilnærming, inkludert gjennomføring av helhetlig og stadig pågående vurdering og håndtering av kjønnsdysfori, og støtte som sikter på følelsesmessig trivsel og velvære.

Flere nyere publiserte longitudinelle studier fulgte og evaluerte deltagere i forskjellige stadier av kjønnsbekreftende ivaretagelse. I disse studiene hadde noen deltagere ikke startet medisinske kjønnsbekreftende behandling, noen hadde fått pubertetsblokkere, og andre igjen hadde påbegynt kjønnsbekreftende hormonbehandling eller til og med gjennomført kjønnsbekreftende kirurgi (Achille et al., 2020; Allen et al., 2019; Becker-Hebly et al., 2021; Carmichael et al., 2021; Costa et al., 2015; Kuper et al., 2020; Tordoff et al., 2022). Gitt pluraliteten av behandlinger og metoder er det mer utfordrende å tolke resultatene av denne typen forskningsdesign. Likevel, når sammenlignet med vurderinger gjort ved baseline, indikerte materialet at et sted mellom tre måneder etter oppstart og to år

etter oppstart, kunne man registrere et konsekvent bedret eller stabilt mentalt funksjonsnivå, syn på egen kropp, og behandlingstilfredshet.

Kryss-seksjonelle studier er et annet mulig design som gjør det mulig å evaluere effekten av kjønnsbekreftende intervensjoner. En slik studie sammenlignet mentalt funksjonsnivå i en gruppe TKN-ungdommer ved behandlingsoppstart og underveis i pubertetsblokkering, med nivået i en gruppe jevnaldrende cispersoner på videregående skole, tilsvarende målt på to forskjellige tidspunkter. Ved baseline ble TKN-ungdommene målt til et lavere funksjonsnivå, sammenlignet sett, men underveis i pubertetsblokkerende behandling viste de høyere funksjonsnivå enn cispersonene (van der Miesen et al., 2020). Grannis et al. (2021) demonstrerte at transgutter som startet på testosteronbehandling scorete lavere på symptomer for internaliserende psykisk lidelse (depresjon og angst) sammenlignet med de som ikke hadde startet testosteronbehandling.

Fire ytterligere studier brukte forskjellige metoddesign for å måle effekt. I en retrospektiv analyse av medisinske journaler viste Kaltiala og Heino et al. (2020) at TKN-ungdommer med få eller ingen utfordringer med psykisk helse generelt hadde det bra i behandlingsperioden. Derimot fortsatte ungdommer med flere utfordringer ved sin psykiske helse å oppleve manifestasjoner av disse i det kjønnsbekreftende medisinske behandlingsløpet. Nieder et al. (2021) undersøkte fornøydhet med behandling som et effektmål og demonstrerte at TKN-ungdommer var mer fornøyde jo lenger de kom i den oppstartede behandlingen. Hisle-Gorman

et al. (2021) sammenlignet bruk av helsevesenet før og etter behandlingsoppstart på kjønnsbekreftende hormoner, som indikator på alvorsgraden av psykisk uhelse blant 3754 TKN-ungdommer, i et stort datasett fra helsevesenet. Tildels kontra til forfatterens hypotese om bedret psykisk helse, viste det seg at bruken av helsetjenester ikke signifikant endret seg, og utskrivning av psykotrope medikamenter økte. I et stort ikke-sannsynlighetsutvalg av folk som identifiserte seg som transpersoner, fant Turban et al. (2022) at de som rapporterte at de hadde tilgang til kjønnsbekreftende hormoner i ungdomstiden hadde lavere sannsynlighet for suicidalitet siste år, sammenlignet med transpersoner som fikk tilgang til kjønnsbekreftende hormoner i voksen alder.

De som tilbyr helsetjenester kan lure på muligheten for at en ungdom kan angre kjønnsbekreftende avgjørelser tatt i ungdomstiden, og for at en ung person i framtiden vil ønske å avslutte behandlingen og vende tilbake til å leve i den kjønnsrollen normativt tilknyttet den kroppslige kjønnskategori som ble tillagt ved fødsel. To nederlandske studier rapporterer en lav prosent av ungdommer (1.9% og 3.5%) som velger å avslutte pubertetsblokkeringen (Brik et al., 2019; Wiepjes et al., 2018). Igjen, disse studiene ble gjennomført på klinikker som har en protokoll som inkluderer helhetlig vurdering før kjønnsbekreftende intervensjoner settes i gang. Per idag har ingen kliniske kohortstudier utarbeidet noen profil på ungdommer som angre sin opprinnelige avgjørelse, eller detransisjonerer etter irreversibel kjønnsbekreftende behandling. Forskning indikerer at det finnes ungdommer som detransisjonerer, men de angre ikke på at de satt i gang behandling fordi de opplevde

behandlingsstarten som en del av det å forstå sine kjønnsrelaterte ivaretagelsesbehov (Turban, 2018). Uansett, det kan være slik at dette ikke er det dominerende perspektivet blant personer som detransisjonerer (Littman, 2021; Vandenbussche, 2021). Noen ungdommer kan angre på skrittene de har tatt (Dyer, 2020). Derfor er det viktig å presentere den fulle bredden av mulige resultater når man bistår TKN-ungdommer. De som tilbyr helsehjelp kan diskutere dette temaet på en samarbeidsorientert og tillitsfull måte (altså som en «potensiell framtidig erfaring og vurdering») med ungdommen og dennes foreldre/foresatte før oppstart av kjønnsbekreftende medisinske intervensjoner. Videre bør helsepersonell være forberedt på å støtte en ungdom som detransisjonerer. I en nettbasert spørreundersøkelse med et bekvemmelighetsutvalg på 237 personer med gjennomsnittsalder 25.02 år, som selv-identifiserte seg som å ha detransisjonert, og der over 90% var tillagt kjønnet kvinne ved fødsel, hadde 25% medisinsk transisjonert før de ble 18 år, og 14% detransisjonert før de fylte 18 (Vandenbussche, 2021). Selv om et slikt utvalg er utsatt for problematisk selektering av respondenter, peker studiet på at detransisjonering kan forekomme blant TKN-ungdommer, og helsepersonell bør være klar over dette. Mange av dem uttrykte vanskeligheter med å finne hjelp i sin detransisjoneringsprosess og rapporterte at deres detransisjonering var en isolerende opplevelse der de ikke mottok verken tilstrekkelig eller hensiktsmessig støtte (Vandenbussche, 2021).

Vi kan konkludere med at selv om de eksisterende utvalgene rapporterer på relativt små grupper med ungdommer (f.eks. n = 22-101 per studie), og lengden tid i oppfølgings-studien varierte på tvers av studier (seks måneder – syv år), indikerer dette voksende bevisgrunnlaget en generell bedring i livene til TKN-ungdommer som, etter gjennomtenkt vurdering, mottar medisinsk nødvendig kjønnsbekreftende behandling. Videre er prosenten lav av rapportert angring i løpet av tiden de ble studert. Tilsammen viser materialet at tidlige medisinske intervensjoner – som del av bredere kombinert vurdering og behandlingstilnærming fokusert på kjønnsdyfori og generell trivsel og velvære – kan være effektive og til hjelp for mange transungdommer som oppsøker disse behandlingsmetodene.

#### *Etiske- og menneskerettighetsperspektiver*

Medisinsk etikk og menneskerettighetsperspektiver ble også vurdert når vi formulerte SOC sine anbefalinger om ungdommer. For eksempel, det å tillate pubertetsutvikling hos ungdommer som opplever kjønnsinkongruens er ikke en nøytral handling, ettersom det kan ha både umiddelbare og livslange konsekvenser for den unge TKN-personen (Giordano, 2009; Giordano & Holm, 2020; Kreukels & Cohen-Kettenis, 2011). Fra et menneskerettighetsperspektiv, der man anser kjønns mangfold som en normal og forventet variasjon i det bredere mangfold av menneskelige erfaringer, er det en ungdoms rettighet å delta i avgjørelser om egen helse og eget liv, inkludert om tilgang til helsetjenester (Amnesty International, 2020).



## Anbefalinger

Vi anbefaler at helsepersonell som jobber med kjønnsnormbrytende ungdommer:

6.1.a.- Er godkjent av en sertifiserende myndighet og har minst en masterutdanning eller tilsvarende i et klinisk felt relevant for denne oppgaven. Graden må være oppnådd ved en nasjonalt akkreditert, profesjonsregulerende institusjon.

6.1.b.- Mottar teoretisk og evidensbasert opplæring og utvikler ekspertise innen generell psykisk helse blant barn, ungdommer og voksne - sett over hele det utviklingsmessige spekteret.

6.1.c.- Mottar opplæring og har ekspertise innen kjønnsidentitetsutvikling, kjønns mangfold og -normbrudd hos barn og unge, har kompetanse til å vurdere samtykkeevne, og har generell kunnskap om kjønnsidentitet gjennom hele livsløpet.

6.1.d.- Mottar opplæring og utvikler ekspertise innen autismspektertilstander og andre presentasjoner av nevromangfold, eller samarbeider med en ekspert i utviklingsforstyrrelser, når en jobber med ungdommer som er både autistiske/nevromangfoldige og kjønnsnormbrytende.

6.1.e.- Fortsetter å jobbe med profesjonell utvikling på alle områder som er relevante for kjønnsnormbrytende barn, ungdommer og familier.

6.2- Vi anbefaler at helsepersonell som jobber med kjønnsnormbrytende ungdommer tilrettelegger for utforskning av kjønn, og uttrykk for kjønn, på en så åpen og respektfull måte at ingen spesifikk identitet favoriseres.

6.3- Vi anbefaler at helsepersonell som jobber med kjønnsnormbrytende ungdommer, gjennomfører en helhetlig biopsykososial vurdering av ungdommer som kommer til dem med spørsmål eller bekymringer om kjønnsidentitet og etterspør medisinsk/kirurgisk transisjonsrelatert helsehjelp, og at dette gjennomføres på en samarbeidsorientert og støttende måte.

6.4- Vi anbefaler at helsepersonell jobber med familier, skoler og andre relevante settinger for å fremme aksept for ungdommers kjønnsnormbrytende oppførsel og deres uttrykk for identiteter.

6.5- Vi fraråder reparativ- og konversjonsterapi som sikter på å forsøke å endre en persons kjønn, og kjønnsuttrykk, slik at det skal samsvare mer med kjønns kategorien som ble tillagt ved fødselen.

6.6- Vi foreslår at helsepersonell sørger for at trans- og kjønnsnormbrytende ungdommer får en helseorientert opplæring om brystbinding og genital tucking (Betyr å gjemme penis mellom bena. Det kalles gjerne bare tucking. O.a.), inkludert en gjennomgang av fordeler og risikoer.

6.7- Vi anbefaler at de som tilbyr helsehjelp vurderer å skrive ut menstruasjonshindrende medikamenter for ungdommer som opplever kjønnsinkongruens, men ikke ønsker testosteronbehandling, eller som ønsker men ikke har begynt på testosteronbehandling, eller at menstruasjonshindring gis samtidig med testosteronbehandling for å hindre gjennombruddsblødning.

6.8- Vi anbefaler at helsepersonell opprettholder en relasjon med trans- og kjønnsnormbrytende ungdommer og relevante omsorgspersoner, for å kunne støtte ungdommene i deres avgjørelsesprosesser gjennom hele den pubertetsblokkerende behandlingen, hormonbehandlingen, og kjønnsbekreftende kirurgi, helt til behandlingen går over til å dreie seg om voksenhelse.

6.9- Vi anbefaler at helsepersonell involverer relevante felt, inkludert både psykisk og somatisk helse. Dette for å kunne avgjøre om pubertetsblokkere, hormonoppstart, eller kjønnsrelatert kirurgi for trans- og kjønnsnormbrytende ungdommer er hensiktsmessig, og fortsatt indikert i hele behandlingsforløpet, fram til voksenhelse overtar.

6.10- Vi anbefaler at helsepersonell som jobber med trans- og kjønnsnormbrytende ungdommer som etterspør kjønnsbekreftende medisinsk- eller kirurgisk behandling informerer dem, før behandling igangsettes, om konsekvensene for frukbarheten. Dette inkluderer potensielt tap av fruktbarhet, og tilgjengelige valg for å bevare fruktbarhet, sett i lys av hvor ungdommen befinner seg i pubertetsutviklingen.

6.11- Vi anbefaler at når kjønnsbekreftende medisinsk eller kirurgisk behandling er indikert for ungdommer, bør helsepersonell som jobber med trans- og kjønnsnormbrytende ungdommer involvere foreldre/foresatte både i vurderingen og i behandlingprosessen, med mindre en slik involvering oppfattes som skadelig for ungdommen, eller ikke er gjennomførbar.

*De følgende anbefalingene framsettes som kriterier for kjønnsbekreftende medisinsk og kirurgisk behandling (Alle må oppfylles):*

6.12- Vi anbefaler at helsepersonell som vurderer trans- og kjønnsnormbrytende ungdommer bare anbefaler de medisinske eller kirurgiske kjønnsbekreftende intervensjonene pasienten etterspør når:

6.12.a- Ungdommen møter diagnostiske kriterier for kjønnsinkongruens i ICD-11 i sammenhenger der en diagnose er nødvendig for å få tilgang til helsehjelp. I land der den siste versjonen av ICD ikke er implementert kan andre klassifiseringer benyttes, men det bør gjøres en innsats for å benytte den nyeste ICD så snart det lar seg gjennomføre.

6.12.b- Opplevelsen av kjønnsnormbrudd /-inkongruens er tydelig og vedvarende over tid.

6.12.c- Ungdommen demonstrerer et nivå av emosjonell og kognitiv modenhet tilstrekkelig for å gi informert samtykke til behandling, eller gi sin tilslutning til behandling dersom ungdommen er under juridisk lavalder.

6.12.d- Dersom det foreligger bekymringer (om noen) knyttet til ungdommens psykiske helse som kan vanskeliggjøre diagnostisk klarhet, samtykkekapasitet, og kjønnsbekreftende behandling, må disse bekymringene være ivaretatt.

6.12.e- Ungdommen har blitt informert om de reproduktive konsekvensene, inkludert det potensielle tapet av fruktbarhet og tilgjengelige valg for å bevare fruktbarhet, og disse har vært diskutert sett i lys av hvor ungdommen befinner seg i pubertetsutviklingen.

6.12.f- Ungdommen må ha nådd Tanner stadium 2 (tydelig tegn på at pubertet er i gang) av puberteten for at pubertetsblokkering kan igangsettes.

6.12.g- Ungdommen har hatt minst 12 måneder med kjønnsbekreftende hormonbehandling, eller lenger hvis indikert, for å oppnå det ønskede resultatet av kjønnsbekreftende prosedyrer, inkludert brystkirurgi (fjerning eller konstruksjon, o.a.), orkiektomi (fjerning av testikler, o.a.), vaginoplastikk (konstruksjon av vagina, o.a.), hysterektomi (fjerning av livmor, o.a.), falloplastikk (konstruksjon av penis, o.a.), metoidoplastikk (utnytter forstørret klitoris etter testosteronbehandling, o.a.) og ansiktskirurgi, som del av kjønnsbekreftende intervensjoner, med mindre hormonterapi enten ikke er ønsket eller det foreligger medisinske kontraindikasjoner.



### ***Kort sammendrag av anbefalinger og unike situasjoner som er relevante i ungdomstiden***

Disse retningslinjene er utviklet med tanke på å redegjøre for hva vi vet og ikke vet om kjønnsidentitetsutvikling i ungdomstiden, evidensen for kjønnsbekreftende intervensjoner i ungdomstiden, og de unike aspektene som skiller den tiden fra andre stadier i utviklingen.

*Utforskning av identitet:* et definerende trekk ved ungdomstiden er konsolidering av identitetsaspekter, inkludert kjønnsidentitet. Anbefaling 6.2 ser på identitetsutforskning i kontekst av kjønnsidentitetsutvikling. Anbefaling 6.12.b handler om hvor lang tid en ung person trenger for å oppleve eller uttrykke en kjønnsnormbrytende identitet, eller begge deler, så de kan ta meningsfulle avgjørelser om kjønnsbekreftende intervensjoner.

*Samtykke og avgjørelsesprosesser:* i ungdomstiden krever samtykke og avgjørelsesprosesser en vurdering av personens emosjonelle, kognitive og psykososiale utvikling. Anbefaling 6.12.c adresserer emosjonell og kognitiv modenhet direkte, og beskriver de nødvendige komponentene i evalueringsprosessen som brukes for å vurdere kapasitet til å ta avgjørelser.

*Involvering av foresatte/foreldre:* ungdommer er vanligvis avhengig av sine foresatte/foreldre for veiledning på diverse områder. Dette gjelder også i en sammenheng der en ung person navigerer avgjørelsesprosessen rundt behandlingsvalg. Anbefaling 6.11 adresserer viktigheten av det å involvere foresatte/foreldre, og diskuterer rollen de

spiller i vurdering og behandling. Ingen retningslinjer kan ta høyde for hver enkelt person sin individuelle omstendighet på en global skala.

### Anbefaling 6.1

**Vi anbefaler at helsepersonell som jobber med kjønnsnormbrytende ungdommer:**

- a. Er godkjent av en sertifiserende myndighet og har minst en masterutdanning eller tilsvarende i et klinisk felt relevant for denne oppgaven. Graden må være oppnådd ved en nasjonalt akkreditert, profesjonsregulerende institusjon.
- b. Mottar teoretisk og evidensbasert opplæring og utvikler ekspertise innen generell psykisk helse blant barn, ungdommer og voksne – sett over hele det utviklingsmessige spekteret.
- c. Mottar opplæring og har ekspertise innen kjønnsidentitetsutvikling, kjønns mangfold og -normbrudd hos barn og unge, har kompetanse til å vurdere samtykkeevne, og har generell kunnskap om kjønnsidentitet gjennom hele livsløpet.
- d. Mottar opplæring og utvikler ekspertise innen autismspektertilstander og andre presentasjoner av nevromangfold, eller samarbeider med en ekspert i utviklingsforstyrrelser, når en jobber med ungdommer som er både autistiske/nevromangfoldige og kjønnsnormbrytende.
- e. Fortsetter å jobbe med profesjonell utvikling på alle områder som er relevante for kjønnsnormbrytende barn, ungdommer og familier.

Når de vurderer og støtter TKN-ungdommer og familiene deres, trenger de som tilbyr behandling både generell og kjønns spesifikk kunnskap og opplæring; de som er opplært til å jobbe med ungdommer og familier spiller en viktig rolle når de skal navigere aspekter både ved ungdommens utvikling og familiodynamikken når de ivaretar ungdommer og deres familier (Adelson et al., 2012; American Psychological Association, 2015; Hembree et al., 2017). Andre kapitler i denne versjonen av *Standards of Care* beskriver mer detaljert kriterier for helsepersonell som skal tilby kjønnsrelatert behandling (se Kapittel 5 – Vurdering av voksne; Kapittel 7 – Barn; eller Kapittel 13 – Kirurgi og postoperativ pleie). Helsepersonell som jobber med ungdommer bør forstå hva vi vet og ikke vet om ungdommers kjønnsidentitetsutvikling, og hvordan denne kunnskapsbasen skiller seg fra den som omhandler voksne og prepubertale barn. Blant helsepersonell er det helsepersonell som jobber med psykisk helse som har mest hensiktsmessig opplæring, og mengde dedikert klinisk praksis, for at de skal kunne gjøre en vurdering, og belyse prioriteringer og mål vedrørende behandling, når de jobber med TKN-ungdommer, inkludert de som etterspør medisinske/kirurgiske kjønnsbekreftende intervensjoner. Det å skulle forstå og håndtere dynamikken blant familiemedlemmer som eventuelt har forskjellige perspektiver på ungdommens behov og historie er en viktig form for kompetanse som helsepersonell som jobber med psykisk helse ofte er mest egnet til å adressere.

Når det ikke finnes tilgjengelig helsepersonell som er utdannet i barn og ungdommers utvikling, bør helsepersonell forplikte seg til å videreutdanne seg på feltene familiodynamikk og ungdommers utvikling, inkludert kjønnsidentitetsutvikling. Videre, tatt i

betraktning at nevromangfoldige TKN-ungdommer representerer en substansiell minoritet av ungdommer som får hjelp i kjønnsklinikker globalt sett, er det viktig at helsepersonell oppsøker ytterligere opplæring på feltet autismespektertilstander og nevromangfold og forstår de unike formene for omsorg som disse ungdommene kan trenge, når de også er kjønnsnormbrytende (Strang, Meagher et al., 2018). Hvis disse kvalifikasjonene ikke er tilgjengelige anbefaler vi konsultasjon og samarbeid med en som spesialiserer seg i autisme og nevromangfold.

### Anbefaling 6.2

**Vi anbefaler at helsepersonell som jobber med kjønnsnormbrytende ungdommer tilrettelegger for utforskning av kjønn, og uttrykk for kjønn, på en så åpen og respektfull måte at ingen spesifikk identitet favoriseres.**

Ungdomstiden er en periode av utviklingen som involverer fysiske og psykiske endringer som karakteriseres av individuering, og en overgang til økt selvstendighet fra omsorgspersoner (Berenbaum et al., 2015; Steinberg, 2009). Det er en periode hvor unge mennesker kan utforske forskjellige aspekter ved identitet, inkludert kjønnsidentitet.

Ungdommer er forskjellige når det kommer til hvilken grad de utforsker og forplikter seg til aspekter ved egen identitet (Meeus et al., 2012). Noen oppnår en konsolidert identitet i et raskt tempo, mens for andre går det saktere. For noen ungdommer skjer fysisk, emosjonell og psykisk utvikling omtrent i samme tempo og tidsrom, men for andre spriker disse aspektene ved utviklingsløpet mer. Tilsvarende er tidslinjen for kjønnsidentitetsutvikling variert i populasjonen (Arnoldussen et al., 2020; Katz-Wise et al., 2017). For noen unge mennesker er kjønnsidentitetsutvikling en klar prosess som begynner i tidlig barndom, men for

andre kan pubertale endringer bidra til en persons erfaringer av seg selv som et spesifikt kjønn (Steensma, Kreukels et al., 2013), og for mange andre igjen kan en prosess begynne et stund etter pubertetens endringer har skjedd. Gitt den variasjonen kan ikke tempo, prosess eller resultat forutsees for en ung person som oppsøker kjønnsbekreftende intervensjoner.

På bakgrunn av dette bør helsepersonell som jobber med ungdommer jobber for å sikre støttende omgivelser som både kan respektere en ungdoms bekreftede kjønnsidentitet og tillate ungdommen å åpent utforske kjønnsrelaterte behov, inkludert sosiale, medisinske og fysiske kjønnsbekreftende intervensjoner hvis de skulle endre eller utvikle seg over tid.

### Anbefaling 6.3

**Vi anbefaler at helsepersonell som jobber med kjønnsnormbrytende ungdommer, gjennomfører en helhetlig biopsykososial vurdering av ungdommer som kommer til dem med spørsmål eller bekymringer om kjønnsidentitet og etterspør medisinsk/kirurgisk transisjonsrelatert helsehjelp, og at dette gjennomføres på en samarbeidsorientert og støttende måte.**

Tatt i betraktning de mange måtene identitet kan utvikle seg i løpet av ungdomstiden, anbefaler vi at det benyttes en helhetlig biopsykososial vurdering for å veilede behandlingsavgjørelser og optimalisere resultatene. Denne vurderingen bør sikte mot å forstå ungdommens styrker, sårbarheter, diagnostisk profil og unike behov, for å kunne oppnå en individualisert ivaretagelse. Som nevnt i Anbefaling 6.1, har helsepersonell som jobber med psykisk helse mest hensiktsmessig opplæring, erfaring og dedikert klinisk tid, til å kunne innhente informasjonen beskrevet her. Tilnærmingen til vurderingsprosessen bør fungere samarbeidsorientert, med ungdommen og dennes omsorgsperson(er), både separat og

alene, som beskrevet i Anbefaling 6.11. Det bør gjennomføres en vurdering før enhver form for medisinsk nødvendig medisinsk eller kirurgisk intervensjon som overveies (f.eks. pubertetsblokkere, kjønnsbekreftende hormoner, kirurgi). Se Anbefaling om medisinsk nødvendighet i Kapittel 2 – Universell anvendbarhet, Anbefaling 2.1. Se også Kapittel 12 – Hormonbehandling, og Kapittel 13 – Kirurgi og postoperativ pleie.

Ungdommer kan ta mange forskjellige ruter i sin kjønnsidentitetsutvikling. Sosiokulturelle definisjoner og opplevelser av kjønn endrer seg stadig, over tid, og ungdommer presenterer seg i økende grad med et bredt spekter av identiteter og måter å beskrive sine opplevelser og kjønnsrelaterte behov (Twist & de Graaf, 2019). For eksempel vil noen ungdommer innse at de er trans, eller kjønnsnormbrytende mer generelt, og ta grep for å uttrykke dette. For noen ungdommer er det viktig å få tilgang til kjønnsbekreftende medisinske intervensjoner, mens for andre er ikke dette nødvendig. For eksempel trenger ikke en utforskende prosess over tid føre til at en ungdom erklærer å være et annet kjønn enn det som forventes på grunnlag av den kroppslige kjønns-kategorien som ble tillagt ved fødselen, eller involvere medisinske intervensjoner (Arnoldussen et al., 2019).

Den mest robuste, longitudinelle evidensen som støtter fordelene ved kjønnsbekreftende medisinske og kirurgiske intervensjoner for ungdom, stammer fra en klinisk setting med en behandlingsprotokoll som beskrev en detaljert, helhetlig diagnostisk vurderingsprosess over tid (de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; de Vries et al., 2014). Gitt både denne forskningen, og den stadig pågående utvidelsen av landskapet av kjønnsnormbrytende erfaringer i samfunnet, kan vi si at en helhetlig, diagnostisk, biopsykososial vurdering i ungdomstiden både er forskningbasert og sikrer integriteten

inkluderer de følgende domener, som korresponderer med de relevante anbefalingene:

i avgjørelsesprosessen. Uten en komplett diagnostisk profil kan det hende man ikke oppdager andre aspekter ved psykisk helse som bør bli prioritert og ivaretatt. Det finnes ingen studier av langsiktige følger av kjønnsrelatert medisinsk behandling for ungdommer der disse ikke har gjennomgått en helhetlig vurdering. Behandling i denne typen kontekst (altså med lite eller begrenset vurdering) mangler empirisk grunnlag og innebærer en risiko for at en avgjørelse om å sette igang kjønnsbekreftende medisinske intervensjoner på det tidspunktet ikke er til det beste for ungdommen, over tid.

Hvor tilgjengelige helsetjenester er, og hvordan de tilbys og gjennomføres, varierer globalt sett. Derfor er det ofte nødvendig å designe en spesifikk vurderingsprosess for å få anvendt de eksisterende ressursene på en tilpasset måte. I noen tilfeller vil det være nyttig med mer utvidete vurderingsprosesser, slik som for ungdommer med komplekse presentasjoner (som en kompliserende historie med psykisk uhelse (Leibowitz & de Vries, 2016), samtidige tegn på autismespektertilstand (Strang, Powers et al., 2018), og/eller fravær av opplevd kjønnsinkongruens i barndommen (Ristori & Steensma, 2016). Fordi det finnes unike kulturelle, økonomiske og geografiske faktorer for spesifikke populasjoner, bør de som tilbyr helsetjenester designe vurderingsopplegg som er fleksible og muliggjør ivaretagelse som er hensiktsmessig med hensyn til tidsforløp, for så mange ungdommer som mulig, så lenge vurderingene effektivt innhenter informasjon om pasientens styrker, sårbarheter, diagnostisk profil og individuelle behov. Psykometrisk validerte mål på psykososiale forhold og kjønn kan også brukes, for å innhente ytterligere informasjon.

Den flerfaglige vurderingen av ungdommer som etterspør kjønnsbekreftende medisinske/kirurgiske intervensjoner

- **Kjønnsidentitetsutvikling:** Anbefaling 6.12.a og 6.12.b utdyper videre om faktorene forbundet med kjønnsidentitetsutvikling i en spesifikk kulturell kontekst når man vurderer TKN-ungdommer.
- **Sosial utvikling og støtte; Interseksjonalitet:** Anbefaling 6.4 og 6.11 utdyper videre om viktigheten av å vurdere minoritetsstress de opplever basert på kjønn, familiedynamikk og andre aspekter som er involvert i sosial utvikling og interseksjonalitet.
- **Diagnostisk vurdering av mulige sameksisterende problemstillinger med hensyn til psykisk helse og utvikling:** Anbefaling 6.12.d utdyper videre om viktigheten av å forstå forholdet som finnes, om det finnes, mellom en samtidig situasjon med hensyn til utvikling eller psykisk helse, og den unge personens kjønnsidentitet/kjønnsnormbrytende uttrykk.
- **Kapasitet til å ta avgjørelser:** Anbefaling 6.12.c utdyper videre om vurdering av følelsesmessig modenhet, og hvordan det er relevant når ungdommer vurderer kjønnsbekreftende medisinske/kirurgiske intervensjoner.

#### Anbefaling 6.4

**Vi anbefaler at helsepersonell jobber med familier, skoler og andre relevante settinger for å fremme aksept for ungdommers kjønnsnormbrytende oppførsel og deres uttrykk for identiteter.**

Flere studier, og relatert ekspertkonsensus, støtter implementing av tilnærminger som fremmer aksept og validering av kjønnsnormbrytende ungdommer på tvers av alle settinger de fungerer i, inkludert familier, skoler, institusjoner som tilbyr helsetjenester, og alle andre organisasjoner og miljøer de har å gjøre med (f.eks., Pariseau et al., 2019; Russell et al., 2018; Simons et al., 2013;

Toomey et al., 2010; Travers et al., 2012). Aksept og validering oppnås gjennom en rekke tilnærminger, tiltak og retningslinjer som vi anbefaler at innføres i alle de varierte relasjonene og settingene der en ung person befinner seg og fungerer. Det er viktig at familiemedlemmer og personer i ungdommens nærmiljø som er involvert i dennes liv, samarbeider i den innsatsen, med mindre det anses som skadelig for ungdommen at de involveres. Pariseau et al. (2019) foreslår følgende eksempler på hva som kan implementeres av familie, ansatte og organisasjoner, når det gjelder aksept og validering av kjønnsnormbrudd og tankeprosesser rundt det, og av identitetsuttrykk:

1. Handlinger som støtter ungdommer som ønsker å delta i kjønnssekspansive (d.v.s. ikke kjønnskonforme) aktiviteter og interesser.
2. Kommunikasjonsform som er støttende når ungdommer uttrykker sine erfaringer rundt kjønn og utforskning av kjønn.
3. Bruk av ungdommens erklærte navn og pronomen.
4. Støtte av ungdommer som anvender klær/ uniformer, hårfrisyrer, og andre elementer (f.eks. smykker, sminke) fordi de føler det bekrefter deres kjønn.
5. Positiv og støttende kommunikasjon med ungdommer om deres kjønn, og tanker og spørsmål rundt kjønn.
6. Opplæring om kjønnsnormbrudd for mennesker i ungdommens liv (f.eks. familiemedlemmer, ansatte i helsetjenesten, sosiale nettverk) ved behov, inkludert informasjon om hvordan støtte og jobbe for kjønnsnormbrytende ungdommer i nærmiljøet, skolen, helsevesenet og andre settinger.
7. Bidra til at kjønnsnormbrytende ungdommer får møte og knytte seg til støttende miljøer (f.eks. LHBTQ-grupper, arrangementer, venner).

8. Tilrettelegging for muligheter til<sup>567</sup> å diskutere, vurdere, og utforske medisinske behandlingsmuligheter når det er indikert.
9. Antimobbetiltak som reelt håndheves.
10. Inkludering av ikke-binære erfaringer i dagliglivet, i lesestoff, og i pensum (f.eks. bøker, helse, seksualundervisning, oppgavetekster som går utenfor det kjønnsbinære, grupper for LHBTQ og støttespillere)
11. Kjønnsinkluderende fasiliteter (f.eks. toaletter, garderobes).

Vi anbefaler at helsepersonell samarbeider med foreldre, skoler og andre organisasjoner/grupper for å jobbe for aksept og validering av TKN-identiteter og uttrykk, uansett om sosiale eller medisinske intervensjoner er implementert, fordi aksept og validering er forbundet med færre symptomer på psykisk uhelse og adferdsvansker, og bedre mental helse og adferdsmessig funksjon (Day et al., 2015; de Vries et al., 2016; Greytak et al., 2013; Pariseau et al., 2019; Peng et al., 2019; Russell et al., 2018; Simons et al., 2013; Taliaferro et al., 2019; Toomey et al., 2010; Travers et al., 2012). Russell et al. (2018) kunne vise at bedring av mental helse går raskere jo mer aksept og validering på tvers av flere sosiale settinger (f.eks. hjemmet, skolen, jobben, og blant venner). Når familie, jevnaldrende, og ansatte på skolen avviser (f.eks. ved å med vilje bruke navn og pronomen ungdommen ikke identifiserer seg med, ikke anerkjenner bekreftet kjønnsidentitet, mobbing, trakassering, verbal og fysisk mishandling, dårlig fungerende forhold, avvisning for å være TKN-person, utkastelse fra bolig), er det sterkt forbundet med negative konsekvenser, som angst, depresjon, suicidalitet, selvmordsforsøk og rusbruk (Grossman et al., 2005; Klein & Golub; 2016; Pariseau et al., 2019; Peng et al., 2019; Reisner, Greytak et al., 2015; Roberts et al., 2013). Det er viktig å være klar over at negative symptomer øker med økt nivå av avvisning, og fortsetter inn i voksen alder (Roberts et al., 2013).



Nøytrale eller likegyldige responser på en ungdoms kjønnsnormbrudd og utforsking av kjønn (f.eks. ved å la et barn fortelle andre sitt valgte navn, men ikke bruke det navnet, ved å ikke fortelle det til familie eller venner når ungdommen ønsker at dette skal gjøres, ikke snakke på barnets vegne om avvisende oppførsel blant skoleansatte eller jevnaldrende, ikke bidra eller engasjere seg i andre støttende funksjoner (f.eks. med terapeuter og støttegrupper) har også vist seg å ha negative konsekvenser, som blant annet økte depressive symptomer (Pariseau et al., 2019). Av disse grunnene er det viktig å ikke ignorere en ungdoms spørsmål rundt kjønn, eller utsette vurderingen av ungdommens kjønnsrelaterte omsorgsbehov. Det er av spesielt stor betydning at fagfolk anerkjenner at ungdommer trenger individualiserte tilnærminger, støtte, og vurdering av behov rundt kjønnsuttrykk, identitet og kroppsliggjøring av dette over tid, og på tvers av kontekster og relasjoner. En ungdom kan trenge hjelp til å takle den anspente situasjonen det innebærer å tolerere andres tankeprosesser og tilpasning til sin utforsking og endring av identitet (f.eks. Kuper, Lindley et al., 2019). Det er viktig at fagpersoner samarbeider med foreldre og andre når disse jobber seg gjennom sine følelser, spørsmål og bekymringer, og utvikler sin forståelse rundt kjønnsnormbrudd, fordi slike prosesser ikke nødvendigvis gjenspeiler avvisning eller nøytralitet; de kan muligens heller handle om innsats i retning av å utvikle sine holdninger, og samle informasjon som fremmer aksept (f.eks. Katz-Wise et al., 2017).

### Anbefaling 6.5

**Vi fraråder reparativ- og konversjonsterapi som sikter på å forsøke å endre en persons kjønn, og kjønnsuttrykk, slik at det skal samsvare mer med kjønnskategorien som ble tillagt ved fødselen.**

Noe helsepersonell, noen sekulære eller religiøse organisasjoner, og noen ikke-ankjennende familier, kan gå inn for å

motarbeide en ungdoms <sup>568</sup>sitt kjønnsnormbrytende uttrykk, eller erklæring av en kjønnsidentitet, som avviker fra uttrykk og oppførsel som samsvarer med kroppslig kjønnskategori tillagt ved fødselen. Grep for å hindre reversible sosiale uttrykk eller transisjonering kan inkludere å velge å ikke bruke ungdommens valgte navn og pronomen, eller å begrense dennes måte å uttrykke seg med klær og hårfrisyrer (Craig et al., 2017; Green et al., 2020). Denne ikke-ankjennende adferden handler vanligvis om å styrke et syn som innebærer at en ung persons kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk må samsvare med det sosiale kjønn som forbindes med den kroppslige kjønnskategorien som ble tillagt ved fødsel, eller forventning basert på den kategorien. Det har blitt forsøkt med aktiviteter og tilnærminger (noen ganger omtalt som «behandlinger») som sikter på å forandre en persons kjønnsidentitet og uttrykk for å samsvare mer med kroppslig kjønnskategori som ble tillagt ved fødsel. Disse tilnærmingene har ikke resultert i endret kjønnsidentitet (Craig et al., 2017; Green et al., 2020). Vi fraråder slike grep fordi de har vist seg å være ineffektive, og er forbundet med økt nivå av psykisk lidelse, og lavere funksjonsnivå, mentalt sett (Craig et al., 2017; Green et al., 2020; Turban, Beckwith et al., 2020).

Mye av forskningen som har evaluert «konverteringsterapi» og «reparativ terapi» har undersøkt effekten av intervensjoner for å endre kjønnsuttrykk (maskulinitet eller femininitet) og har både forvekslet og sammenkoblet seksuell orientering med kjønnsidentitet (APA, 2009; Burnes et al., 2016; Craig et al., 2017). Noen av disse intervensjoner har vært rettet mot både kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk (AACAP, 2018). Forskning på konverteringsterapi og reparativ terapi knytter det til økt angst, depresjon, selvmordstanker, selvmordsforsøk, og unngåelse av kontakt med helsevesenet (Craig et al., 2017; Green et

al., 2020; Turban, Beckwith et al., 2020). Noen av disse studiene har blitt kritisert for sine metoder og konklusjoner (f.eks. D'Angelo et al., 2020), men det gjør det ikke noe mindre viktig å understreke at intervensjoner som blir gjort a priori – uten forskningsbasert rasjonale for funksjon eller fordelaktighet – for å endre en persons identitet, er utrygt og galt, klinisk og etisk sett. Vi fraråder enhver form for konvertering eller forsøk på å forandre en persons kjønnsidentitet fordi 1) både sekulære og religionsbaserte grep for å endre kjønnsidentitet/-uttrykk forbindes med lavt mentalt funksjonsnivå, som vedvarer inn i voksenalder (Turban, Beckwith et al., 2020); og 2) mer gjennomgripende etiske grunner som bør understreke respekt for kjønnsnormbrytende identiteter.

Det er viktig å trekke fram at når de utføres i kontekst av å støtte en ungdom med selvoppdagelse, er ikke eventuelle faktorer som driver en ungdoms kjønnsrelaterte erfaring og formidling av kjønnsinkongruens sett som reparativ terapi, så lenge det ikke finnes noe a priori mål om å endre eller fremme en spesifikk kjønnsidentitet, eller et spesifikt kjønnsuttrykk (AACAP, 2018; se Anbefaling 6.2). For å sikre at denne utforskningen er terapeutisk, anbefaler vi at det anlegges en anerkjennende, omsorgsfull og støttende tone når man diskuterer hvilke grep som har blitt forsøkt, vurdert og planlagt for en ungdoms kjønnsuttrykk. Disse samtalene kan handle om hva som følte nyttig eller validerende, hva som følte unyttig eller belastende, og hvorfor. Vi anbefaler å være anerkjennende i respons på slike utforskende skritt, og i slike diskusjoner, slik det vises til i SOC-8 Anbefaling 6.4.

### Anbefaling 6.6

**Vi anbefaler at helsepersonell sørger for at TKN-ungdommer får en helseorientert**

**opplæring om brystbinding og genital tucking (Betyr å gjemme penis mellom bena. Det kalles gjerne bare tucking. O.a.), inkludert gjennomgang av fordeler og risikoer.**

TKN-ungdommer kan oppleve sterkt ubehag ved sin bryst- og genitalanatomi. Det å praktisere brystbinding, brystinnlegg, genital tucking og genital packing (Betyr å bruke ikke-erigert penisprotese eller annet, for å gi inntrykk av en penis. Det er anglifisert på norsk, og kalles primært bare packing. O.a.) er reversible, ikke-medisinske intervensjoner som kan motvirke det sterke ubehaget (Callen-Lorde, 2020a, 2020b; Deutsch, 2016a; Olson-Kennedy, Rosenthal et al., 2018; Transcare BC, 2020). Det er viktig å vurdere graden av ubehag relatert til fysisk utvikling eller anatomi, gi ungdommen informasjon om potensielle ikke-medisinske intervensjoner som kan avhjelpe situasjonen, og diskutere trygge måter å gjøre disse.

Brystbinding innebærer kompresjon av brystvevet for å skape et flatere utseende, mest mulig som en brystkasse. Forskning viser at opptil 87% av transmaskuline pasienter har drevet med brystbinding (Jones, 2015; Peitzmeier, 2017). Metoder for dette inkluderer bruk av en fabrikkprodusert «binder» (Et stramt men elastisk plagg som er designet for å gjøre brystkassen mest mulig flat. Fra noe som ligner en stram sports-BH, til en større utgave som dekker mye av overkroppen. O.a.), sports-BH, flere lag med skjorter, flere sports-BH-er utenpå hverandre, eller bruk av elastiske eller andre bandasjetyper (Peitzmeier, 2017). Per i dag sier de fleste ungdommer at de lærer metoder i miljøer av likesinnede, som de er tilknyttet på internett (Julian, 2019). De som tilbyr helsetjenester kan spille en viktig rolle ved å sikre at ungdommene får informasjon de kan stole på, om potensielle fordeler og risikoer ved brystbinding. I tillegg kan de gi råd til pasientene om trygge praksiser, og følge med på om det gjøres noe som gir en negativ

helseeffekt. Selv om det potensielt er negative fysiske virkninger av å binde, rapporterer ungdommer som binder store fordeler, inkludert økt velvære, økt sikkerhet og lavere grad av feilkjønnning (Julian, 2019). Vanlige typer negativ helseeffekt blant ungdommer som binder er vondt i ryggen/brystet, kortpustethet og overoppheting (Julian, 2019). Mer seriøse negative konsekvenser som hudinfeksjoner, luftveisinfeksjoner og ribbensbrudd er uvanlige, og er forbundet med brystbinding blant voksne (Peitzmeier, 2017). Hvis ungdommer binder, bør de gis råd om å bruke de metodene som anses som trygge – slik som bindere som er spesifikt designet for den kjønnsnormbrytende populasjonen – for å minimere risiko for alvorlige negative helseeffekter. Metoder som anses som skadelige inkluderer bruk av gaffa (samlebetegnelse som inkluderer gaffa- og duct-tape, o.a.), bandasjer og plastfolie, fordi disse kan begrense blodomløpet, skade huden og gjøre det vanskelig å puste. Hvis ungdommer rapporterer om negativ helseeffekt på grunn av brystbinding, bør disse ideelt sett adresseres av helsepersonell som har erfaring med å jobbe med TKN-ungdommer.

Genital tucking er en praksis med å posisjonere penis og testikler på måter som reduserer synlighet av noen bulk foran. Metodene er enten å legge penis og testikler mellom bena, eller å presse testiklene opp i lyskekanalen, og så legge penis mellom bena. Typisk holdes genitaliene på plass av undertøy, eller kompresjonsundertøy, et plagg som kan lages eller kjøpes. Det er begrenset med forskning på den spesifikke risikoen og fordelene ved tucking hos voksne, og ingen forskning på det hos ungdommer. Tidligere studier har vist at trangt undertøy er forbundet med lavere sædkonsentrasjon og motilitet. I tillegg forbindes økt temperatur i scrotum med dårlig sædkvalitet, og tucking kan teoretisk sett få betydning for sædens livssyklus, og fruktbarhet (Marsh, 2019), selv om det ikke finnes noen studier som definitivt

slår fast disse negative resultatene. Det er behov for mer forskning for å kartlegge spesifikke fordeler og risikoer tucking for ungdommer kan innebære.

#### Anbefaling 6.7

**Vi anbefaler at de som tilbyr helsehjelp vurderer å skrive ut menstruasjonshindrende medikamenter for ungdommer som opplever kjønnsinkongruens, men ikke ønsker testosteronbehandling, eller som ønsker men ikke har påbegynt testosteronbehandling, eller at menstruasjonshindring gis samtidig med testosteronbehandling for å hindre gjennombruddsblødning.**

Når helsepersonell diskuterer tilgjengelige muligheter for menstruasjonshindrende medikamenter med kjønnsnormbrytende ungdommer, bør de gå inn for felles avgjørelsesprosesser, bruke inkluderende språk (f.eks. spørre pasientene hvilke ord de foretrekker å bruke for å snakke om sin menses, reproduktive organer og genitalier), og foreta fysiske undersøkelser på en oppmerksom, kjønnsbekreftende måte (Bonnington et al., 2020; Krempasky et al., 2020). Det finnes ingen formell forskning som ser på hvordan menstruasjonshindring kan innvirke på kjønnsinkongruens og/eller kjønnsdysfori.

Likevel, menstruasjonshindring kan være en innledende intervensjon som muliggjør videre utforskning av kjønnsrelaterte behandlingsmål, prioritering av annen innsats for psykisk helse, eller begge deler, spesielt for de som opplever økt kjønnsdysfori når de har uønsket blødning fra livmor (se Anbefaling 6.12.d; Mehringer & Dowshen, 2019). Når testosteron ikke brukes kan menstruasjonshindring oppnås ved bruk av et gestagen. For å utelukke underliggende menstruasjonsforstyrrelser er det viktig å kartlagt personens menstruasjonshelse så langt, og evaluere denne, før man setter i gang menstruasjonshindrende behandling

(Carswell & Roberts, 2017). Som del av samtalen om menstruasjonshindrende medisiner må man også adressere behov for prevensjonsmidler og informasjon om effektiviteten til menstruasjonshindrende medikamenter som prevensjon (Bonnington et al., 2020). Det bør tilbys et utvalg av menstruasjonshindrende muligheter, slik som kombinerte østrogen-gestagen p-piller, p-piller med kun gestagen, gestagen i p-plaster, eller p-ring, og p-stav eller hormonspiral som settes inn i livmor. Dette for å muliggjøre individualisert behandling mens man samtidig vurderer tilgjengelighet, kostnader og forsikringsdekning, og kontraindikasjoner og bivirkninger (Kanj et al., 2019).

Spesielt for transmaskuline eller ikke-binære ungdommer som ikke er interessert i behandling som inneholder østrogen, og for de som har økt risiko for blodpropp eller har andre kontraindikasjoner til østrogenbehandling, er prevensjonsmidler som kun inneholder gestagen mulige valg (Carswell & Roberts, 2017). Hormonelle medikamenter som kun inneholder gestagen inkluderer p-piller (minipiller), p-sprøyte, p-stav / subdermalt implantat av etonogestrel, og levonorgestrel i hormonspiral (Schwartz et al., 2019). Det er varierende hvor effektivt medikamenter med kun gestagen virker for å undertrykke menstruasjon, og det er en lavere frekvens av amenoré enn med kombinerte preparater som p-pille (Pradhan & Gomez-Lobo, 2019). En mer detaljert beskrivelse av relevante kliniske studier kan leses i Kapittel 12 – Hormonbehandling. Helsepersonell bør ikke gjøre antagelser om foretrukket behandlingsmetode, for noen transmaskuline ungdommer kan foretrekke p-ring eller p-spiral (Akgul et al., 2019). Selv om bruken av hormonelle medikamenter bør overvåkes for å se etter potensielle humørsvingninger, depressiv effekt, eller begge, bør både fordeler og risikoer ved menstruasjonshindring i kontekst av kjønnsdysfori evalueres på individuell basis.

Noen pasienter kan velge kombinasjonspreparater i p-pilleform som inneholder forskjellig kombinasjoner av etinyløstradiol, med varierende doser og forskjellige generasjoner av gestagener (Pradhan & Gomez-Lobo, 2019). Kombinasjonspreparater med lavere dose etinyløstradiol er forbundet med økt gjennombruddsblødning fra livmor. Kombinasjonspreparater kan føre til menstruasjonshindring dersom de gis kontinuerlig, og kan gis som p-pille, p-plaster eller p-ring.

Bruk av gonadotropinfrigivende hormonagonister (GnRH) kan også resultere i menstruasjonshindring. Like fullt anbefales at kjønnsnormbrytende ungdommer oppfyller kriteriene (i Anbefaling 6.12) før medikamentet vurderes utelukkende til det formålet (Carswell & Roberts, 2017; Pradhan & Gomez-Lobo, 2019). Menstruasjonshindrende medikamenter kan også være indikert som tilleggsbehandling for gjennombruddsblødning som kan oppstå mens de får testosteronbehandling, eller som overgangsmedisinering i påvente av menstruasjonshindringen testosteronbehandling gir. Når testosteron administreres som kjønnsbekreftende hormon, oppnås avbrutt menstruasjon vanligvis i de første seks månedene av behandlingen (Ahmad & Leinung, 2017). Like fullt er det viktig at ungdommer blir veiledet med hensyn til at eggøsning og graviditet kan forekomme selv med fraværende menstruasjonsblødning (Gomez et al., 2020; Kanj et al., 2019).

#### Anbefaling 6.8

**Vi anbefaler at helsepersonell opprettholder en relasjon med TKN-ungdommer og relevante omsorgspersoner, for å kunne støtte ungdommene i deres avgjørelsesprosesser gjennom hele den pubertetsblokkerende behandlingen, hormonbehandlingen, og kjønnsbekreftende kirurgi, helt til**



## behandlingen går over til å dreie seg om voksenalder.

Helsepersonell med ekspertise innen barne- og ungdomsutvikling, som beskrevet i Anbefaling 6.1, spiller en viktig rolle for kontinuiteten i ungdommers kjønnsrelaterte behandling over tid. Skal man støtte ungdommer og deres familier, er det nødvendig å tilnærme seg ivaretagelsen med et utviklingsorientert blikk for å forstå hvordan en ung persons følelsesmessige modenhet og omsorgsbehov kan utvikle seg. Siden de kjønnsbekreftende prosessene hver enkelt står i er ulike, med ulike behov og erfaringer blant TKN-ungdommer, kan avgjørelsesprosesser (pubertetsundertrykkelse, østrogen/androgen, kjønnsbekreftende kirurgi) skje på forskjellige tidspunkter, over flere år. Longitudinell forskning som demonstrerer fordelene ved pubertetsundertrykkelse og kjønnsbekreftende hormonbehandling ble gjennomført i en setting der det ble opprettholdt slik kontinuitet i den kliniske relasjonen mellom ungdommer og familie, og et flerdisiplinært team (de Vries et al., 2014).

Kliniske settinger som tilbyr lengre tid per avtale gir rom for at ungdommer og deres omsorgspersoner kan dele viktige psykososiale aspekter ved følelsesmessig trivsel og velvære (som familiedynamikk, skole, romantikk, og seksuelle erfaringer) som kontekstualiserer de individuelle kjønnsbekreftende behovene og avgjørelsene, som beskrevet andre steder i kapittelet. En klinisk relasjon over tid kan foregå på tvers av forskjellige settinger, enten innen et flerfaglig team, eller med helsepersonell på forskjellige steder, som samarbeider. Gitt den store variasjonen i muligheten for å få hjelp ved spesialiserte kjønnsklinikker, spesielt for marginaliserte grupper som opplever dårligere tilgang, er det viktig for helsepersonell å virkelig ha oversikt over de forskjellige hindringene som hindrer

behandlingstilgang, og samtidig være fleksible når de skal finne ut av hvordan en klinisk relasjon kan fungere i den spesifikke konteksten over tid.

En klinisk relasjon som varer over tid, som gir økt resiliens hos ungdommen og støtter foreldre/omsorgspersoner som kanskje har egne behandlingsbehov, kan i siste instans føre til økt aksept hos foreldrene – når denne er lav. Dette er forbundet med bedre mental helse hos ungdommer (Ryan, Huebner et al., 2009).

### Anbefaling 6.9

**Vi anbefaler at helsepersonell involverer relevante felt, inkludert både psykisk og somatisk helse. Dette for å kunne avgjøre om pubertetsblokkere, hormonoppstart, eller kjønnsrelatert kirurgi for TKN-ungdommer er hensiktsmessig, og fortsatt indikert i hele behandlingsforløpet, fram til voksenalder overtar.**

TKN-ungdommer med kjønnsdysfori/kjønnsinkongruens som oppsøker kjønnsbekreftende medisinsk og kirurgisk behandling, har nytte av at helsepersonell fra forskjellig felt er involvert. Det å ivareta TKN-ungdommer innebærer å adressere 1) diagnostiske vurderinger (se Anbefaling 6.3, 6.12a og 6.12b) som gjennomføres av helsepersonell som er spesialist på kjønnsidentitet (som definert i Anbefaling 6.1) når dette er mulig og nødvendig, og 2) behandlingshensyn når man skal foreskrive, administrere, og overvåke medisiner for medisinsk og kirurgisk behandling, noe som krever medisinsk/kirurgisk spesialisering. Listen over nøkkeldisipliner inkluderer ungdomshelse/primærhelse, endokrinologi, psykologi, psykiatri, logopedi, sosialt arbeid, andre ansatte med støttende funksjoner, og det kirurgiske teamet.

Det voksende evidensgrunnlaget har vist at det klinisk sett er en fordel for TKN-



ungdommer å bli ivaretatt, på kjønnsbekreftende måter, i flerfaglige kjønnsklinikker (de Vries et al., 2014; Kuper et al., 2020; Tollit et al., 2019). Avslutningsvis, ungdommer som oppsøker behandling i flerfaglige klinikker presenterer med en signifikant kompleksitet som nødvendiggjør nært samarbeid mellom psykisk helse, medisin og/eller kirurgisk kompetanse (McCallion et al., 2021; Sorbara et al., 2020; Tishelman et al., 2015).

Siden ikke alle pasienter er i en situasjon, eller på et sted, som muliggjør tilgang til et flerfaglig behandlingstilbud, bør ikke mangel på noen tilgjengelige fagdisipliner utelukke et ungt menneske fra å få behandling de behøver, innen rimelig tid. Når fagdisipliner er tilgjengelige, særlig ved sentre som har eksisterende flerfaglige team, disipliner, eller begge deler, anbefales det å inkludere de rette personene når de nedsetter et team for å ivareta kjønnsmessige behov. Dette betyr altså at ikke alle disipliner er nødvendige for å ivareta en spesifikk ungdom med familie.

Om det er krav til skriftlig dokumentasjon, eller en henvisning som anbefaler kjønnsbekreftende medisinske eller kirurgiske intervensjoner for en ungdom, er det kun nødvendig med slik dokumentasjon på vurdering fra én i det flerfaglige teamet. Dette dokumentet må reflektere teamets vurdering og overbevisning, inkludert helsepersonell innen både fysisk og psykisk helse (American Psychological Association, 2015; Hembree et al., 2017; Telfer et al., 2018). Det kan bli forespurt ytterligere utredningsresultater og skrevne anbefalinger dersom det finnes et spesifikt klinisk behov, eller når team-medlemmer befinner seg forskjellige steder, eller velger å skrive sine egne sammendrag. For videre informasjon, se Kapittel 5 – Vurdering av voksne, Anbefaling 5.5.

#### Anbefaling 6.10

**Vi anbefaler at helsepersonell som jobber**

**med TKN-ungdommer som etterspør kjønnsbekreftende medisinsk- eller kirurgisk behandling informerer dem, før behandling igangsettes, om konsekvensene for fruktbarheten. Dette inkluderer potensielt tap av fruktbarhet, og tilgjengelige valg for å bevare fruktbarhet, sett i lys av hvor ungdommen befinner seg i pubertetsutviklingen.**

Når helsepersonell vurderer ungdommer som oppsøker kjønnsbekreftende medisinske eller kirurgiske intervensjoner, bør de diskutere de spesifikke konsekvensene ønsket behandling kan ha for reproduktiv evne. Fruktbarhetstematikk, og spesifikt bevaring av reproduktiv evne, diskuteres mer grundig i Kapittel 12 – Hormonbehandling, og Kapittel 16 – Reproduktiv helse.

Det er viktig at helsepersonell forstår hvilke metoder for fruktbarhetsbevaring som finnes så de kan videreformidle informasjon til ungdommer. Det anbefales at foreldre er med i denne prosessen, og også får en forståelse for fordeler og ulemper ved de forskjellige mulighetene. Helsepersonell bør anerkjenne at ungdommer og foreldre kan ha forskjellige syn på reproduktiv evne og ønske å komme til forskjellige avgjørelser (Quain et al., 2020), og derfor kan helsepersonell være til hjelp med å veilede denne prosessen. Helsepersonell bør spesifikt være oppmerksom på de utviklingsmessige og psykologiske aspektene ved bevaring av fruktbarhet, og kompetanse for avgjørelser hos hver enkelt ungdom. Selv om ungdommer kan mene at de har bestemt seg med hensyn til sin reproduktive evne, bør muligheten for at de endrer mening om mulighet for biologiske barn i framtiden diskuteres med helsepersonell som har tilstrekkelig erfaring, har kunnskap om ungdommers utvikling, og har erfaring med å jobbe med foreldre.

Det å adressere langsiktige konsekvenser for fruktbarhet, av kjønnsbekreftende medisinske intervensjoner, og å forsikre seg om at ungdommer har realistiske forventninger når det gjelder muligheter for bevaring av fruktbarhet, eller adopsjon, er noe som ikke kan gjøres i en enkelt omgang, men bør være del av en samtale som de har og kommer tilbake til over tid. Denne samtalen bør ikke bare foregå før oppstart av enhver medisinsk behandling (pubertetsblokkering, hormonbehandling, eller kirurgi), men også underveis i videre behandling og transisjon.

I dag finnes kun foreløpige resultater fra retrospektive studier som evaluerer voksne TKN-personer og avgjørelsene de tok som unge, når det gjelder konsekvensene for kjønnsbekreftende intervensjoner for reproduktiv kapasitet. Det er viktig å ikke gjøre antagelser om hvilke mål en ungdom kan ha for framtiden. Forskning på personer som har overlevd kreft i barndommen, viser at de som sa de gikk glipp av mulighet for fruktbarhetsbevaring var lei seg for og opprørt over mulig infertilitet (Armuand et al., 2014; Ellis et al., 2016; Lehmann et al., 2017). Videre har personer med kreft som ikke hadde prioritert å få biologiske barn før behandlingen rapportert at de, som overlevende, har «forandret mening» (Armuand et al., 2014).

Gitt kompleksitetene i de forskjellige mulighetene for fruktbarhetsbevaring og utfordringen helsepersonell kan møte på i diskusjon om fruktbarhet med en ungdom og dennes familie (Tishelman et al., 2019), bør en henvisning til en fertilitetsspesialist vurderes for enhver TKN-ungdom som oppsøker medisinske kjønnsbekreftende intervensjoner, med mindre den lokale situasjonen tilsier at en slik konsultasjon ikke dekkes av forsikring eller offentlig helsevesen, ikke er tilgjengelig lokalt, eller at individuelle omstendigheter gjør at det ikke er å foretrekke.

### Anbefaling 6.11

**Vi anbefaler at når kjønnsbekreftende medisinsk eller kirurgisk behandling er indikert for ungdommer, bør helsepersonell som jobber med TKN-ungdommer involvere foreldre/foresatte både i vurderingen og i behandlingprosessen, med mindre en slik involvering oppfattes som skadelig for ungdommen, eller ikke er gjennomførbar.**

Når det finnes en indikasjon på at en ungdom kan ha fordel av kjønnsbekreftende medisinske eller kirurgiske intervensjoner, er det anbefalt i nesten alle situasjoner å involvere foreldre/omsorgspersoner i vurderingsprosessen (Edwards-Leeper & Spack, 2012; Rafferty et al., 2018). Unntak fra dette kan være i situasjoner der ungdommen er i fosterhjem, under barnevernet, eller begge, og omsorgsrett og involvering ville være umulig, lite hensiktsmessig eller skadelig. Det at foreldre og familie støtter en TKN-ungdom er en primær prediktor for ungdommens trivsel og velvære, og fungerer beskyttende for TKN-ungdommers psykiske helse (Gower, Rider, Coleman et al., 2018; Grossman et al., 2019; Lefevor et al., 2019; McConnell et al., 2015; Pariseau et al., 2019; Ryan, 2009; Ryan et al., 2010; Simons et al., 2013; Wilson et al., 2016). Derfor er det å inkludere foreldre/omsorgspersoner i vurderingsprosessen for å oppfordre, og fasilitere, økt forståelse for og støtte av ungdommen, kanskje et av de mest hjelpsomme tiltakene som finnes.

Foreldre/omsorgspersoner kan muligens bidra med informasjon som er viktig for det kliniske teamet, om ungdommens generelle utvikling, utvikling når det gjelder kjønn, og medisinsk og psykisk helse over tid, i tillegg til informasjon om deres nåværende støtteapparat, generelle funksjonsnivå, og trivsel og velvære.

Samsvar eller ulikhet i rapportering fra ungdommen og dennes foreldre/

omsorgspersoner kan tilføre viktig informasjon for vurderingsteamet, og kan bidra inn mot design og utarbeiding av støtte som gis til den individuelle ungdommen og familien (De Los Reyes et al., 2019; Katz-Wise et al., 2017). Det å ha kunnskap om familiekonteksten, inkludert resiliensfaktorer og utfordringer, kan hjelpe helsepersonell å forstå hvor det vil være behov for utvidet støtte i den medisinske behandlingsprosessen. Det å involvere foreldre/omsorgspersoner er også viktig for å informere familie om ulike behandlingsmuligheter, om oppfølgings- og omsorgsbehov, og potensielle komplikasjoner ved behandling. Gjennom psykoedukasjon om kliniske behandlingsvalg og deltagelse i vurderingsprosessen, noe som kan utvikle seg over tid, kan foreldre også oppnå bedre forståelse for ungdommens kjønnsrelaterte erfaringer og behov (Andrzejewski et al., 2020; Katz-Wise et al., 2017). Bekymringer eller spørsmål som foreldre/omsorgspersoner har, om hvor stabile kjønnsrelaterte behov er over tid, og implikasjoner av forskjellige kjønnsbekreftende intervensjoner, er vanlige og bør ikke avvises. Det er hensiktsmessig for dem å spørre slike spørsmål, og i noen tilfeller er spørsmålene eller bekymringene til god hjelp inn mot behandlingsavgjørelser og planlegging. For eksempel kan en rapport fra foreldre/omsorgspersoner bidra med viktig kontekstualisering i situasjoner hvor den unge personen har blitt veldig nylig eller raskt selvbevisst rundt sitt brudd på kjønnsnormer, og kommer med behandlingbehov basert i dette, eller når det er bekymring for at jevnaldrende eller sosiale medier har mye innflytelse på den nåværende forståelsen av eget kjønn. Kontekstualisering av rapport fra foreldre/omsorgspersoner er også veldig viktig, fordi fortellingen om en ungdoms kjønns historie slik den oppgis av dem samstemmer ikke nødvendigvis med den unges selvrapportering. Det er viktig her at kjønns historie eventuelt ikke er kjent for foreldre/omsorgspersoner, fordi kjønn kan

være en indre opplevelse for ungdommen, ukjent for andre med mindre det blir diskutert. Av den grunn er ungdommens egen rapport om sin kjønns historie og opplevelse sentral i vurderingsprosessen.

Noen foreldre kan vise seg å ha antagonistiske og ikke støttende forståelser av TKN-identiteter, klinisk behandling med hensyn til kjønn, eller begge deler (Clark et al., 2020). Slike perspektiver er et viktig terapeutisk mål for familier. Selv om utfordrende foreldreperspektiver kan virke rigide, bør ikke helsepersonell anta dette er tilfellet. Det finnes mange eksempler på foreldre/omsorgspersoner som over tid, med støtte og psykoedukasjon, har blitt stadig mer aksepterende av deres TKN-barns normbrudd og behandlingsbehov.

Det å hjelpe ungdommer og foreldre/omsorgspersoner å jobbe sammen på viktige avgjørelser om kjønnsrelatert behandling er et sentralt mål. Likevel, i noen tilfeller vil foreldre/omsorgspersoner være for avvisende mot sine barn, og barnets behov rundt kjønn, til å delta i den kliniske evalueringen. I disse tilfellene kan det være at ungdommen trenger et bredere støtteapparat for å gå videre med nødvendig ivaretagelse (Dubin et al., 2020).

#### Anbefaling 6.12

**Vi anbefaler at helsepersonell som vurderer TKN-ungdommer bare anbefaler de medisinske eller kirurgiske kjønnsbekreftende intervensjonene pasienten etterspør når:**

##### Anbefaling 6.12.a

**Ungdommen møter diagnostiske kriterier for kjønnsinkongruens i ICD-11 i sammenhenger der en diagnose er nødvendig for å få tilgang til helsehjelp. I land der den siste versjonen av ICD ikke er implementert kan andre klassifiseringer benyttes, men det bør gjøres en innsats for å benytte den nyeste**

## ICD så snart det lar seg gjennomføre.

Når de jobber med TKN-ungdommer bør helsepersonell være klar over at selv om klassifisering kan gi tilgang til behandling, kan patologisering av transidentiteter oppleves stigmatiserende (Beek et al., 2016). Vurderinger av kjønnsrelatert helse og kjønnsnormbrudd har vært kritisert, og diagnostiske systemer er kontroversielle (Drescher, 2016).

Helsepersonell bør vurdere ungdommens generelle kjønnsrelaterte historie og kjønnsrelaterte behov. Gjennom den prosessen kan helsepersonell sette en diagnose når dette kreves for å få tilgang til transrelaterte helsetjenester.

Kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori er de to diagnostiske begrepene som brukes, henholdsvis i Verdens Helseorganisasjon sin *International Classification of Diseases* (ICD) og American Psychiatric Association's *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Av disse to bredt benyttede klassifiseringssystemene er DSM kun for psykiatrisk klassifisering, og ICD inneholder alle sykdommer og tilstander som har å gjøre med fysisk og psykisk helse. De nyeste versjonene av disse systemene, DSM-5 og ICD-11, har en lang historie med å rekonseptualisere kjønnsrelaterte diagnoser, og reklassifisere disse som ikke lenger psykopatologiske (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2019a). Sammenlignet med den tidligere versjonen har DSM-5 skiftet ut kjønnsidentitetsforstyrrelse med kjønnsdysfori, noe som anerkjenner ubehaget noen mennesker opplever ved inkongruens mellom opplevd kjønnsidentitet og den kroppslige kjønnskategori de ble tillagt ved fødselen. I den nyeste revisjonen, DSM-5-TR ble det ikke gjort noen endringer i de diagnostiske kriteriene for kjønnsdysfori,

men terminologien ble tilpasset til det mest hensiktsmessige, oppdaterte språket (f.eks. «kroppslig kjønnskategori som ble tillagt ved fødsel» i stedet for «fødselskjønn», og «kjønnsbekreftende ivaretagelse» i stedet for «kjønnskifte» (American Psychiatric Association, 2022). Sammenlignet med ICD-10, ble klassifiseringen kjønnsinkongruens flyttet fra kapittelet om psykisk helse, til kapittelet om tilstander relatert til seksuell helse i ICD-11. Til sammenligning med DSM-5 klassifiseringen av kjønnsdysfori, er det en viktig rekonseptualisering at ubehag ikke er en påkrevet indikator for ICD-11 klassifiseringen kjønnsinkongruens (WHO, 2019a). Tross alt, når man vokser opp i støttende og aksepterende omgivelser kan det være slik at ikke kriteriene om ubehag og svekket funksjonsnivå er oppfylt, noe som er innebygd i definisjonen på psykiske lidelser (Drescher, 2012). Derfor kan det være ICD-11 klassifiseringen kjønnsinkongruens kan bedre fange opp bredden av folks opplevelser av å bryte med kjønnsnormer, og relaterte kliniske behov.

Kriteriene for ICD-klassifiseringen kjønnsinkongruens, for ungdommer og for voksne, krever en tydelig og vedvarende inkongruens mellom en persons opplevde kjønnsidentitet og den kroppslige kjønnskategori som ble tillagt ved fødselen, noe som ofte fører til et behov for å «transisjonere» til å leve og bli akseptert som en person av det opplevde kjønn. For noen inkluderer dette hormonbehandling, kirurgi eller andre helsetjenester som muliggjør at vedkommendes kropp er så mye det er ønskelig, og så langt det er mulig, på linje med personens opplevde kjønn. Det er relevant, med hensyn til ungdommer, at klassifiseringen ikke kan gis «før oppstart av puberteten». Avslutningsvis står det at «kjønnsnormbrytende oppførsel og preferanse ikke alene er grunnlag for å gi denne klassifiseringen» (WHO, ICD-11,



2019a).

Kriterier for DSM-5 og DSM-5-TR klassifiseringen av kjønnsdysfori hos ungdommer og voksne peker på «en markert inkongruens mellom ens opplevde/uttrykte kjønn, og den tillagte kroppslige kjønnskategorien, som har pågått i minst seks måneder» (kriterie A, oppfylt når to av seks underkriterier er tilstede; DSM-5, APA, 2013; DSM 5-TR, APA, 2022).

Det skal sies at selv om en kjønnsrelatert klassifikasjon er et av kravene for å motta medisinske kjønnsbekreftende intervensjoner, indikerer ikke slik klassifisering i seg selv at personen trenger slike kjønnsbekreftende intervensjoner. Bredden av opplevelser ungdommer har av kjønnsinkongruens gjør det nødvendig for helsepersonell å tilby en rekke behandlinger eller intervensjoner basert på en persons behov. Både veiledning, utforskning av kjønn, vurdering av psykisk helse, og, ved behov, behandling hos helsepersonell som jobber med psykisk helse med opplæring i kjønnsutvikling, kan være indikert, enten medisinsk bekreftende behandling skal skje eller ikke.

#### Anbefaling 6.12.b

#### **Opplevelsen av kjønnsnormbrudd/-inkongruens er tydelig og vedvarende over tid.**

Utforskning og konsolidering av identitet oppleves av mange ungdommer (Klimstra et al., 2010; Topolewska-Siedzik & Ciecuch, 2018). Identitetsutforskning i ungdomstiden kan inkludere en selvoppdagelsesprosess som handler om kjønn og kjønnsidentitet (Steensma, Kreukels et al., 2013). Man vet lite om hvordan prosessene som fungerer konsoliderende for kjønnsidentitet i ungdommen (som prosessen med å forplikte seg til spesifikke identiteter) kan innvirke på en ung persons erfaring(er) eller behov over tid.

Ved behandlingsstart bør derfor graden av reversibilitet i en kjønnsbekreftende medisinsk intervensjon vurderes i sammenheng med hvor vedvarende en ung persons opplevelse av kjønnsinkongruens er. Gitt ungdomsårenes potensielle endringer i kjønnsrelaterte erfaringer og behov, er det viktig å fastslå at det unge mennesket har opplevd flere år med vedvarende kjønnsnormbrudd/-inkongruens før man starter mindre reversible intervensjoner, som kjønnsbekreftende hormoner eller kirurgi. Pubertetsblokkering, som gir yngre ungdommer mer tid til å utvikle beslutningskapasitet, tar opp viktige hensyn (se Anbefaling 6.12.f og Kapittel 12 – Hormonbehandling) rundt viktigheten av en vedvarende opplevelse av kjønnsnormbrudd/-inkongruens før oppstart på hormonbehandling. I denne aldersgruppen, med de yngste ungdommene, er imidlertid flere år ikke alltid praktisk mulig eller nødvendig, gitt at premisset for behandlingen er å kjøpe tid samtidig som man unngår stort ubehag fra irreversible pubertale endringer. For ungdommer som har erfart kjønnsinkongruens over kun kortere tid kan også sosial transisjon og/eller annen medisinsk støtte (f.eks. menstruasjonshindring/ androgenblokkere) gi en viss lettelse. Dette kan også bidra til at kjønsteamet får mer informasjon om en ungdoms kjønnsrelaterte behandlingsbehov, bredere sett (se Anbefaling 6.4, 6.6, og 6.7).

Det kreves gjerne grundige vurderinger over tid å fastslå vedvarende kjønnsnormbrudd/-inkongruens (se Anbefaling 6.3). Når det er mulig og hensiktsmessig, bør vurderingsprosessen, og bruk av best mulig dømmekraft, også omfatte foreldre/ omsorgspersoner (se Anbefaling 6.11). Når bevis på kjønnsnormbrudd/-inkongruens over tid ikke finnes dokumentert i medisinske



journaler, kan det formidles direkte i historier fortalt av ungdommen eller foreldre/omsorgspersoner.

Forskningslitteraturen som omhandler kontinuitet versus diskontinuitet i behov for og forespørsler om kjønnsbekreftende medisinske intervensjoner er kompleks og noe vanskelig å tolke. En rekke studier som ble gjennomført de siste tiårene, inkludert noen med metodologiske utfordringer (som pekt på av Temple Newhook et al., 2018; Winters et al., 2018), foreslår at opplevelsen av kjønnsdysfori ikke er konsistent for alle barn mens de beveger seg inn i puberteten. For eksempel kan en mindre gruppe av ungdommer, som opplevde kjønnsinkongruens eller som sosialt transisjonerte før puberteten, over tid vise en redusert eller til og med forsvunnet kjønnsinkongruens (de Vries et al., 2010; Olson et al., 2022; Ristori & Steensma, 2016; Singh et al., 2021; Wagner et al., 2021). Det har uansett vært mindre forskningsfokus på kontinuitet og diskontinuitet av kjønnsinkongruens og kjønnsrelaterte behov i pubertale- og ungdomspopulasjoner. Det tilgjengelige materialet der de har sett på brede, ikke-selekterte kohorter av ungdommer, referert av kjønnsrelaterte grunner (fra kjønnsklinikken i Amsterdam), peker i retning av at et mindretall av ungdommer med kjønnsinkongruens som oppsøker kjønnsrelatert behandling og gjennomgår omfattende vurderinger over tid, velger å ikke gjennomføre kjønnsbekreftende intervensjoner (Arnoldussen et al., 2019; de Vries, Steensma et al., 2011). Dog er det viktig å merke seg at studier av kohorter av kjønnsinkongruente ungdommer, der deltakerne har gjennomgått helhetlig evaluering over tid, vist vedvarende kjønnsinkongruens og kjønnsrelaterte behov, og mottatt henvisning til medisinsk behandling, har funnet at angring på avgjørelser om kjønnsrelaterte medisinske intervensjoner er sjeldent (de Vries et al.,

2014; Wiepjes et al., 2018). Disse funnene er per idag kun overførbare til ungdommer som har demonstrert vedvarende kjønnsinkongruens og kjønnsrelaterte behov over tid, der dette var etablert gjennom en helhetlig og stadig gjenopptatt og videreført vurdering (se Anbefaling 6.3).

#### Anbefaling 6.12.c

**Ungdommen demonstrerer et nivå av emosjonell og kognitiv modenhet tilstrekkelig for å gi informert samtykke til behandling, eller gi sin tilslutning til behandling dersom ungdommen er under juridisk lavalder.**

Samtykkeprosessen involverer kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell rundt pasientens forståelse av en potensiell behandlingsintervensjon, og til slutt pasientens avgjørelse om å samtykke til intervensjonen eller ikke. For mindreårige er i de fleste tilfeller personen som er verge sentral i prosessen med å sikre informert samtykke. Hvis en intervensjon skal gjennomføres er det verger (ofte foreldre/omsorgspersoner) som gir informert samtykke. I de fleste sammenhenger foregår en tildels parallel tilslutningsprosess der den mindreårige og helsepersonell snakker om intervensjonen, og sistnevnte vurderer nivået av forståelse og intensjon.

Grundig diskusjon med kvalifisert helsepersonell som er opplært til å vurdere emosjonell og kognitiv modenhet hos ungdommer, er et nødvendig grunnlag for prosessen med informert samtykke til kjønnsbekreftende medisinske intervensjoner. Både de reversible og irreversible effektene av behandling, mulighet for bevaring av fruktbarhet (når det er relevant), og alt av potensiell risiko og fordel ved intervensjonen, er viktige komponenter i den diskusjonen. Disse diskusjonene er påkrevet når man skal

innhente informert samtykke og tilslutning. Det er viktig å vurdere kognitiv og emosjonell modenhet, fordi det hjelper behandlingsteamet med å forstå i hvilken grad ungdommen har kapasitet til å være godt informert.

Ferdighetene som anses nødvendige for samtykke/tilslutning til enhver medisinsk intervensjon inkluderer evne til 1) å forstå behandlingens art, 2) resonnerer rundt behandlingsvalg, inkludert risikoer og fordeler, 3) forstå formen for avgjørelse det gjelder, inkludert de langsiktige konsekvensene, og 4) kommunisere sitt valg (Grootens-Wiegers et al., 2017). Når det gjelder kjønnsbekreftende medisinske intervensjoner bør en ung person være godt informert om hva en form for behandling kan oppnå eller ikke, typiske tidslinjer for synlige eller merkbare forandringer (f.eks. med kjønnsbekreftende hormonbehandling), og implikasjoner av å avslutte behandlingen. Kjønnsnormbrytende ungdommer bør fullt ut forstå de reversible, delvis reversible, og irreversible aspektene ved en form for behandling, og i tillegg grensene for hva som vites nå om de spesifikke behandlingene (f.eks. effekten av pubertetsblokkering på utvikling av hjernen (Chen and Loshak, 2020)). Kjønnsnormbrytende ungdommer bør også forstå at selv om mange innleder kjønnsbekreftende medisinsk behandling og opplever det som riktig for dem på sikt, finner en liten andel ut over tid at denne typen intervensjon ikke var det rette for dem (Wiepjes et al., 2018). Ungdommene bør vite at det med å endre mening om behandling noen ganger er forbundet med en endring i kjønnsrelaterte behov over tid, og andre ganger med at kjønnsidentiteten endrer seg. Gitt dette, må kjønnsnormbrytende ungdommer være i stand til å resonnerer godt rundt behandlingsmuligheter, og ta i betraktning implikasjonene av de tilgjengelige valgene. Videre er det grunnleggende for å kunne gi sin

tilslutning at den unge personen er i stand til å kommunisere tydelig om sitt valg.

Nødvendig evner som må ligge til grunn for å kunne samtykke utvikles ikke nødvendigvis ved en spesifikk alder (Grootens-Wiegers et al., 2017). Kapasitet kan variere relativt til både utviklingsmessige forskjeller og psykisk helse (Shumer & Tishelman, 2015), og i tillegg kan det avhenge av hvilke muligheter ungdommen har hatt til å trene opp slike evner (Alderson, 2007). Videre må vurdering av emosjonell og kognitiv modenhet gjennomføres separat for hver avgjørelse om kjønnsrelatert behandling (Vrouenraets et al., 2021).

De følgende spørsmålene kan være nyttige å tenke på når man vurderer en ung persons emosjonelle og kognitive evner til å samtykke til en spesifikk kjønnsbekreftende intervensjon:

- Kan den unge personen tenke på framtiden sin på en ordentlig måte, og vurdere implikasjonene av en delvis eller fullt ut irreversibel intervensjon?
- Har den unge personen tilstrekkelig kapasitet til å selvreflektere, til å vurdere en mulighet for at kjønnsrelaterte behov og prioriteter kan utvikle seg over tid, og for at prioriteter på noe tidspunkt kan forandre seg?
- Har den unge personen i noen grad tenkt gjennom implikasjonene av hva de kan finne på å gjøre hvis prioriteringene deres forandrer seg i framtiden?
- Er den unge personen i stand til å forstå og forholde seg til både de daglige, og de langsiktige, aspektene ved en spesifikk medisinsk intervensjon (f.eks. følge instruksjoner for medikamentbruk, administrering av medikamenter, og nødvendig medisinsk oppfølging over tid)?

Vurdering av emosjonell og kognitiv modenhet kan foregå over tid, etterhvert

som teamet fortsette å ha samtaler om behandlingsvalg og gir ungdommen muligheten til å øve på det å tenke framover, og mer fleksibelt vurdere muligheter og implikasjoner. For ungdommer som er utypiske i sin nevroutvikling, og/eller har noen typer psykisk lidelse, kan det være at evnen til å tenke på framtiden, til å planlegge, til å ta et større perspektiv, og til å drive med selvrefleksjon, er mindre velutviklet (Dubbelink & Geurts, 2017). I disse tilfellene kan det være påkrevet med en annen, mer forsiktig, tilnærming til samtykke, noe som kan innebære ekstra tidsbruk, og strukturerte muligheter for ungdommen til å trene opp de evnene som er nødvendige for å ta medisinske avgjørelser (Strang, Powers et al., 2018).

I de unike situasjonene der ungdommer samtykker til sin egen behandling uten foreldres tillatelse (se Anbefaling 6.11) må det gjøres ekstra innsats for å støtte en beslutningsprosess i retning informert samtykke. Det kan typisk innebære større engasjement og mer samarbeid blant helsepersonell som jobber med ungdommen, for å sikre at denne har tilstrekkelig kognitiv og emosjonell støtte til å vurdere valgmuligheter, veie fordeler mot potensielle utfordringer/ulempes, og utvikle en plan for et hvert tenkelig behov for (potensielt stadig pågående) støtte i forbindelse med behandlingen.

#### Anbefaling 6.12.d

**Dersom det foreligger bekymringer (om noen) knyttet til ungdommens psykiske helse som kan vanskeliggjøre diagnostisk klarhet, samtykkekapasitet, og kjønnsbekreftende behandling, må disse bekymringene være ivaretatt.**

Evidens indikerer at TKN-ungdommer har mer utfordringer med psykisk uhelse. Dette er ofte relatert til avvisning fra foreldre eller omsorgspersoner, ikke-anerkjennende omgivelser, og faktorer relatert til

nevromangfold (f.eks., de Vries et al., 2016; Pariseau et al., 2019; Ryan et al., 2010; Weinhardt et al., 2017). En ungdoms psykiske uhelse kan ha innvirkning på konseptualisering av kjønnsidentitetsutvikling over tid, og behov relatert til kjønnsidentitet, og i tillegg samtykkekapasitet og evne til å involvere seg i, eller motta, den medisinske behandlingen. I tillegg kan TKN-ungdommer, akkurat som ciskjønne ungdommer, slite med psykisk uhelse helt separat fra opplevelse av kjønnsdysfori eller kjønnsinkongruens. Spesifikt kan depresjon og selvskading være en bekymring; mange studier avslører at nivåer av depresjon, og av emosjonelle og adferdsmessige problemer, er sammenlignbare med nivåer rapportert om populasjoner henvist til psykiatriske klinikker (Leibowitz & de Vries, 2016). Det har også blitt rapportert høyere tall på suicidalitet, selvmordsforsøk, og selvskading (de Graaf et al., 2020). Spiseforstyrrelser er også vanligere enn det som forventes i den øvrige populasjonen (Khatchadourian et al., 2013; Ristori et al., 2019; Spack et al., 2012). Det er også viktig at det blant TKN-ungdommer er høy forekomst av autismespektertilstander eller -karakteristikk (Øien et al., 2018; van der Miesen et al., 2016; se også Anbefaling 6.1.d). Annet nevromangfold og/eller utfordringer innen psykisk helse kan også være involvert (f.eks. ADHD, utviklingshemming, og psykotiske lidelser) (de Vries, Doreleijers et al., 2011; Meijer et al., 2018; Parkes & Hall, 2006).

Det skal sies at mange TKN-ungdommer er velfungerende og opplever få eller ingen utfordringer med psykisk uhelse. For eksempel kan sosialt transisjonerte pubertale ungdommer som mottar kjønnsbekreftende medisinsk behandling på spesialiserte kjønnsklinikker oppleve å fungere like godt, med hensyn til psykisk helse, som jevnaldrende cispersoner (f.eks., de Vries et al., 2014; van der Miesen et al., 2020). Den viktigste oppgaven for de som tilbyr

helsetjenester er her å vurdere årsaksforholdet mellom enhver utfordring med psykisk helse, og ungdommens forståelse av egne kjønnsrelaterte behov, og så prioritere ut fra dette.

Vanskeligheter med psykisk uhelse kan på flere måter være utfordrende for vurdering og behandling av TKN-ungdommers kjønnsrelaterte behov:

1. For det første må sikkerhet prioriteres når en TKN-ungdom opplever akutt suicidalitet, spiseforstyrrelser, selvskading, eller andre kriser relatert til psykisk uhelse som utgjør fare for fysisk helse. Hensiktsmessig ivaretagelse i en slik sammenheng – tatt i betraktning lokal kontekst og eksisterende retningslinjer – innebærer å redusere faren eller krisen det utgjør så det er nok tid og stabilisering til at grundig kjønnsrelatert vurdering og avgjørelsesprosesser kan gjennomføres. For eksempel er det mulig at en aktivt suicidal ungdom emosjonelt sett ikke er i stand til å ta en informert avgjørelse om en kjønnsbekreftende medisinsk/kirurgisk intervensjon. Hvis behandling er indikert, bør sikkerhetsrelaterte tiltak likevel ikke utelukke slik behandling.

2. For det andre kan psykisk uhelse også komplisere vurderingen av kjønn i utvikling, og kjønnsidentitetsrelaterte behov. For eksempel er det helt kritisk å differensiere mellom kjønnsinkongruens og spesifikke presentasjoner av psykisk lidelse, som tvangstanker og tvangshandlinger, spesialinteresser for noen på autismespekteret, rigide tankemønstre, mer generelle identitetsproblemer, vanskeligheter i interaksjon barn-forelder, alvorlige angstproblemer rundt utvikling (f.eks. frykt for å bli voksen og for pubertetsendringer som ikke har med kjønnsidentitet å gjøre), traumer, eller psykotiske tanker. Utfordringer innen psykisk helse som hindrer klarsyn i hvordan en opplever identitetsutvikling, og gjennomgår kjønnsrelaterte avgjørelsesprosesser, bør

prioriteres og adresseres.

3. For det tredje: avgjørelser om kjønnsbekreftende medisinske intervensjoner som har livslange konsekvenser, krever en gjennomtenkt og framtidorientert tankeprosess hos ungdommen, med støtte av foreldre/ omsorgspersoner, som indikert (se Anbefaling 6.11). For å være i stand til å ta en avgjørelse på en informert måte bør en ungdom være i stand til å forstå de relevante aspektene, uttrykke et valg, og anerkjenne og tenke grundig gjennom ønsket om medisinsk bekreftende behandling (se Anbefaling 6.12.c). Nevromangfold, som autistiske trekk eller autismespektertilstand (se Anbefaling 6.1.d, f.eks. forskjeller i kommunikasjonsevne, preferanse for konkret eller rigid tankemåte, forskjeller i selvinnsikt, evne til planlegging og framtidstenkning), kan gjøre vurdering og avgjørelsesprosess utfordrende. Nevromangfoldige ungdommer kan ha behov for ekstra støtte, struktur, psykoedukasjon og tid innebygd i vurderingsprosessen (Strang, Powers et al., 2018). Videre kan alle presentasjoner av psykisk helse som involverer redusert evne til kommunikasjon, til å representere egne syn og interesser, vanskeligheter med å delta i en vurdering, minne og konsentrasjonsproblemer, og håpløshet og vanskelighet med å tenke framtidorientert, komplisere prosesser med vurdering og avgjørelser. I slike tilfeller er det ofte nødvendig å bruke mer tid før noen avgjørelser kan tas om kjønnsbekreftende medisinsk behandling.

4. Til slutt: selv om det er viktig å adressere psykisk helse underveis i medisinsk behandling, betyr ikke dette at alle utfordringer med psykisk uhelse kan eller bør bli løst fullstendig. Likevel er det viktig at all eventuell psykisk uhelse blir adressert tilstrekkelig, så kjønnsbekreftende medisinske intervensjoner kan gjennomføres på optimale måter (f.eks. å ta medikamenter som instruert, oppmøte til medisinsk oppfølging, og egenomsorg, spesielt i en



postoperativ periode).

#### Anbefaling 6.12.e

**Ungdommen har blitt informert om de reproduktive konsekvensene, inkludert det potensielle tapet av fruktbarhet og tilgjengelige valg for å bevare fruktbarhet, og disse har vært diskutert sett i lys av hvor ungdommen befinner seg i pubertetsutviklingen.**

For retningslinjer for klinisk tilnærming, og vitenskapelig bakgrunn og begrunnelse for denne, se Kapittel 12 – Hormonbehandling og Kapittel 16 – Reproduktiv helse.

#### Anbefaling 6.12.f

**Ungdommen må ha nådd Tanner stadium 2 (tydelig tegn på at pubertet er i gang) av puberteten for at pubertetsblokkering kan igangsettes.**

Begynnelsen av puberteten er betydningsfull for mange kjønnsnormbrytende ungdommer. For noen intensiveres kjønnsinkongruensen, og for andre kan pubertetsstart føre til kjønnsfluiditet (f.eks. transisjon fra binær til ikke-binær kjønnsidentitet) eller til og med demping av en allerede bekreftet kjønnsidentitet (Drummond et al., 2008; Steensma et al., 2011; Steensma, Kreukels et al., 2013; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). Bruken av pubertetsblokkere som GnRH-agonister er ikke anbefalt før barn minimum har nådd Tanner stadium 2 av puberteten, fordi det å oppleve fysisk pubertet kan være en kritisk del av kjønnsidentitetsutvikling for noen TKN-ungdommer (Steensma et al., 2011). Derfor bør ikke pubertetsblokkere gis til prepubertal kjønnsnormbrytende ungdommer (Waal & Cohen-Kettenis, 2006). For noen ungdommer kan det være hensiktsmessig med GnRH-agonister i senere stadier av puberteten eller i postpubertet (f.eks. i Tanner stadium 4 eller 5), og dette bør være svært individualisert.

Se Kapittel 12 – Hormonbehandling for å lese en mer helhetlig gjennomgang av bruken av GnRH-agonister.

Variasjonen, tidsmessig, i oppstart av pubertet har å gjøre med flere faktorer (f.eks. kroppslig kjønnskategori, gener, ernæring, osv.). Tanner stadiene henviser til 5 stadier av pubertal utvikling, fra prepubertal (Tanner stadium 1) til postpubertal og voksen seksuell modenhet (Tanner stadium 5) (Marshall & Tanner, 1969, 1970). For de som er tillagt den kroppslige kjønnsategorien jente ved fødsel er starten av pubertet (gonadarche) definert som den tiden brystene begynner å endre seg (Tanner stadium 2), og for de som er tillagt den kroppslige kjønnsategorien gutt ved fødsel er det definerende at testikkelvolumet tilsvarende eller er høyere enn 4 ml (Roberts & Kaiser, 2020). En erfaren lege bør forespørres, for å differensiere pubertetsstart fra fysiske endringer som kjønns hår og apokrin kroppslukt grunnet kjønns hormoner produsert i binyrene (andrenarke), ettersom andrenarke ikke indikerer bruk av pubertetsblokkere (Roberts & Kaiser, 2020). Det å opplyse foreldre og familie om forskjellen mellom andrenarke og oppstart av pubertet, hjelper dem med å forstå tidsaspekter ved gjennomføring av felles avgjørelsesprosess om kjønnsbekreftende medisinske intervensjoner med deres flerfaglige team.

Viktigheten av å adressere andre risikofaktorer og fordeler ved pubertetsundertrykking, både hypotetiske og faktiske, kan ikke overdrives. Evidensen tilsier at det finnes kirurgiske implikasjoner for transjenter som bruker pubertetsblokkere (van de Grift et al., 2020). Det finnes longitudinelt materiale som demonstrerer bedre romantisk og seksuell tilfredshet for ungdommer som gjennomgår pubertetsundertrykkelse, hormonbehandling og kirurgi (Bunger et



al., 2020). En studie av kirurgiske resultater av laparoskopisk intestinal vaginoplastikk (gjennomført på grunn av begrenset mengde genitalt vev etter bruk av pubertetsblokkere) på transkvinner viste at majoriteten opplevde orgasme etter kirurgi (84%). Dog ble ikke spesifikk korrelasjon mellom seksuell nytelse og tid for oppstart av pubertetsblokkere diskutert i den studien (Bouman, van der Sluis et al., 2016), og studien kan ikke si noe om de som ville foretrekke en annen kirurgisk prosedyre. Dette understreker viktigheten av å diskutere med familier hva som er uvisst for framtiden, med hensyn til kirurgiske resultater og seksuell helse.

### Anbefaling 6.12.g

**Ungdommen har hatt minst 12 måneder med kjønnsbekreftende hormonbehandling, eller lenger hvis indikert, for å oppnå det ønskede resultatet av kjønnsbekreftende prosedyrer, inkludert brystkirurgi (fjerning eller konstruksjon, o.a.), orkiektomi (fjerning av testikler, o.a.), vaginoplastikk (konstruksjon av vagina, o.a.), hysterektomi (fjerning av livmor, o.a.), falloplastikk (konstruksjon av penis, o.a.), metoidoplastikk (utnytter forstørret klitoris etter testosteronbehandling, o.a.) og ansiktskirurgi, som del av kjønnsbekreftende intervensjoner, med mindre hormonerapi enten ikke er ønsket eller det foreligger medisinske kontraindikasjoner.**

Kjønnsbekreftende hormonbehandling fører til anatomiske, fysiologisk og psykologiske endringer. Oppstarten av disse anatomiske effektene (som at klitoris vokser, bryster vokser, eller vaginalatrofi) kan skje raskt etter oppstart av behandling, og forventes å nå sin maksimale effekt etter 1-2 år (T'Sjoen et al., 2019). For å sikre nok tid til mentale tilpasninger til den fysiske endringen, i en viktig utviklingsperiode for ungdommen,

foreslås minst 12 måneder med hormonbehandling. Avhengig av hvilken form for kirurgisk resultat som etterstrebes, kan perioden med hormonbehandling måtte være lenger (f.eks. tilstrekkelig virilisering av klitoris før metoidoplastikk/falloplastikk, brystvekst og hud som har strukket seg i forkant av brystkirurgi, og mykere hud og forandringer i fettfordistribusjon i ansiktet før kjønnsbekreftende ansiktskirurgi (de Blok et al., 2021).

Når det gjelder personer som ikke tar hormoner før kirurgiske inngrep, er det viktig at kirurger forsikrer seg om at de har forståelse for innvirkning av hormonbehandling på det foreslåtte inngrepet. Videre, for personer som skal gjøre en gonadektomi (fjerning av gonadene, o.a.) og ikke tar hormoner, kan det utvikles en hormonerstatningsplan med deres foreskrivende lege i forkant av operasjonen.

### **Vurdering av alder for kjønnsbekreftende medisinske og kirurgiske intervensjoner for ungdommer.**

Alder har en sterk, men ikke perfekt, korrelasjon med kognitiv og psykososial utvikling, og kan være nyttig som objektiv markør for å bestemme tid for intervensjoner (Ferguson et al., 2021). Høyere alder kan være påkrevet for behandling med større grad av irreversibilitet, kompleksitet, eller begge. Denne tilnærmingen gir rom for videre kognitiv/emosjonell modning som kan være påkrevet for at ungdommen skal kunne fullt ut vurdere og samtykke til stadig mer kompleks behandling (se Anbefaling 6.12.c).

En økende mengde evidens indikerer at det å gjennomføre kjønnsbekreftende intervensjoner med kjønnsnormbrytende ungdommer som oppfyller kriteriene, gir positive følger (Achille et al., 2020; de Vries et al., 2014; Kuper et al., 2020). Det finnes

dog begrenset data som sier noe om optimal tid for kjønnsbekreftende intervensjoner, eller langsiktige fysiske, psykologiske og nevromangfoldige resultater blant ungdommer (Chen et al., 2020; Chew et al., 2018; Olson-Kennedy et al., 2016). Per idag er de eneste longitudinelle studiene som evaluerer kjønnsnormbrytende ungdommer og følger i voksen alder, basert på en spesifikk modell (altså den nederlandske tilnærmingen), som involverer en helhetlig innledende vurdering med oppfølging. I denne tilnærmingen ble pubertetsundertrykkelse vurdert ved 12 år, hormonbehandling ved 16 år, og kirurgiske inngrep ved 18 år, med noen unntak. Det er uvisst om avvik fra denne tilnærmingen vill føre til de samme eller forskjellige resultater. Longitudinelle studier er underveis, som vil kunne si mer om både resultater, sikkerhet og effektivitet ved kjønnsbekreftende intervensjoner for ungdommer (Olson-Kennedy, Garofalo et al., 2019; Olson-Kennedy, Rosenthal et al., 2019). Selv om de langsiktige effektene av kjønnsbekreftende intervensjoner innledet i ungdomstiden ikke er fullt ut kartlagt, bør også de potensielle negative helseeffektene av å utsette behandling vurderes (de Vries et al., 2021). Evidensgrunnlaget for kjønnsbekreftende intervensjoner i ungdomstiden blir stadig større, og det kan komme oppdaterte anbefalinger med hensyn til tid, og hvordan man kan anses som klar for disse intervensjonene.

Tidligere retningslinjer om kjønnsbekreftende intervensjoner for ungdommer anbefalte at delvis reversibel kjønnsbekreftende hormonbehandling kunne startes opp cirka ved 16 år (Coleman et al., 2012; Hembree et al., 2009). Nyere retningslinjer forslår at det kan være gode grunner til å sette igang dette før fylte 16 år, men det er begrenset forskning på ungdommer som har startet før fylte 14 år (Hembree et al., 2017). En overbevisende grunn til tidligere oppstart av

kjønnsbekreftende hormonbehandling kan for eksempel være det å unngå lang tid med pubertetsundertrykkelse, gitt bekymringer om mulige problemer med osteoporose, og psykososiale implikasjoner av utsatt pubertet, som beskrevet nærmere i Kapittel 12 – Hormonbehandling (Klink, Caris et al., 2015; Schagen et al., 2020; Vlot et al., 2017; Zhu & Chan, 2017). Puberteten er en periode med signifikant utvikling i hjernen, og kognitiv utvikling. Det har spesifikt blitt pekt på at det bør forskes videre på potensiell innvirkning på nevrou utvikling, av lengre pubertetsundertrykkelse hos TKN-ungdommer (Chen et al., 2020). Selv om GnRH-agonister er påvist å være sikre ved behandling av tidlig pubertet, finnes det en bekymring for at det å utsette eksponering til kjønns hormoner (endogene eller eksogene) i perioden for maksimal benmineralisering kan føre til osteoporose (benskjørhet, o.a.) Både potensiell osteoporose, og klinisk signifikans av dette om det skjer, fordrer videre studier (Klink, Caris et al., 2015; Lee, Finlayson et al., 2020; Schagen et al., 2020). Det har ikke vært forsket på eksplisitt, men de potensielle negative psykososiale implikasjonene av å ikke komme i pubertet sammen med jevnaldrende kan føre til ytterligere press på kjønnsnormbrytende ungdommer. Når helsepersonell vurderer tid for initiering av kjønnsbekreftende hormonbehandling, bør de se potensielle fysiske og psykiske risikofaktorer og fordeler ved å starte behandling opp mot potensielle fysiske og psykiske risikofaktorer og fordeler ved å utsette. Denne prosessen kan også bidra til å identifisere overbevisende faktorer som kan rettferdiggjøre individualisert tilnærming.

Studier gjennomført med transmaskuline ungdommer har demonstrert at brystdysfori er forbundet med høyere forekomst av angst, depresjon og ubehag/plager, og kan føre til funksjonelle begrensninger som unngåelse av trening

eller bading (Mehringer et al., 2021; Olson-Kennedy, Warus et al., 2018; Sood et al., 2021). Testosteron gjør dessverre lite for å lette dette ubehaget/plagene, selv om maskulinisering av brystkassen er en mulighet for noen for å adressere ubehaget/plagene på sikt. Studier av ungdommer som ønsket maskulinisering av brystkassen for å dempe sin brystdysfori, har demonstrert gode kirurgiske resultater, høy grad av tilfredshet, og minimal angring i løpet av den perioden de ble fulgt opp av forskerne (Marinkovic & Newfield, 2017; Olson-Kennedy, Warus et al., 2018). Kirurgi som maskuliniserer brystkassen kan vurderes hos mindreårige når det kan anses som klinisk og utviklingsmessig riktig av et flerfaglig team som har erfaring på feltene kjønnsutvikling og ungdommers utvikling (se relevante anbefalinger i dette kapittelet). Nåværende bruk av testosteron, eller varighet av testosteronbehandling, bør ikke utelukke kirurgi som maskuliniserer brystkassen. Noen TKN-ungdommer kan ha sine behov møtt ved kun maskulinisering av brystkassen. Brystforstørrelse kan være tiltrengt for transfeminine ungdommer, men det finnes mindre innsamlet data når det gjelder denne prosedyren på ungdommer, muligens på grunn av at det er færre som ber om den (Boskey et al., 2019; James, 2016). Kjønnsbekreftende hormonbehandling, spesifikt østrogen, kan bidra til utvikling av brystvev, og det anbefales at ungdommer har minst tolv måneder med hormonbehandling, eller lenger hvis det er kirurgisk indikert, før de gjennomgår kirurgi for brystforstørrelse. Dette med mindre hormonbehandling ikke er klinisk indikert, eller det finnes medisinske kontraindikasjoner. Det finnes begrenset data som sier noe om det optimale tidsforløpet for igangsetting av andre kjønnsbekreftende kirurgiske intervensjoner for ungdommer. Dette er delvis på grunn av begrenset tilgang til slike inngrep, som varierer i ulike geografiske

områder (Mahfouda et al., 2019). Materialet indikerer at antallet kjønnsbekreftende operasjoner har økt siden år 2000, og det har vært et økende antall TKN-ungdommer som har bedt om vaginoplastikk (konstruksjon av vagina, o.a.) (Mahfouda et al., 2019; Milrod & Karasic, 2017). En studie fra 2017, som så på 20 WPATH-affilierte kirurger i USA, rapporterte at litt mer enn halvparten hadde utført vaginoplastikk på personer som ikke var myndige (Milrod & Karasic, 2017). Det finnes begrenset data om følger for ungdommer som har gjennomgått vaginoplastikk. Mindre studier har rapportert økt psykososial funksjon og mindre kjønnsdysfori hos ungdommer som har fått utført vaginoplastikk (Becker et al., 2018; Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997; Smith et al., 2001). Selv om utvalgene er små, peker disse studiene på at det kan være en fordel for noen ungdommer å få gjennomført disse operasjonene før fylte 18 år. Faktorer som kan støtte noen ungdommer som etterspør slike prosedyrer før fylte 18, inkluderer økt støtte fra familiemedlemmer, at det er enklere å gå gjennom postoperativ pleie før man skal gå inn i oppgavene man skal stå i som ung voksen (f.eks. oppstart universitet eller arbeidsliv), og sikkerhetshensyn på offentlige steder (altså for å redusere transfobisk vold) (Boskey et al., 2018; Boskey et al., 2019; Mahfouda et al., 2019). Gitt kompleksiteten og det irreversible i slike prosedyrer, er det helt nødvendig å vurdere ungdommens evne til å følge alle instruksjoner og anbefalinger med hensyn til å ta vare på kroppen sin i den postkirurgiske perioden, og å forstå de langsiktige innvirkningene disse operasjonene har på reproduktiv og seksuell funksjon (Boskey et al., 2019). Gitt kompleksiteten i falloplastikk (konstruksjon av penis, o.a.), og den nåværende høye graden av komplikasjoner når denne prosedyren sammenlignes med andre kirurgiske kjønnsbekreftende intervensjoner, er det på dette tidspunkt ikke anbefalt å vurdere denne operasjonen for ungdommer under 18 år



(se Kapittel 13 – Kirurgi og postoperativ pleie).

Videre nøkkelfaktorer som bør tas med i vurderingen når man diskuterer tidslinjen for intervensjoner med ungdommer og familier, kan leses i Anbefaling 6.12.a til 6.12.f. For et sammendrag av kriterier og anbefalinger for medisinsk nødvendige kjønnsbekreftende medisinske intervensjoner for ungdommer, se [Vedlegg D](#).

## KAPITTEL 7 Barn

Denne delen av *Standards of Care* handler om prepubertale kjønnsnormbrytende barn, og er basert på forskning, etiske prinsipper, og akkumulert ekspertkunnskap. Prisippene denne delen av retningslinjene bygger på, inkluderer at 1) kjønnsnormbrudd blant barn er et forventet aspekt ved generell menneskelig utvikling (Endocrine Society og Pediatric Endocrine Society, 2020; Telfer et al., 2018); 2) kjønnsnormbrudd blant barn er verken patologisk eller en psykisk lidelse (Endocrine Society and Pediatric Endocrine Society, 2020; Oliphant et al., 2018; Telfer et al., 2018); 3) kjønnsnormbrytende uttrykk hos et barn kan ikke alltid antas å reflektere en transidentitet eller kjønnsinkongruens (Ehrensaft, 2016; Ehrensaft, 2018; Rael et al., 2019); 4) å få veiledning med helsepersonell som jobber med psykisk helse som er eksperter på kjønnsrelatert ivaretagelse av barn, kan bidra til å støtte positiv tilpasning og å finne ut av kjønnsrelaterte behov over tid, (APA, 2015; Ehrensaft, 2018; Telfer et al., 2018); 5) konverteringsterapier for kjønnsnormbrytende barn (dvs. ethvert «terapeutisk» forsøk på å tvinge et kjønnsnormbrytende barn, med ord, handlinger eller begge deler, til å identifisere seg med eller oppføre seg i samsvar med det sosiale kjønn forbundet med den kroppslige kjønns-kategorien som ble tillagt ved fødselen, er skadelige, og vi avviser og tar avstand fra alle forsøk på dette (APA, 2021; Ashley, 2019b, Paré, 2020; SAMHSA, 2015; Telfer et al., 2018; UN Human Rights Council, 2020).

Gjennomgående i dette kapitlet er uttrykket helsepersonell brukt på en bred måte for å referere til autorisert helsepersonell som jobber med kjønnsnormbrytende barn. I motsetning til pubertale ungdommer og voksne, skal ikke prepubertale kjønnsnormbrytende barn ha medisinsk behandling (Pediatric Endocrine Society, 2020). Derfor, når det søkes innspill

fra helsepersonell, er det mest sannsynlig fra en som har spesialisering i psykososial støtte og kjønnsutvikling. Derfor er dette kapitlet kun fokusert på psykososiale praksiser som er utviklingsmessig sett passende, selv om annet helsepersonell, som barneleger og fastleger, også kan finne nytte i disse retningslinjene når de jobber med kjønnsnormbrytende barn og deres familier.

Dette kapitlet bruker begrepet «kjønnsnormbrytende», ettersom prepubertale barns utvikling med hensyn til kjønn ikke kan forutsees, og kan innebære fortsatte endringer over tid (Steensma, Kreukels et al., 2013). Samtidig anerkjenner dette kapitlet at noen barn vil stabilt forbli i en kjønnsidentitet, uttrykt tidlig i livet, som ikke samsvarer med den kroppslige kjønns-kategorien de ble tillagt ved fødselen (Olson et al., 2022). Begrepet «kjønnsnormbrytende» inkluderer både binære transbarn og ikke-binære barn, og kjønnsnormbrytende barn som ikke kommer til å identifisere seg som transpersoner senere. Terminologi er grunnleggende kulturelt fundert, og utfolder seg over tid. Derfor er det mulig at ord som brukes her blir utdatert, og vi finner bedre ord.

Dette kapitlet beskriver aspekter ved medisinsk nødvendig ivaretagelse som er ment å framholde viktigheten av barns kjønnsrelaterte behov, og deres trivsel og velvære (se Anbefaling 2.1 om medisinsk nødvendighet i kapitlet Universell anvendbarhet). Dette kapitlet argumenterer for at alle følger disse retningslinjene i den grad det er mulig. Det kan være situasjoner eller steder der ikke alle de anbefalte ressursene er tilgjengelige. Team av helsepersonell som mangler ressurser bør jobbe mot å kunne følge disse retningslinjene. Likevel, hvis uunngåelige begrensninger utelukker komponenter ved disse anbefalingene, bør ikke det hindre at de best mulige tilgjengelige tjenestene tilbys. Der noen, men ikke alle, tilbudene finnes, risikeres det å gjøre skade mot et barn hvis man velger å ikke tilby potensielt fordelaktige tjenester (Murchison et al., 2016; Telfer et al., 2018; Riggs et al., 2020). Generelt er det imperativt å



prioritere barnets beste.

En omfattende empirisk psykologisk litteratur indikerer at tidlige erfaringer fra barndommen ofte fører til livslange risiko- og/eller resiliensmønstre, og bidrar til utvikling som mer eller mindre muliggjør trivsel og positiv livskvalitet (Anda et al., 2010; Masten & Cicchetti, 2010; Shonkoff & Garner, 2012). Den tilgjengelige forskningen indikerer generelt at det er større risiko for at kjønnsnormbrytende ungdommer opplever vanskeligheter med sin psykiske helse (Ristori & Steensma, 2016) enn jevngamle cispersoner, som konsekvens av destruktive opplevelser, inkludert traumer og dårlig behandling. Det gjelder avvisning på grunn av kjønnsnormbrudd, og andre tøffe, ikke-aksepterende interaksjoner (Barrow & Apostle, 2018; Giovanardi et al., 2018; Gower, Rider, Brown et al., 2018; Grossman & D'Augelli, 2006; Hendricks & Testa, 2012; Reisner, Greytak et al., 2015; Roberts et al., 2014; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018). Videre indikerer litteraturen at barn som er akseptert på en god måte i sine kjønnsnormbrytende identiteter generelt er veltilpassede (Malpas et al., 2018; Olson et al., 2016). Vurdering og behandling av barn legger typisk vekt på en økologisk tilnærming, som anerkjenner barns behov for å være trygge og ivaretatt i enhver setting de jevnlig befinner seg (Belsky, 1993; Bronfenbrenner, 1979; Kaufman & Tishelman, 2018; Lynch & Cicchetti, 1998; Tishelman et al., 2010; Zielinski & Bradshaw, 2006). Derfor er perspektivet som informerer dette kapittelet basert i grunnleggende psykologisk litteratur og kunnskap om de unike risikoene kjønnsnormbrytende barn er utsatt for, og legger vekt på integrering av en økologisk tilnærming til å forstå deres behov, og tilrettelegge for god mental helse gjennom alle måtene man ivaretar kjønnsrelaterte behov. Dette perspektivet prioriterer å tilrettelegge for trivsel, velvære og livskvalitet for et barn gjennom

hele dets utviklingsløp. I tillegg innebærer kapittelet også det synspunktet, understøttet av en betydelig mengde psykologisk forskning sitert ovenfor, at psykososial, kjønnsbekreftende ivaretagelse (Hidalgo et al., 2013) av prepubertale barn muliggjør utvikling preget av trivsel og velvære, som vil vedvare over tid og i overgang til ungdomsårene. Denne tilnærmingen kan potensielt dempe noen av de vanlige risikofaktorene for psykisk uhelse som TKN-ungdommer er utsatt for, slik det ofte beskrives i litteraturen (Chen et al., 2021; Edwards-Leeper et al., 2017; Haas et al., 2011; Leibowitz & de Vries, 2016; Reisner, Bradford et al., 2015; Reisner, Greytak et al., 2015).

Utviklingsforskning har fokusert på å forstå aspekter ved kjønnsutvikling i tidlige barneår basert på den generelle populasjonen av prepubertale barn. Den forskningen har generelt antatt at deltagere i forskningen er cispersoner (Olezeski et al., 2020) og har rapportert at kjønnsidentitet stabiliseres i førskoleårene; de fleste av disse er trolig ikke kjønnsnormbrytende (Kohlberg, 1966; Steensma, Kreukels et al., 2013). I det siste har utviklingsforskning demonstrert at kjønnsnormbrudd kan observeres og identifiseres i unge, prepubertale barn (Fast & Olson, 2018; Olson & Gülgöz, 2018; Robles et al., 2016). Like fullt er empirisk forskning på dette området begrenset, og per idag finnes det ingen psykometrisk stødige mål en kan anvende til vurdering, som på en pålitelig eller fullstendig måte er i stand til å fastslå et prepubertalt barn sin selvforståelse av eget kjønn, og/eller kjønnsrelaterte behov og preferanser (Bloom et al., 2021). Derfor legger dette kapittelet vekt på viktigheten av en nyansert og individualisert klinisk tilnærming til vurdering av kjønn, som samsvarer med anbefalingene fra diverse retningslinjer og litteratur (Berg & Edwards-Leeper, 2018; de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; Ehrensaft, 2018; Steensma & Wensing-Kruger, 2019). Forskning, og klinisk erfaring, har indikert at kjønnsnormbrudd hos prepubertale barn kan, hos noen, være i flyt; det er ingen pålitelige måter å forutse et individuelt barns

kjønnsreise (Edwards-Leeper et al., 2016; Ehrensaft, 2018; Steensma, Kreukels et al., 2013), og de kjønnsrelaterte behovene for et spesifikt barn kan endre seg i løpet av barndommen.

Det er viktig å forstå betydningen av ordet vurdering (noen ganger brukt synonymt med ordet evaluering). Vurdering gjøres i mange kontekster (Krishnamurthy et al., 2004), inkludert hurtige vurderinger man må gjøre i en umiddelbar krise (f.eks. sikkerhetsvurdering når et barn kan være suicidalt), og fokuserte vurderinger når en familie kanskje har et klart avgrenset spørsmål, ofte i sammenheng med en relativt kort konsultasjon (Berg & Edwards-Leeper, 2018). Begrepet vurdering brukes også ofte i betydningen diagnostisk vurdering, som også kan kalles en inntakssamtale, og er ment å kunne avgjøre om det presenteres en situasjon eller

tilstand som kan diagnostiseres og/eller kan ha nytte av en terapeutisk prosess. Dette kapitlet fokuserer på helhetlige vurderinger, som er nyttige for å forstå et barn og en families behov og mål (APA, 2015; de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; Srinath et al., 2019; Steensma & Wensing-Kruger, 2019). Denne typen psykososial vurdering er ikke nødvendig for alle kjønnsnormbrytende barn, men kan bli bedt om av forskjellige grunner. Den kan være en nyttig åpning for å begynne å gi støtte til et kjønnsnormbrytende barn og barnets familie, med tanke på at barn har nytte av at familiedynamikken inkluderer aksept for kjønnsnormbrudd, og at foreldre kan gi råd når de blir spurt. Helhetlige vurderinger er hensiktsmessige når de blir etterspurt av en familie som er ute etter full forståelse av barnets kjønn og behov vedrørende psykisk helse, og i kontekst av en forståelse av at det finnes et generelt kjønns mangfold.

### **Anbefalinger**

- 7.1- Vi anbefaler at helsepersonell som jobber med kjønnsnormbrytende barn gjennomgår opplæring og har ekspertise innen kjønnsutvikling og kjønnsnormbrudd hos barn, og innehar generell kunnskap om kjønnsnormbrudd i et livsløpsperspektiv.
- 7.2- Vi anbefaler at helsepersonell som jobber med kjønnsnormbrytende barn får teoretisk og evidensbasert opplæring og utvikler ekspertise innen generell psykisk helse hos barn, ungdommer og familier, på tvers av hele det utviklingsmessige spektrum.
- 7.3- Vi anbefaler at helsepersonell som jobber med kjønnsnormbrytende barn får opplæring og utvikler ekspertise innen autismspektertilstander og annet nevromangfold, eller samarbeider med en ekspert som har relevant ekspertise, når de jobber med barn som både er autistiske/nevromangfoldige og kjønnsnormbrytende.
- 7.4- Vi anbefaler at helsepersonell som jobber med kjønnsnormbrytende barn jevnlig videreutdanner seg på områder som er relevante for kjønnsnormbrytende barn og familier.
- 7.5- Vi anbefaler at helsepersonell som vurderer kjønnsnormbrytende barn skaffer tilgang til og integrerer informasjon fra flere kilder som del av sin vurdering.
- 7.6- Vi anbefaler at helsepersonell som vurderer kjønnsnormbrytende barn tar relevante utviklingsmessige faktorer, nevrokognitiv funksjon, og språklige evner med i betraktningen.
- 7.7- Vi anbefaler at helsepersonell som vurderer kjønnsnormbrytende barn tar med i betraktning faktorer som kan stå i veien for riktig rapportering av kjønnsidentitet/kjønnsuttrykk fra barnet og/eller familie/omsorgspersoner.
- 7.8- Vi anbefaler at helsepersonell vurderer konsultasjoner, psykoterapi, eller begge deler for et kjønnsnormbrytende barn og familie/omsorgspersoner, når familien og helsepersonell mener dette kan være til fordel for trivsel, velvære og utvikling for barnet og familien.
- 7.9- Vi anbefaler at helsepersonell som tilbyr konsultasjoner, psykoterapi, eller begge til kjønnsnormbrytende barn og familie/omsorgspersoner, samarbeider inn i andre settinger og med individer som er viktige for barnet, for å bygge opp under barnets mostandsevne, følelsesmessige trivsel og velvære.
- 7.10- Vi anbefaler at helsepersonell som tilbyr konsultering, psykoterapi, eller begge deler til kjønnsnormbrytende barn og familier/omsorgspersoner, tilbyr alle parter alderstilpasset psykoedukasjon om kjønnsutvikling.
- 7.11- Vi anbefaler når barnet nærmer seg puberteten at helsepersonell gir informasjon om effekten av potensielle kjønnsbekreftende medisinske intervensjoner på framtidig fruktbarhet, og beskriver alternativer for bevaring av fruktbarhet, til kjønnsnormbrytende barn og deres familie/omsorgspersoner.
- 7.12- Vi anbefaler at foreldre/omsorgspersoner og helsepersonell responderer støttende på at et barn ønsker å bli sett og anerkjent på en måte som samsvarer med en indre opplevelse av kjønnsidentitet.
- 7.13- Vi anbefaler at helsepersonell og foreldre/omsorgspersoner støtter deres prepubertale barn med fortsatt utforskning av kjønn, uavhengig av eventuell sosial transisjon.
- 7.14- Vi anbefaler at helsepersonell diskuterer de potensielle fordelene og risikoene ved en sosial transisjon med familier som vurderer dette.
- 7.15- Vi foreslår at helsepersonell vurderer å samarbeide med andre profesjonelle og organisasjoner for å fremme trivsel og velvære for kjønnsnormbrytende barn, og minimere motgang de kan møte på.

Under slike omstendigheter bør familiemedlemmers psykiske helse, familiedynamikk, og sosial og kulturell kontekst tas med i vurderingen, siden alle disse har innvirkning på et kjønnsnormbrytende barn (Barrow & Apostle, 2018; Brown & Mar, 2018; Cohen-Kettenis et al., 2003; Hendricks & Testa, 2012; Kaufman & Tishelman, 2018; Ristori & Steensma, 2016; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018). I teksten nedenfor utdypes dette nærmere.

Det er viktig at helsepersonell som jobber med kjønnsnormbrytende barn etterstreber å forstå barnet og familiens forskjellige identitetsaspekter og erfaringer, for eksempel med hensyn til rase, etnisitet, innvandrer-/flyktningsstatus, religion, geografi, og sosioøkonomisk situasjon, og vise respekt for og sensitivitet til kulturell kontekst i kliniske møter (Telfer et al., 2018). Mange faktorer kan være relevante for kultur og kjønn, inkludert religiøse overbevisninger, kjønnsrelaterte forventninger, og i hvilken grad kjønnsnormbrudd er akseptert (Oliphant et al., 2018). Krysningpunkter mellom kjønnsnormbrudd, sosiokulturelt mangfold og minoritetsstatus kan være en kilde til styrke, sosialt stress, eller begge deler (Brown & Mar, 2018; Oliphant et al., 2018; Riggs & Treharne, 2016). Hvert barn, hvert familiemedlem, og hver familiedynamikk er unik, og innebærer potensielt sett flere kulturer og måter å tro. Derfor bør helsepersonell i alle disipliner unngå å tenke stereotypisk basert på forutinntatte ideer som kan være feil eller fordomsfulle (som at en familie som tilhører en religiøs organisasjon som er kritisk til kjønnsnormbrudd, nødvendigvis ikke vil være støttende rundt sitt eget barn med hensyn til dette (Brown & Mar, 2018)). Det er derimot viktig å nærme seg hver familie med åpenhet som utgangspunkt, og forstå hvert familiemedlem og hver familie som distinkt.

Alle anbefalingene i dette kapittelet er

basert på en grundig gjennomgang av evidens, vurdering av fordeler og skadevirkninger, verdier og preferanser blant helsepersonell og pasienter, og ressursbruk og gjennomførbarhet. I noen tilfeller anerkjenner vi at evidens er begrenset og/eller at tjenester eventuelt ikke er tilgjengelige eller ønskelige.

#### Anbefaling 7.1

**Vi anbefaler at helsepersonell som jobber med kjønnsnormbrytende barn gjennomgår opplæring og har ekspertise innen kjønnsutvikling og kjønnsnormbrudd hos barn, og innehar generell kunnskap om kjønnsnormbrudd i et livsløpsperspektiv.**

Helsepersonell som jobber med kjønnsnormbrytende barn bør gjennomføre og opprettholde den nødvendige opplæringen og godkjenningen som anses som relevant for hva deres profesjonelle rolle skal innebære. Dette inkluderer lisens, sertifisering eller begge, tildelt av de korrekte nasjonale og/eller regionale akkrediterende organene. Vi anerkjenner at globalt sett fungerer akkreditering og regulering på forskjellige måter. Det er viktig at grunnleggende lisens, sertifisering eller begge deler, i seg selv kan være utilstrekkelig for å garantere kompetanse i arbeid med kjønnsnormbrytende barn, ettersom helsepersonell spesifikt trenger avansert opplæring og veiledet erfaring med barns kjønnsutvikling og kjønnsnormbrudd for å tilby hensiktsmessig ivaretagelse.

#### Anbefaling 7.2

**Vi anbefaler at helsepersonell som jobber med kjønnsnormbrytende barn får teoretisk og evidensbasert opplæring og utvikler ekspertise innen generell psykisk helse hos barn, ungdommer og familier, på tvers av hele det utviklingsmessige spektrum.**

Helsepersonell bør gjennomgå opplæring

med veiledet ekspertise innen psykisk helse blant barn og familier, på tvers av hele det utviklingsmessige spektrum fra småbarnsårene og opp gjennom ungdomsårene, inkludert evidensbaserte tilnærminger til vurdering og intervensjoner. Kjønnsnormbrudd er ikke en psykisk lidelse, men som referert ovenfor vet vi at den psykiske helsen til kjønnsnormbrytende barn kan bære negative konsekvenser (f.eks. gjennom minoritetsstress) (Hendricks & Testa, 2012) som med fordel kan møtes gjennom utforskning og støtte. Derfor er det klart anbefalt med ekspertise innen psykisk helse. Arbeid med barn er en kompleks oppgave, som involverer forståelse for et barns utviklingsmessige behov i forskjellige aldre, evne til å forstå de ulike kreftene som har innvirkning på barnets trivsel og velvære i og utenfor familien (Kaufman & Tishelman, 2018), og god evne til å oppfatte når et barn er ulykkelig eller opplever signifikante problemer med sin psykiske helse, enten relatert til kjønn eller ikke. Forskning har indikert høy grad av negative erfaringer og traumer hos kjønnsnormbrytende barn, inkludert at de er utsatt for avvising, eller til og med mishandling (APA, 2015; Barrow & Apostle, 2018; Giovanardi et al., 2018; Reisner, Greytak et al., 2015; Roberts et al., 2012; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018). Helsepersonell må være oppmerksomme på de potensielt negative opplevelsene, og være i stand til å iverksette effektive intervensjoner for å forebygge skade og fremme positiv trivsel og velvære.

### Anbefaling 7.3

**Vi anbefaler at helsepersonell som jobber med kjønnsnormbrytende barn får opplæring og utvikler ekspertise innen autismspektertilstander og annet nevromangfold, eller samarbeider med en ekspert som har relevant ekspertise, når de jobber med barn som både er**

**autistiske/nevromangfoldige kjønnsnormbrytende.**

Blant autistiske barn og barn med andre former for nevromangfold kan brudd med kjønnsnormer innebære ytterligere kliniske situasjoner (de Vries et al., 2010; Strang, Meagher et al., 2018). For eksempel kan autistiske barn synes at det er vanskelig å forsvare og be om hjelp til sine kjønnsrelatert behov, og det kan være de kommuniserer på veldig individualistiske måter (Kivalanka et al., 2018; Strang, Powers et al., 2018). De kan ha varierte tolkninger av kjønnsrelaterte opplevelser, gitt forskjeller i kommunikasjon og måter å tenke på. På grunn av de unike behovene til kjønnsnormbrytende barn som også er nevromangfoldige, kan det være stor sjanse for at de blir misforstått (som i at deres form for kommunikasjon blir feiltolket). Profesjonelle som skal støtte disse barna kan derfor best gjøre det ved å gjennomgå opplæring og utvikle ekspertise innen autismspekter- og relaterte nevromangfoldstilstander, og/eller samarbeide med spesialister på autismspektertilstander (Strang, Meagher et al., 2018). Slik opplæring er spesielt relevant fordi forskning viser til høyere forekomst av autismspektertilstander blant kjønnsnormbrytende ungdommer enn i den generelle befolkningen (de Vries et al., 2010; Hisle-Gorman et al., 2019; Shumer et al., 2015).

### Anbefaling 7.4

**Vi anbefaler at helsepersonell som jobber med kjønnsnormbrytende barn jevnlig videreutdanner seg på områder som er relevante for kjønnsnormbrytende barn og familier.**

Man kan, på diverse måter, stadig videreutvikle seg som profesjonsutøver med kompetanse på området kjønnsnormbrytende barn og deres familier. Dette inkluderer å lese seg opp (tidsskriftartikler, bøker, nettsider for organisasjoner som er kunnskapsrike med hensyn til kjønn), deltagelse på både nettbaserte og andre kurs, og deltagelse i



kollegaveiledningsgrupper og konsultasjonsgrupper (Bartholomaeus et al., 2021).

Videreutdanning inkluderer at man 1) oppdaterer sin kunnskap om tilgjengelig og relevant forskning på kjønnsutvikling og kjønnsnormbrudd på tvers av livsløpet, 2) oppdaterer sin kunnskap når det gjelder best mulig praksis for vurdering, støtte og behandlingstilnæringer med kjønnsnormbrytende barn og deres familier. Dette er et relativt nytt praksisfelt, og helsepersonell må tilpasse seg etterhvert som ny kunnskap oppstår – både forskningsbasert og via andre måter informasjon samles (Bartholomaeus et al., 2021).

#### Anbefaling 7.5

**Vi anbefaler at helsepersonell som vurderer kjønnsnormbrytende barn skaffer tilgang til og integrerer informasjon fra flere kilder som del av sin vurdering.**

En helhetlig vurdering, når dette bes om av en familie eller av en helsepersonell, kan være nyttig for å utvikle anbefalinger om intervensjoner, etter behov, som kan øke trivsel og velvære for barnet og for andre familiemedlemmer. Slik vurdering kan være fordelaktig i mange forskjellige situasjoner der barnet og/eller deres familie/omsorgspersoner, i samarbeid med de som tilbyr helsetjenester, føler at noen form for intervensjoner ville være til hjelp. Ingen vurdering eller intervensjoner burde noen gang brukes for å enten manipulativt, eller direkte, motarbeide et barns kjønnsnormbrytende uttrykk eller identitet. I stedet kan tilstrekkelig opplærte mennesker som tilbyr helsetjenester bruke en slik vurdering som en effektiv måte å bedre forstå hvordan støtte et barn og barnets familie uten å oppfordre noe mer til én type uttrykk eller identitet enn andre. En slik vurdering kan være spesielt viktig for noen barn og deres familier, fordi den vil medvirke til å fremme

barnets helse, trivsel og velvære, og selvrealisering

En helhetlig vurdering kan bidra til at det skapes en individualisert plan for å hjelpe et kjønnsnormbrytende barn og barnets familiemedlemmer (de Vries & Cohen-Kettenis, 2012; Malpas et al., 2018; Steensma & Wensing-Kruger, 2019; Telfer et al., 2018; Tishelman & Kaufman, 2018). I en slik vurdering er det viktig å inkorporere informasjon fra flere kilder for å 1) kunne best mulig forstå barnets behov og komme med anbefalinger, og 2) identifisere styrkeområder og støtte med hensyn til kjønnsstatus og utvikling spesifikt hos dette barnet, hos familie/ omsorgspersoner, og i nærmiljøet, i tillegg til spesifikk risiko og bekymring for dette barnet, familie/omsorgspersoner og omgivelsene. For både vurdering, støtte og planlegging av intervensjoner, kan informanter her inkludere barnet, foreldre/omsorgspersoner, utvidet familie, søsken, skoleansatte, helsepersonell, nærmiljøet, og en utvidet juridisk og kulturell kontekst og andre kilder der dette er indikert (Berg & Edwards-Leeper, 2018; Srinath, 2019).

Helsepersonell som gjør en vurdering av kjønnsnormbrytende barn må utforske kjønnsrelatert tematikk, men må også innta et bredt perspektiv på barnet og dets omgivelser, i tråd med den økologiske modellen beskrevet ovenfor (Bronfenbrenner, 1979), for å fullt ut forstå faktorene som har innvirkning på barnets trivsel og velvære og hvilke områder som finnes av støtte, og risiko, med hensyn til kjønn (Berg & Edwards-Leeper, 2018; Hendricks & Testa, 2012; Kaufman & Tishelman, 2018; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018). Dette inkluderer forståelse for styrker og utfordringer som barnet/familien opplever, og de som er tilstede i deres omgivelser. Vi anbefaler at helsepersonell som gjør vurderinger av



kjønnsnormbrytende barn vurderer å inkorporere flere domener, avhengig av barnets og familiens behov og omstendigheter. Selv om noen av de sistnevnte domenene listet under ikke direkte handler om barnets kjønn (se punkt 7-12) må de avklares i vurderingsprosessen dersom klinisk skjønn tilsier dette, i samsvar med det som anses som beste praksis (APA, 2015; Berg & Edwards-Leeper, 2018; Malpas et al., 2018). Da kan man forstå, på en integrert måte, kompleksiteten av faktorer som kan virke inn på barnets velvære, inkludert kjønns-helse, og utvikle en helhetlig plan for intervensjoner når dette er nødvendig.

Som oppsummering av relevant forskning og klinisk ekspertise kan vi si at vurderingsdomener ofte inkluderer 1) barnets erklærte kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk, nå og i oppveksten; 2) evidens for kjønnsdysfori, kjønnsinkongruens eller begge deler; 3) styrker og utfordringer forbundet med barnet, familien, jevnaldrende og andres forståelser og holdninger rundt kjønnsnormbrudd, aksept og støtte til barnet; 4) barnets og familiens erfaring med kjønnsbasert minoritetsstress og avvising, fiendtlighet eller begge, på grunn av barnets kjønnsnormbrudd; 5) støtte som finnes, relatert til pågående brudd på kjønnsnormer, i sosiale kontekster (f.eks. skolen, religiøst miljø, utvidet familie); 6) evaluering av konflikt i forbindelse med barnets kjønn og/eller bekymringsverdig oppførsel hos foreldre/omsorgspersoner/søsken som handler om barnets kjønnsnormbrudd; 7) barnets psykiske helse, styrker og utfordringer med hensyn til kommunikasjon og/eller kognitive evner, nevromangfold, og/eller adferdsmessige utfordringer, som forårsaker vesentlige funksjonsvansker; 8) relevant medisinsk og utviklingsmessig historie; 9) andre områder som kan utgjøre risiko (f.eks. eksponering

til vold i hjemmet eller nærmiljøet, enhver form for barnemishandling; traumehistorie; sikkerhet eller overgrep med jevnaldrende eller i noen annen setting; suicidalitet); 10) samtidige stressmomenter i familien, slik som kronisk eller dødelig sykdom, hjemløshet eller fattigdom; 11) utfordringer med psykisk uhelse eller adferdsproblemer hos foreldre/omsorgspersoner og/eller søsken, som forårsaker betydelige funksjonsvanskeligheter; 12) barnets og familiens styrker og utfordringer.

En grundig gjennomgang som inkluderer mange former for informasjon bidrar til å forstå behovene, styrkene, beskyttelsesfaktorene, og risikoelementer ved et spesifikt barn og familien, på tvers av miljøer (f.eks. hjemmet/ skolen). Metoder for å samle informasjon inkluderer ofte 1) både strukturerte og ustrukturerte intervjuer med barn, familiemedlemmer og andre (f.eks. lærere); 2) ansvarsperson og barn fyller ut skjemaer som handler om kjønn; barnets generelle trivsel og velvære; barnets kognitive evner, kommunikasjonsevner og utviklingsforstyrrelse; støtte og aksept hos foreldre/ omsorgspersoner, søsken, utvidet familie og jevnaldrende; foreldres stressnivå, eventuell motgang i barndommen; og/eller annen tematikk hvis hensiktsmessig (APA, 2020; Berg & Edwards-Leeper, 2018; Kaufman & Tishelman, 2018; Srinath, 2019).

Avhengig av familiekarakteristikk, barnets utviklingsprofil eller begge deler, kan også informasjonsinnsamlingen med fordel inkludere det følgende: 1) observasjon av barn og/eller familie, strukturert og ustrukturert; og 2) strukturerte og visuelt støttede vurderingsteknikker (oppgaveark, selvportretter, familietegninger, osv.) (Berg & Edwards-Leeper, 2018).

### Anbefaling 7.6

**Vi anbefaler at helsepersonell som vurderer kjønnsnormbrytende barn tar relevante**

utviklingsmessige faktorer, nevrokognitive funksjon, og språklige evner med i betraktningen.

Gitt hvor komplekst det er å vurdere barn som, i motsetning til voksne, er i en utviklingsprosess på flere områder (kognitivt, sosialt, følelsesmessig, fysisk), er det viktig å tenke på hvor barnet er i denne utviklingen og tilpasse vurderingsmodaliteter og samhandling til de individuelle ferdighetene til barnet. Dette inkluderer å skreddersy vurderingen til et barns utviklingsstadium og ferdigheter (førskolebarn, skolebarn, tidlig pubertet før ungdomstid starter), inkludert det å bruke inkluderende språk og vurderingsteknikker som prioriterer barnets trygghet, språklige evner, og måter å uttrykke seg på (Berg & Edwards-Leeper, 2018; Srinath, 2019). For eksempel bør relevante faktorer som nevrokognitive tilstander (som autismespektertilstander) og evne både til å forstå og uttrykke seg språklig, tas med i prosessen når man skal gjennomføre vurderingen. Helsepersonell kan trenge å konsultere spesialister i tilfeller hvor de selv ikke innehar den spesialiserte kompetansen (Strang et al., 2021).

#### Anbefaling 7.7

**Vi anbefaler at helsepersonell som vurderer kjønnsnormbrytende barn tar med i betraktning faktorer som kan stå i veien for riktig rapportering av kjønnsidentitet/kjønnsuttrykk fra barnet og/eller familie/omsorgspersoner.**

Helsepersonell som gjennomfører en vurdering med kjønnsnormbrytende barn og familiene deres, må gjøre rede for utviklingsmessige, følelsesmessige og miljømessige faktorer som kan hindre barnets, omsorgspersoners, søskens eller andres rapportering, eller ha innvirkning på deres forståelse når det gjelder kjønn (Riggs & Bartholomaeus, 2018).

Som med alle psykologiske vurderinger,

kan miljømessige og familie/omsorgspersoners reaksjoner (f.eks. straff), og/eller kognitive og sosiale faktorer, ha innvirkning på et barns trygghet og/eller evne til å direkte diskutere enkelte faktorer, inkludert kjønnsidentitet og relaterte temaer (Srinath, 2019). På lignende vis kan familiemedlemmer føle at det er vanskelig å fritt uttrykke sine bekymringer og ideer, avhengig av konflikter eller annen dynamikk i familien, og/eller andre innflytelsesfaktorer (f.eks. kulturelt/religiøst; press fra utvidet familie) (Riggs & Bartholomaeus, 2018).

#### Anbefaling 7.8

**Vi anbefaler at helsepersonell vurderer konsultasjoner, psykoterapi, eller begge deler for et kjønnsnormbrytende barn og familie/omsorgspersoner, når familien og helsepersonell mener dette kan være til fordel for trivsel, velvære og utvikling for barnet og familien.**

Terapimålet bør aldri, verken direkte eller på manipulerende vis, være å modifisere et barns kjønnsidentitet (APA, 2021; Ashley, 2019b; Paré, 2020; SAMHSA, 2015; UN Human Rights Council, 2020). Ikke alle kjønnsnormbrytende barn eller deres familier trenger hjelp fra helsepersonell som jobber med psykisk helse, ettersom kjønnsnormbrudd ikke er en psykisk lidelse (Pediatric Endocrine Society, 2020; Telfer et al., 2018). Likevel er det ofte hensiktsmessig og nyttig å oppsøke psykoterapi når foreldrene uttrykker ubehag eller bekymringer, for å forbedre den psykososiale helsen og hindre videre ubehag (APA, 2015). Noen av de vanlige grunnene til å vurdere psykoterapi for kjønnsnormbrytende barn og deres familier er at 1) et barn demonstrerer vesentlige konflikter, forvirring, stress eller ubehag rundt kjønnsidentitet, eller trenger et trygt sted for å utforske sitt forhold til kjønn (Ehrensaft, 2018; Spivey and Edwards-Leeper, 2019); 2) et barn opplever ytre press i retning av å uttrykke kjønn på

en måte som ikke samsvarer med selvforståelse, ønsker og overbevisninger (APA, 2015); 3) et barn strever med sin psykiske helse, enten relatert til kjønn eller ikke (Barrow & Apostle, 2018); 4) et barn ville ha nytte av å bygge opp sin motstandskraft i møte med omgivelsenes negative respons til deres kjønnsidentitet eller uttrykk (Craig & Auston, 2018; Malpas et al., 2018); 5) et barn kan slite med sin psykiske helse og/eller ha utfordringer i sine omgivelser, inkludert familieproblemer, som kan feiltolkes som kjønnskongruens eller -inkongruens (Berg & Edwards-Leeper, 2018); og 6) et barn uttrykker ønske om å møte med helsepersonell som jobber med psykisk helse for å få kjønnsrelatert støtte. I slike situasjoner fokuserer psykoterapien på å støtte barnet, med forståelsen av at barnets foreldre/omsorgspersoner og potensielt andre familiemedlemmer kommer til å inkluderes ved behov (APA, 2015; Ehrensaft, 2018; McLaughlin & Sharp, 2018). Med mindre det foreligger kontraindikasjoner er det ekstremt mye hjelp i at foreldre/omsorgspersoner deltar, i noen kapasitet, i en psykoterapeutisk prosess med prepubertale barn, ettersom faktorer ved familielivet ofte er sentrale for et barns trivsel og velvære. Selv om det er relativt lite utforsket med hensyn til kjønnsnormbrytende barn, kan det være viktig å også ta for seg relasjonen mellom søsken og barnet (Pariseau et al., 2019; Parker & Davis-McCabe, 2021).

Helsepersonell bør sette i verk intervensjoner som er skreddersydd til de individuelle behovene til barnet og som er designet til å 1) bygge opp beskyttende sosiale og emosjonelle taklingsmønstre for å styrke resiliensen i møte med potensielle negative reaksjoner på barnets kjønnsidentitet, -uttrykk, eller begge deler (Craig & Austin, 2016; Malpas et al., 2018; Spencer, Berg et al., 2021); 2) sammen takle problemer rundt sosiale utfordringer med et mål om å redusere minoritetsstress basert på kjønn (Barrow & Apostle, 2018;

Tishelman & Neumann-Mascis, 2018); 3) styrke støtteapparatet i nærmiljøet til barnet og/eller for familie og utvidet familie (Kaufman & Tishelman, 2018); og 4) tilby barnet muligheter for å bedre forstå sine indre opplevelser av kjønn (APA, 2015; Barrow & Apostle, 2018; Ehrensaft, 2018; Malpas et al., 2018; McLaughlin & Sharp, 2018). Det er nyttig for helsepersonell å utvikle et forhold til et kjønnsnormbrytende barn og dets familie som kan vare over tid, når det er behov for det. Dette gjør barnet og familien i stand til å etablere et langsiktig, tillitsbasert forhold gjennom barndommen, der helsepersonell kan tilby støtte og veiledning ettersom barnet blir mer modent og potensielt utvikler forskjellige utfordringer og behov, eller familien får nye utfordringer eller behov (Spencer, Berg et al., 2021; Murchison et al., 2016). I tillegg til det som er nevnt, og innenfor grensene for tilgjengelige ressurser, er det mest hensiktsmessig med helsepersonell som har kompetanse til å takle både kjønn og nevromangfold når barnet har en nevromangfoldstilstand (Strang et al., 2021).

Som forskningen peker på, er det mange grunner til at et barns foreldre/omsorgspersoner, søsken, og utvidet familie kan dra nytte av å selv oppsøke psykoterapi (Ehrensaft, 2018; Malpas et al., 2018; McLaughlin & Sharp, 2018). Som oppsummert under, er noen av de vanlige utløsende faktorene for å oppsøke slik behandling at et eller flere *familiemedlemmer* 1) ønsker å forstå mer om kjønn og utvikling (Spivey & Edwards-Leeper, 2019); 2) opplever betydelig stress eller forvirring rundt barnets kjønnsidentitet, -uttrykk, eller begge deler (Ashley, 2019c; Ehrensaft, 2018); 3) trenger veiledning for sine bekymringer rundt følelser og adferd hos det kjønnsnormbrytende barnet (Barrow & Apostle, 2018); 4) trenger hjelp til å bygge opp et støttende nærmiljø utenfor hjemmet (f.eks. skolen, idrett, leirsituasjoner) (Kaufman & Tishelman, 2018); 5) søker

hjelp til å gjennomføre et informert samtykke til sosial transisjonering, inkludert hvordan dette kan gjøres på den mest optimale måten for barnets kjønnsrelaterte utvikling og helse (Lev & Wolf-Gould, 2018); 6) søker veiledning for å hankses med fordømmelse hos andre, inkludert politiske instanser og tilhørende lovverk, med hensyn til støtte til deres kjønnsnormbrytende barn (negative reaksjoner rettet mot foreldre/omsorgspersoner kan inkludere avvisning og/eller trakassering/ mishandling fra deres sosiale omgivelser på grunn av deres avgjørelser om å bekrefte barnets kjønn) (Hidalgo & Chen, 2019); 7) ønsker å bearbeide sine egne følelsesmessige reaksjoner og behov rundt barnets kjønnsidentitet, inkludert sorg rundt barnets kjønnsnormbrudd og/eller potensiell frykt og engstelse for barnets nåværende og framtidige trivsel og velvære (Pullen Sansfaçon et al., 2019); og 8) er følelsesmessig opprørt og/eller i konflikt med andre familiemedlemmer om barnets kjønnsnormbrudd (ved behov kan helsepersonell tilby separate samtaler med foreldre/omsorgspersoner, søsken, og utvidet familie, for støtte, veiledning og/eller psykoedukasjon) (McLaughlin & Sharp, 2018; Pullen Sansfaçon et al., 2019; Spivey & Edwards-Leeper, 2019).

#### Anbefaling 7.9

**Vi anbefaler at helsepersonell som tilbyr konsultasjoner, psykoterapi, eller begge til kjønnsnormbrytende barn og familie/omsorgspersoner, samarbeider inn i andre settinger og med individer som er viktige for barnet, for å bygge opp under barnets mostandsevne, følelsesmessige trivsel og velvære.**

I samsvar med den økologiske modellen beskrevet over, og, der det er hensiktsmessig, basert på individuelle/familiære omstendigheter, kan det være ekstremt nyttig for helsepersonell å prioritere samordning med andre viktige personer (f.eks. lærere,

trenerne, religiøse ledere) i et barns liv, for å legge til rette for følelsesmessig og fysisk trygghet på tvers av flere settinger (f.eks. skolesituasjoner, idrett og andre fritidsaktiviteter, deltagelse i arrangementer med trossamfunn) (Kaufman & Tishelman, 2018). Terapeutiske- og/eller støttegrupper er ofte anbefalt som verdifulle ressurser for familie/omsorgspersoner og/eller for kjønnsnormbrytende barn selv (Coolhart, 2018; Horton et al., 2021; Malpas et al., 2018; Murchison et al., 2016).

#### Anbefaling 7.10

**Vi anbefaler at helsepersonell som tilbyr konsultering, psykoterapi, eller begge deler til kjønnsnormbrytende barn og familier/omsorgspersoner, tilbyr alle parter alderstilpasset psykoedukasjon om kjønnsutvikling.**

Foreldre/omsorgspersoner og deres kjønnsnormbrytende barn bør få muligheter til å utvikle kunnskap om måter familie/omsorgspersoner kan best mulig støtte sitt kjønnsnormbrytende barn, for å maksimere resiliens, selvvinnsikt og funksjonsnivå (APA, 2015; Ehrensaft, 2018; Malpas, 2018; Spivey & Edwards-Leeper, 2019). Det er verken mulig for, eller rollen til, helsepersonell å forutsi med sikkerhet barnets endelige kjønnsidentitet. I stedet er det helsepersonell sin oppgave å tilby et trygt rom for barnets identitet å utvikle og utfolde seg over tid, uten at det gjøres forsøk på å prioritere noen spesiell retning når det gjelder kjønn (APA, 2015; Spivey & Edwards-Leeper, 2019). Kjønnsnormbrytende barn, og de yngste ungdommene, har andre behov og erfaringer enn de eldre ungdommene, sosialt og fysisk sett, og disse forskjellene bør reflekteres i den individuelle tilnærmingen helsepersonell tilbyr hvert barn og barnets familie (Keo-Meir & Ehrensaft, 2018; Spencer, Berg et al., 2021).

Foreldre/omsorgspersoner og deres barn bør også få muligheten til å tilegne seg kunnskap om utvikling av kjønn, og



grunnleggende kompetanse om kjønnsrelaterte begrep og normer, gjennom alderstilpasset psykoedukasjon (Berg & Edwards-Leeper, 2018; Rider, Vencill et al., 2019; Spencer, Berg et al., 2021). Kompetansen handler om å forstå forskjellene mellom kroppslig kjønnskategori som ble tillagt ved fødsel, kjønnsidentitet, og kjønnsuttrykk, inkludert forståelse for hvordan disse tre faktorene kommer sammen på unike måter for et enkelt barn (Berg & Edwards-Leeper, 2018; Rider, Vencill et al., 2019; Spencer, Berg et al., 2021). Etterhvert som barn utvikler sin begrepsforståelse begynner de å forstå at deres kroppdeler ikke nødvendigvis definerer deres kjønnsidentitet og/eller deres kjønnsuttrykk (Berg & Edwards-Leeper, 2018; Rider, Vencill et al., 2019; Spencer, Berg et al., 2021). Kompetansen betyr i denne sammenhengen også å lære å identifisere signaler og opplevelser som har med kjønn å gjøre i samfunnet. Ettersom et barn utvikler slik kompetanse kan det være det opplever sin utvikling av kjønnsidentitet og -uttrykk mer positivt, noe som fremmer motstandskraft og selvtillit og senker risiko for skamfølelser i møte med negative holdninger fra omgivelsene. Å oppnå slik kompetanse gjennom psykoedukasjon kan også være viktig for søsken og/eller de i en utvidet familie som er viktige for barnet (Rider, Vencill et al., 2019; Spencer, Berg et al., 2021).

#### Anbefaling 7.11

**Vi anbefaler når barnet nærmer seg puberteten at helsepersonell gir informasjon om effekten av potensielle kjønnsbekreftende medisinske intervensjoner på framtidig fruktbarhet, og beskriver alternativer for bevaring av fruktbarhet, til kjønnsnormbrytende barn og deres familie/omsorgspersoner.**

Ettersom et barn blir mer modent og nærmer seg puberteten bør helsepersonell prioritere å jobbe med barnet og deres foreldre/ omsorgspersoner for å integrere

psykoedukasjon om puberteten, inngå i felles avgjørelsesprosesser om mulige kjønnsbekreftende medisinske intervensjoner, og diskutere implikasjoner ved medisinske behandlinger for fruktbarhet og for annen reproduktiv helse (Nahata, Quinn et al., 2018; Spencer, Berg et al., 2021). Selv om det bare finnes begrenset empirisk bevis som har evaluert slike intervensjoner, støtter nåværende konsensus blant eksperter, og generell utviklingspsykologisk litteratur, at åpen kommunikasjon med barn om deres kropp og forberedelse til fysiske endringer i puberteten, gjennomført med kjønnsbekreftende aksept, vil styrke resiliensen og bidra til å skape en positiv seksualitet i et barns modning inn mot ungdomstid (Spencer, Berg et al., 2019). Alle slike samtaler kan utvides (f.eks. startes tidligere) for å inkludere nevromangfoldige barn, for å forsikre at de får nok tid til refleksjon og forståelse, spesielt i forbindelse med at valg rundt framtidige kjønnsbekreftende medisinske behandlinger potensielt nærmer seg (Strang, Jarin et al., 2018). Disse diskusjonene kan inkludere følgende temaer:

- Gjennomgang av kroppsdeler og deres forskjellige funksjoner;
- Måter et barns kropp kan endre seg over tid, med og uten medisinske intervensjoner;
- Hvilke implikasjoner medisinske intervensjoner har for senere seksuell funksjon og fruktbarhet;
- Hvilken virkning pubertetsblokkere har på eventuelle senere medisinske intervensjoner;
- Anerkjennelse av de områdene der klinisk evidens er mangelfull når det gjelder effekter av pubertetsundertrykkelse;
- Viktigheten av hensiktsmessig seksualundervisning før puberteten.

Disse diskusjonene bør ta i bruk utviklingsmessig passende språk og pedagogiske verktøy, og være innrettet mot de



spesifikke behovene til hvert enkelt barn (Spencer, Berg et al., 2021).

### Anbefaling 7.12

**Vi anbefaler at foreldre/omsorgspersoner og helsepersonell responderer støttende på at et barn ønsker å bli sett og anerkjent på en måte som samsvarer med en indre opplevelse av kjønnsidentitet.**

Sosial kjønnsstransisjon er en prosess der et barn sees av andre med den kjønnsidentiteten det selv bekrefter å ha, og har muligheten til å leve ut denne offentlig, enten i alle situasjoner eller enkelte. Det defineres ellers ikke av noen avgrensede parametre eller handlinger (Ehrensaft et al., 2018).

Sosial kjønnsstransisjon har ofte blitt forstått tidligere som binært – jente til gutt, eller gutt til jente. Begrepet har blitt utvidet til å inkludere barn som går over til en ikke-binær eller individuelt formet utgave av kjønnsidentitet (Chew et al., 2020; Clark et al., 2018). Nyere forskning indikerer at den sosiale transisjonen kan ha en beskyttende funksjon for noen prepubertale barn, og bidra til å tilrettelegge for positiv mental helse, og trivsel og velvære (Durwood et al., 2017; Gibson et al., 2021; Olson et al., 2016). Erkjennelse av at kjønn kan være foranderlig og utvikle seg over tid (Edwards-Leeper et al., 2016; Ehrensaft, 2018; Steensma, Kreukels et al., 2013) er derfor ikke tilskrekkelig grunn til å blokkere eller avskrekke sosial transisjonering hos et prepubertalt barn dersom det ellers vil være fordelaktig. Videre utvikling av kjønnsidentitet kan også fortsette etter at en delvis eller fullstendig sosial transisjonsprosess har foregått (Ashley, 2019e; Edwards-Leeper et al., 2018; Ehrensaft, 2020; Ehrensaft et al., 2018; Spivey & Edwards-Leeper, 2019). Selv om det så langt finnes begrenset empirisk data, indikerer noe forskning at barna som er mest selvsikre i sine brudd med kjønnsnormer, er de som mest trolig vil fortsette å

identifisere seg slik over tid, inkludert blant de barna som sosialt transisjonerer før puberteten (Olson et al., 2022; Rae et al., 2019; Steensma, McGuire et al., 2013). Med andre ord, vi foreslår at foreldre/omsorgspersoner og helsepersonell som vurderer en sosial transisjon er spesielt oppmerksomme på barn som konsekvent, og ofte insisterende, uttrykker seg om en kjønnsidentitet som ikke samsvarer med den kroppslige kjønnskategorien de ble tillagt ved fødselen. Dette inkluderer de barna som eventuelt eksplisitt ber om eller uttrykker ønske om sosial anerkjennelse som kjønn som samsvarer bedre med det barnets beskrevne kjønnsidentitet, og/eller barn som viser klart ubehag når deres kjønn, slik de opplever det, oppleves inkongruent med den kroppslige kjønnskategorien som ble tillagt ved fødselen (Rae et al., 2019; Steensma, Kreukels et al., 2013).

Selv om det er en mangel på empirisk basert litteratur om de beste måtene å gjennomføre de sosiale transisjonsprosessene, så finnes det klinisk basert litteratur og ekspertise som tilbyr den følgende veiledningen som prioriterer barnets beste (Ashley, 2019e; Ehrensaft, 2018; Ehrensaft et al., 2018; Murchison et al., 2016; Telfer et al., 2018): 1) sosial transisjon bør ha sitt opphav i barnets tanker, og gjenspeile barnets ønsker, i beslutningsprosessen rundt det å sette igang en slik prosess; 2) helsepersonell kan hjelpe til med å utforske fordelene, og eventuelle utfordringer, ved sosial transisjon; 3) slik transisjon kan være mest hensiktsmessig at foregår i alle eller i kun spesifikke kontekster (f.eks. skole, hjemme); og 4) et barn kan velge, eller ikke, å fortelle til andre at de har sosialt transisjonert, eller de kan velge, typisk ved hjelp av foreldre/omsorgspersoner, en utvalgt gruppe mennesker de deler informasjonen med.

For å oppsummere, er det slik at sosial transisjon, når dette skjer, vil mest trolig være til fordel for barnets trivsel og velvære når det skjer på en måte som er vel

gjennomtenkt og individuelt tilpasset hvert barn. Et barns sosiale transisjon (og kjønn) kan utfolde seg videre over tid, og er ikke nødvendigvis statisk; det reflekterer mest av alt møtet mellom barnets etablerte forståelse av sin nåværende kjønnsidentitet og ønskede handlinger som uttrykker den identiteten (Ehrensaft et al., 2018).

En sosial transisjonsprosess kan inkludere en eller flere forskjellige handlinger som samsvarer med et barns bekreftede kjønn (Ehrensaft et al., 2018), inkludert:

- Navneendring;
- Endring av pronomen;
- Endring av kjønnsmarkører (f.eks. fødselsattest, ID-kort, pass, skole- og helsedokumentasjon, osv.);
- Deltagelse i kjønnsdelte aktiviteter (f.eks. idrettslag, hobbyklubber og leirer, skoler, osv.);
- Toalett- og garderobebruk;
- Personlig måte å uttrykke seg på (f.eks. hårklipp, klesvalg, osv.);
- Å kommunisere bekreftet kjønn til andre (f.eks. i sosiale medier, å informere i klasserom eller til skolen, brev til utvidet familie eller sosiale kontakter, osv.).

#### Anbefaling 7.13

**Vi anbefaler at helsepersonell og foreldre/omsorgspersoner støtter deres prepubertale barn med fortsatt utforskning av kjønn, uavhengig av eventuell sosial transisjon.**

Det er viktig at barn som har sosialt transisjonert får de samme mulighetene som andre barn når det gjelder å fortsette å vurdere betydninger av og uttrykk for kjønn, gjennom hele barndommen (Ashley 2019e; Spencer, Berg et al., 2021). Noe forskning har vist at barn kan oppleve at kjønn for dem er i endring, eller til og med detransisjonere, etter en innledende sosial transisjon. Forskning har ikke kunnet konkludere med hensyn til når i livsløpet slik detransisjonering eventuelt mest trolig

kan skje. Forskning har heller ikke kunnet konkludere med hvor stor andel av ungdommer som etter hvert opplever beveglighet når det gjelder kjønn og/eller et ønske om å transisjonere på grunn av at kjønn for dem utvikler seg videre kontra andre grunner (f.eks. sikkerhetsgrunner, minoritetsstress på grunn av kjønn) (Olson et al., 2022; Steensma, Kreukels et al., 2013). En fersk forskningsrapport indikerer at i USA detransisjonere bare en liten prosentandel av ungdommen fem år etter en binær sosial transisjon (Olson et al., 2022); det ville være nyttig med en videre oppfølgingsstudie av disse unge menneskene. Det er også viktig å replikere slike funn, ettersom studien ble gjennomført med en begrenset og selvselektert informantgruppe i USA, og er derfor ikke nødvendigvis overførbar til alle kjønnsnormbrytende barn. For å oppsummere: vi har begrenset mulighet til å vite på forhånd hvordan et barns kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk kan utvikle seg over tid, og om, hvordan eller hvorfor detransisjon kan skje for noen. I tillegg er det ikke slik at alle kjønnsnormbrytende barn ønsker å utforske kjønn (Telfer et al., 2018). Ciskjønnede barn er ikke forventet å gjennomgå en utforskende prosess på denne måten, og derfor kan man si at det å tvinge dette hos et kjønnsnormbrytende barn, hvis det ikke er indikert eller ønsket velkommen, kan oppleves som patologiserende, invaderende og/eller cisnormativt (Ansara & Hegarty, 2012; Bartholomaeus et al., 2021; Oliphant et al., 2018).

#### Anbefaling 7.14

**Vi anbefaler at helsepersonell diskuterer de potensielle fordelene og risikoene ved en sosial transisjon med familier som vurderer dette.**

Sosial transisjon innebærer for prepubertale barn diverse valg, kan foregå over tid, er individualisert basert både på barnets ønsker og andre psykososiale hensyn (Ehrensaft, 2018), og er et valg der mulige

fordeler og utfordringer må diskuteres og veies opp mot hverandre.

Som beskrevet i klinisk litteratur (f.eks., Ehrensaft et al., 2018) og støttet av forskning (Fast & Olson, 2018; Rae et al., 2019), kan sosial transisjon innebære potensielle fordeler. Disse inkluderer å tilrettelegge for kjønnskongruens og samtidig redusere kjønnsdysfori, og øke psykososial tilpasning, trivsel og velvære (Ehrensaft et al., 2018). Studier har vist at den psykiske helsen til kjønnsnormbrytende barn som har transisjonert stort sett speiler den til ciskjønnede søsken og jevnaldrende (Durwood et al., 2017). Disse funnene avviker markert fra de utfordringene med psykisk uhelse som har vært registrert i tidligere forskning med kjønnsnormbrytende barn og ungdommer (Barrow & Apostle, 2018), og framholder at virkningen av sosial transisjon kan være positiv. I tillegg kan sosial transisjon for barn kun foregå med støtte og aksept fra foreldre/omsorgspersoner, noe som også har vist seg å bidra til trivsel og velvære blant kjønnsnormbrytende barn (Durwood et al., 2021; Malpas et al., 2018; Pariseau et al., 2019), selv om andre former for støtte, som støtte i skolesettingen, også har blitt etablert som viktig (Durwood et al., 2021; Turban, King et al., 2021). Helsepersonell bør diskutere de potensielle fordelene ved sosial transisjon med barn og familier, i situasjoner der 1) det finnes konsekvent og stabilt uttrykk for kjønnsidentitet som ikke samsvarer med den kroppslige kjønnskategorien som ble tillagt ved fødselen (Fast & Olson, 2018). Dette bør differensieres fra kjønnsnormbrytende uttrykk/ oppførsel/interesser (f.eks. valg av leker, uttrykk gjennom valg av klær eller andre aspekter ved utseende, og/eller deltagelse i aktiviteter som sosialt sett er forbundet med det andre kjønn i en binær kjønnsforståelse) (Ehrensaft, 2018; Ehrensaft et al., 2018); 2) barnet uttrykker et sterkt ønske om, eller behov for, å transisjonere til kjønn de har formulert

som deres autentiske kjønn (Ehrensaft et al., 2018; Fast & Olson, 2018; Rae et al., 2019); og 3) barnet vil være følelsesmessig og fysisk trygg underveis og etter transisjonen (Brown & Mar, 2018). Fordommer og diskriminering bør tas med i beregningen, spesielt steder der aksept for kjønnsnormbrudd er begrenset eller forbudt (Brown & Mar, 2018; Hendricks & Testa, 2012; Turban, King et al., 2021). Det er viktig å huske på at det også kan være riskofyllt for et kjønnsnormbrytende barn å ikke transisjonere, noe som kan inkludere 1) å bli utstøtt eller mobbet når de blir oppfattet som å ikke passe inn i forventede kjønnsroller i sine omgivelser og/eller sosialt forventede oppførselsmønstre, og 2) de må leve med det internaliserte stresset og ubehaget det innebærer å bli bedt om å uttad presentere et kjønn som ikke samsvarer med kjønnsforståelsen eller -opplevelsen de har for egen del.

For å jobbe for god kjønnsrelatert helse, bør helsepersonell diskutere potensielle utfordringer ved sosial transisjon. En bekymring handler ofte om at et barn vil utelukke å vurdere mulig videre utfoldelse eller utvikling av kjønnsidentitet ettersom de blir mer modne, eller være motvillig til å igangsette nok en transisjon, selv om de ikke lenger opplever at det de har sosialt transisjonert til å uttrykke, og omtales som, samsvarer med nåværende kjønnsidentitet (Edwards-Leeper et al., 2016; Ristori & Steensma, 2016). Selv om det er begrenset i omfang, har nyere forskning vist at noen foreldre/omsorgspersoner av barn som har sosialt transisjonert kan diskutere nye mulige kjønnsuttrykk og tilhørigheter med sine barn (for eksempel å vende tilbake til tidligere kjønnsuttrykk), og er komfortable med denne muligheten (Olson et al., 2019). Andre bekymringer angående sosial transisjon som ofte har blitt identifisert er at barnet kan oppleve negative konsekvenser hvis de går tilbake til en tidligere kjønnsidentitet som samsvarer med den

kroppslige kjønnskategorien de ble tillagt ved fødselen (Chen et al., 2018; Edwards-Leeper et al., 2019; Steensma & Cohen-Kettenis, 2011). Sett fra det perspektivet, bør foreldre/omsorgspersoner være oppmerksomme på potensielle utviklingsmessige effekter hos et barn som sosialt transisjonerer.

Helsepersonell bør tilgjengeliggjøre veiledning til foreldre/omsorgspersoner og støtte til et barn, når sosial transisjon vurderes eller foregår, ved å 1) tilby konsultasjoner, vurdering, og støtte av barnets erklærte kjønn, når det behøves og etterspørres av foreldre/omsorgspersoner; 2) bistå familiemedlemmer, etter behov, med å bedre forstå både barnets ønsker om transisjon, og familiemedlemmenes egne følelser rundt barnets uttrykte ønsker; 3) utforske med, og lære fra, foreldre/omsorgspersoner når det gjelder hvorvidt, og eventuelt hvordan, sosial transisjon vil være til fordel for barnet både nå og i videre utvikling; 4) tilby veiledning når foreldre/omsorgspersoner ikke er enige om sosial transisjon, og gi mulighet til å jobbe sammen mot en konsistent forståelse av deres barns kjønnsstatus og behov; 5) tilby veiledning om trygge og støttende måter å fortelle andre om deres barns sosiale transisjonering, og å muliggjøre barnets transisjonering i dets forskjellige sosiale omgivelser (f.eks., skole, utvidet familie); 6) muliggjøre kommunikasjon med jevnaldrende når barnet ønsker dette, om kjønn og sosial transisjonering, og samtidig styrke positive relasjoner med jevnaldrende; 7) tilby veiledning når sosial transisjon eventuelt ikke er sosialt akseptert eller trygt, enten overalt, eller i enkelte sammenhenger, eller når et barn er usikker på å våge å sette igang en transisjon selv om de har ønske om det; det kan være mange grunner til å være reservert, inkludert frykt og angst; 8) samarbeide med familiemedlemmer og helsepersonell for å muliggjøre sosial transisjon på en optimal

måte for barnets pågående kjønnsutvikling, generell trivsel og velvære, og fysisk og følelsesmessig trygghet; og 9) tilby psykoedukasjon om de mange forskjellige retningene barnets kjønnsutvikling kan ta over tid, la retningene være åpne for framtidige mulige opplevelser av kjønn for barnet, og vektlegge at det ikke finnes noen grunn til å prøve å forutsi et barns framtidige kjønnsidentitet (Malpas et al., 2018).

Alle disse oppgavene omfatter en bedring av kommunikasjonen mellom barnet og familiemedlemmene, og gir anledning for barnet for å bli lyttet til av alle de involverte familiemedlemmene. Disse relasjonelle prosessene på sin side bidrar til at foreldre/omsorgspersoner klarer å gjennomføre et informert samtykke vedrørende hvor tilrådelig en sosial transisjon er for deres barn, og innen hvilke parametre (Malpas et al., 2018).

En av rollene helsepersonell har, er å tilby veiledning og støtte i situasjoner der både barn og foreldre/omsorgspersoner ønsker å sette igang med sosial transisjon, men de konkluderer at de sosiale omgivelsene ikke vil akseptere det valget, ved å 1) hjelpe foreldre/omsorgspersoner definere og utvide trygge rom der barnet fritt kan uttrykke sitt autentiske kjønn; 2) diskutere med foreldre/omsorgspersoner måter å jobbe for å øke muligheten for at de sosiale omgivelsene kan bli aksepterende i framtiden, dersom dette er et realistisk mål; 3) stille opp ved behov for å hjelpe barnet/ familien med enhver form for ubehag eller skam som er forbundet med videre undertrykking av autentisk kjønnsidentitet og behov for hemmeligholding; og 4) styrke både barnets og familiens resiliens, og innprente en forståelse av at hvis de sosiale omgivelsene ikke aksepterer et barns transisjon og kjønnsidentitet er det ikke på grunn av at noe er galt med barnet, men manglende kompetanse på kjønn i de sosiale omgivelsene (Ehrensaft et al., 2018).



### Anbefaling 7.15

**Vi foreslår at helsepersonell vurderer å samarbeide med andre profesjonelle og organisasjoner for å fremme trivsel og velvære for kjønnsnormbrytende barn, og minimere motgang de kan møte på.**

Alle barn har rett til å oppleve støtte og respekt i sine kjønnsidentiteter (Human Rights Campaign, 2018; Paré, 2020; SAMHSA, 2015). Som nevnt over er kjønnsnormbrytende barn en spesielt sårbar gruppe (Barrow & Apostle, 2018; Cohen-Kettenis et al., 2003; Giovanardi et al., 2018; Gower, Rider, Coleman et al., 2018; Grossman & D'Augelli, 2007; Hendricks & Testa, 2012; Reisner, Greytak et al., 2015; Ristori & Steensma, 2016; Roberts et al., 2012; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018). Helsepersonell har et ansvar for å jobbe for bedre forhold for sine pasienter, noe som innebærer en anerkjennelse av at sosiale faktorer som innvirker på helse er helt avgjørende for marginaliserte minoriteter (Barrow & Mar, 2018; Hendricks & Testa, 2012). Støtte til barn og familier en én måte helsepersonell kan kjempe for denne gruppen (APA, 2015; Malpas et al., 2018). I tillegg kan helsepersonell bli spurt om å utføre sitt påvirkningsarbeid utenfor sine kontorer og klinikker, for å tale kjønnsnormbrytende barns sak i deres nærmiljø, gjerne i samarbeid med andre interessenter, inkludert foreldre/omsorgspersoner, allierte og ungdommer (Kaufman & Tishelman, 2018; Lopez et al., 2017; Vanderburgh, 2009). Denne innsatsen kan medvirke til å forbedre barns helsesituasjon og fremme deres rettigheter (Lopez et al., 2017).

Stemmene til helsepersonell kan være helt avgjørende i skolen, i folkevalgte forsamlinger, i rettsaker, og i media (Kovalanka et al., 2019; Lopez et al., 2017; Whyatt-Sames, 2017; Vanderburgh, 2009). I tillegg kan helsepersonell ha en mer generell påvirkningsrolle når det gjelder å

anerkjenne og adressere den hyppige fornektelsen av opplevelsene til kjønnsnormbrytende barn, enten tilsiktet eller utilsiktet, som spres eller kommuniseres av voksne, jevnaldrende og i media (Rafferty et al., 2018). Helsepersonell som innehar den riktige kompetansen og taleevnene, og befinner seg i de riktige settingene, kan legge fram tydelige budskap om hvordan kjønnsnormbrudd/-inkongruens ikke er psykisk lidelse, om behov og rettigheter kjønnsnormbrytende barn har, og om skadene forårsaket av diskriminerende og transfobiske regler og normer (Rafferty et al., 2018).



## KAPITTEL 8 Ikke-binære

Ikke-binær er et paraplybegrep som brukes om personer som ikke opplever seg innenfor den binære forståelsen av kjønn, helt eller delvis. Begrepet ikke-binær assosieres hovedsakelig, men ikke utelukkende, med kontekster i «det globale nord», og kan noen ganger brukes til å beskrive kjønns kategorier eller kjønnsforståelser blant urfolk, eller blant folk i andre ikke-vestlige sammenhenger. Begrepet ikke-binær inkluderer folk som opplever at deres kjønn er sammensatt av flere kjønnsidentiteter samtidig, eller til forskjellige tider (f.eks. tokjønn), som ikke har en kjønnsidentitet, eller som har en nøytral kjønnsidentitet (f.eks. ikke-kjønn eller neutrois), har kjønnsidentiteter som omfatter eller blander elementer av andre kjønn (f.eks. flerkjønn, demigirl, demiboy), og/eller har et kjønn som endrer seg over tid (f.eks. kjønnsflytende) (Kuper et al., 2014; Richards et al., 2016; Richards et al., 2017; Vincent, 2019). Ikke-binære kan i forskjellig grad identifisere seg med binære kjønnsbegreper, som f.eks. ikke-binær mann/kvinne, eller med begreper som henviser til flere kjønn, som f.eks. ikke-binær og genderfluid (James et al., 2016; Kuper et al., 2012). Ikke-binær fungerer også som en kjønnsidentitet i seg selv (Vincent, 2020). Det er viktig å anerkjenne at dette ikke er en uttømmende liste, at de samme identitetsbegrepene kan ha forskjellig mening for forskjellige mennesker, og at begrepsbruken kan variere over tid og fra sted til sted.

Genderqueer (i anglifisert bruk på norsk, særlig fra tidlig 2000-tall til noe ut på 2010-tallet, o.a.), som først ble tatt i bruk på 1990-tallet, er en identitetskategori som er litt eldre enn ikke-binær – som først dukket opp cirka på slutten av det første tiåret av 2000-tallet (Nestle et al., 2002; Wilchins, 1995). Genderqueer kan noen ganger brukes synonymt med ikke-binær, eller kan eventuelt formidle en spesifikk, politisert dimensjon av en persons

kjønn. Selv om transperson i mange kulturelle kontekster brukes på en måte som inkluderer ikke-binære, anser ikke alle ikke-binære seg som transpersoner av en rekke grunner, inkludert at de kan anse ordet transperson som eksklusivt forbundet med det binære kjønnsbegrepet, eller fordi de ikke føler seg «trans nok» til å beskrive seg som transperson (Garrison, 2018). Noen ikke-binære er usikre på, eller ambivalente til, om de vil beskrive seg som transperson (Darwin, 2020; Vincent, 2019).

I den engelskspråklige konteksten kan ikke-binære bruke pronomenene *they/them/theirs*, eller neopronomener som f.eks. *e/em/eir*, *ze/zir/hir*, *er/ers/erself* (Moser & Devereux, 2019; Vincent, 2018). (På norsk brukes hovedsakelig *hen/hen/hens* (*hen sin*) og *de/dem/deres*. *Hin/hin/hins* (*hinnes*) (evt. «*hyn*»/«*høn*») er også noe i bruk. Dialekter/sosiolekter gir variert bruk geografisk og generasjonsmessig. Det er ikke et gitt forhold mellom kjønnsidentitet og pronomenbruk; man må spørre. «*Hen*» kom i 2022 inn i rettskrivningsnormene for både nynorsk og bokmål, med to betydninger som er ulike, men logisk forbundet. 1. Alternativ til «vedkommende», der kjønn ikke er oppgitt eller en ikke trenger å spesifisere; 2. Om personer som f.eks. definerer seg som ikke-binære. *De/dem/deres* (nynorsk: *dei/dei/deira*) er ikke tilsvarende anerkjent, men brukes muntlig, på dialekt/sosiolekt. O.a.) Noen ikke-binære bruker en kombinasjon av pronomener (enten bytter rundt med vilje, tillater fritt valg, eller bytter avhengig av sosial kontekst), eller foretrekker å unngå kjønne pronomen fullstendig, og ber heller om bruk av kun navn. I tillegg bruker noen ikke-binære *hun/henne/hennes*, eller *han/ham/hans*, noen ganger eller hele tiden, og i noen deler av verden finnes (så langt) ikke beskrivende språk for ikke-binære. I kontekster som ikke er engelskspråklige kan vi også observere et bredt spekter av kulturelt

spesifikke språklige tilpasninger og utvikling av begreper (Attig, 2022; Kirey-Sitnikova, 2021; Zimman, 2020). Det er også relevant å påpeke at noen språk bruker kun ett pronomen, som ikke forbinder noen med kroppslig eller sosial kjønnskategorisering, mens andre språk kjønner alle substantiv. Slik språklig variasjon har trolig en innvirkning på hvordan ikke-binære opplever kjønn og hvordan de forholder seg til andre.

Nyere studier tyder på at ikke-binære utgjør et sted fra 25% til over 50% av den største populasjonen av TKN-personer. Den høyeste prosenten av ikke-binære vises i utvalgene av ungdommer (Burgwal et al., 2019; James et al., 2016; Watson, 2020). I nyere studier av voksne TKN-personer tenderer det mot at ikke-binære er yngre enn transmenn og transkvinner, og både blant ungdommer og voksne er det mer vanlig at ikke-binære ble tillagt den kroppslige kjønnskategorien kvinne ved fødsel. Dog bør disse funnene tolkes forsiktig ettersom det trolig er flere komplekse sosiokulturelle faktorer som har innflytelse på både kvaliteten, presisjonen, og hvor representativt dette datamaterialet er (Burgwal et al., 2019; James et al., 2016; Watson, 2020; Wilson & Meyer, 2021) (se også Kapittel 3 – Populasjonsestimater).

### *Forståelse av kjønnsidentiteter og kjønnsuttrykk som et ikke-lineært spektrum*

Både historisk og på tvers av kulturer, har det lenge vært anerkjent at det finnes ikke-binære varianter av kjønn (Herdt, 1994; McNabb, 2017; Vincent & Manzano, 2017). Mange kjønnsidentitetskategorier er kulturelt spesifikke og kan ikke med enkelhet oversettes eller forklares utenfor sine kontekster, verken lingvistisk eller i forhold til det vestlige kjønnsforståelsesparadigmet. Interaksjonen mellom de historiske kolonimaktene og befolkninger med ikke-

vestlige kjønn er fortsatt svært relevant; den kulturelle utvaskningen og interseksjonaliteten av rasisme og cisnormativitet kan forverre de sosiale helseforskjeller hos kjønnsnormbrytende individer i urbefolkningen. Fra 1950-tallet ble begrepet kjønn brukt til å referere til den sosialt konstruerte kategoriseringen av både oppførsel, aktiviteter, utseende og annet, innenfor en binær modell som tilsa mann/maskulin og kvinne/feminin, i datidens vestlige kontekst. Kjønn har i dag et bredere spektrum av mulige betydninger, der det er rom for begreper som er forbundet, men samtidig kan skjelnes fra hverandre. Dette inkluderer kjønn biologisk, kjønnsroller, kjønnsuttrykk, og kjønnsidentitet (Vincent, 2020). Aspekter ved kjønnsuttrykk som kanskje tradisjonelt blir forstått, kulturelt sett, som «maskuline», «feminine» eller «androgyn», kan legitimt uttrykkes blant folk med hvilken som helst kjønnsidentitet, både ikke-binære og andre. For eksempel kan ikke en ikke-binær person som presenterer seg på en feminin måte antas å ville senere identifisere seg som kvinne, eller ønske intervensjoner som forbindes med transkvinner, som vaginoplastikk (konstruksjon av vagina, o.a.). En persons ikke-konformitet i forhold til kulturelle forventninger rundt kjønn bør verken sees på som grunn til bekymring, eller indikasjon på klinisk kompleksitet – som for eksempel hos en ikke-binær person som ble tillagt den kroppslige kjønnskategorien mann ved fødsel (AMAB), går med klær som leses som feminine, bruker hun/henne som pronomen, men beholder et fornavn som er forstått som et mansnavn.

Å bruke en modell som forklarer kjønn som et spektrum, istedet for et binært kjønnsbegrep, tilbyr oss en større grad av nyansering. Likevel finnes det fortsatt betydelige begrensninger innebygget i en lineær spektrummodell, som kan føre til ukritiske generaliseringer om kjønn. For eksempel, selv om det er intuitivt å

posisjonere de «binære valgene» (mann, kvinne) på hver sin side av en kontinuum, fører det til at maskulinitet plasseres i opposisjon til feminitet, noe som ikke klarer å holde rom for kjønnsnøytralitet, for samtidig uttrykk for maskulinitet og feminitet, og for genderqueer og ikke-vestlige kjønnsbegreper. Det er helt essensielt at helsepersonell ikke ser på ikke-binære kjønn som «delvise» uttrykk for transmannlighet (hos ikke-binære AFAB) (AFAB: En forkortelse for «assigned female at birth»), og brukes noe i Norge; det finnes ikke tilsvarende på norsk. Derfor brukes den engelske her, i oversatt tekst. O.a.), eller transkvinnelighet (hos ikke-binære AMAB) (Tilsvarende forkortelse for «assigned male at birth»), og brukes her, o.a.), og heller ikke, definitivt, som «et sted på spekteret av maskulinitet/feminitet. Noen ikke-binære ser på seg selv som helt på utsiden av dikotomien mann/kvinne. Et ikke-lineært spektrum indikerer på sin side at klienters forskjeller i kjønnsuttrykk, identitet, eller behov rundt kjønnsbekreftelse, ikke bør sammenlignes for å kunne plassere dem langs et lineært spektrum. I tillegg er tolkning av kjønnsuttrykk subjektivt og kulturelt definert, slik at det som kan oppleves eller leses som svært feminint av en person, ikke nødvendigvis leses slik av en annen (Vincent, 2020). Helsepersonell kan med fordel unngå antakelser rundt hvordan klienten konseptualiserer sitt kjønn, og være forberedt på å la seg ledes av klientens personlige forståelse av kjønn i forbindelse med sin kjønnsidentitet, sitt kjønnsuttrykk, og eventuelt behov for medisinske intervensjoner.

Kjønnsrelaterte utviklingsprosesser, som oppleves av alle TKN-personer uansett forhold til binær kjønnsforståelse, ser ut til å ha lignende aspekter ved seg (f.eks. bevissthet, utforskning, etablering av hva som gir mening for dem, integrasjon). Det som varierer er tidsforløpet, progresjonen og de personlige erfaringene med hver av

disse prosessene, både innenfor og mellom grupper av trans- og ikke-binære personer (Kuper, Wright et al., 2018; Kuper, Lindley et al., 2019; Tatum et al., 2020). Sosiokulturelle og interseksjonelle perspektiver kan være nyttige for å kontekstualisere utvikling av aspekter ved kjønn og sosial transisjonering, inkludert hvordan individuelle opplevelser er formet av sosial og kulturell kontekst, og av hvordan noen forholder seg til ytterligere domener av identitet og personlig erfaring.

### ***Behov for tilgang til kjønnsbekreftende ivaretagelse***

Noen ikke-binære oppsøker kjønnsbekreftende behandling for å lette sin kjønnsdysfori eller -inkongruens, og for å øke nivået av tilfredshet i egen kropp gjennom medisinske nødvendige intervensjoner (se anbefaling om medisinske nødvendighet i Kapittel 2 – Universell anvendbarhet, Anbefaling 2.1). Noen ikke-binære opplever at en spesifikk type behandling er nødvendig for dem – se også Kapittel 5 – Vurdering av voksne (Beek et al., 2015; Jones et al., 2019; Köhler et al., 2018), mens andre ikke gjør det (Burgwal & Motmans, 2021; Nieder, Eyssel et al., 2020). Andelen av ikke-binære som oppsøker kjønnsbekreftende ivaretagelse, og spesifikke mål involvert i dette, er ikke kjent. Helsepersonell sin rolle er å gi informasjon om hvilke medisinske muligheter som finnes som kan minske kjønnsdysfori eller kjønnsinkongruens og øke nivået av tilfredshet i egen kropp, og hvorvidt disse er tilgjengelige, uten å anta noe om hvilke behandlingsvalg som eventuelt kan passe best for hver enkelt.

Motivasjon for å ønske (eller ikke ønske) kjønnsbekreftende medisinske intervensjoner, inkludert hormonbehandling, kirurgi eller begge, er sammensatt og potensielt komplekst (Burgwal & Motmans, 2021; Vincent, 2019, 2020). Motivasjonen bør utforskes på en samarbeidsorientert måte, før avgjørelser tas om fysiske intervensjoner. Behovet en person

har for tilgang til kjønnsbekreftende medisinske intervensjoner, kan ikke forutsies av kjønnsrolle, -uttrykk, eller -identitet. For eksempel har noen transkvinner ikke behov for vaginoplastikk (konstruksjon av vagina, o.a.), mens noen ikke-binære AMAB kan trenge, og ha positivt utbytte av, den samme intervensjonen. En ikke-binær identity er fortsatt gyldig dersom noen oppsøker kjønnsbekreftende behandling forbundet med en transisjonsprosess fra deres tillagte kjønnskategori til den andre binært gjenkjennbare kategorien (som østrogenbehandling og vaginoplastikk for AMAB).

Barrierer for tilgang til behandling for transpersoner er vanlig, men ikke-binære personer virker å møte på spesielt store vanskeligheter, både med tilgang til psykisk helsehjelp og kjønnsbekreftende medisinsk behandling (Clark et al., 2018; James, 2016). Mange ikke-binære rapporterer erfaringer med helsepersonell som ikke bekrefter deres ikke-binære kjønnsidentitet, inkludert uttrykk for at personens kjønnsidentitet ikke er legitim, eller at de er grunnleggende mer vanskelige å ivareta (Valentine, 2016; Vincent, 2020). Ikke-binære kan møte på antagelser fra helsepersonell om at de ikke trenger eller ønsker kjønnsbekreftende behandling (Kcomt et al., 2020; Vincent, 2020), og har beskrevet at de opplever press i retning av å presentere seg som transmenn eller transkvinner (innenfor en binær ramme) for å få tilgang til behandling (Bradford et al., 2019; Taylor et al., 2019). Til tider opplever ikke-binære å lære opp helsepersonell de søker hjelp hos, til tross for hvor upassende det er at disse primært lener seg på sine pasienter for opplæring innen dette temaet (Kcomt et al., 2020). I en sammenligning med transkvinner og transmenn fant Burgwal og Motmans (2021) at ikke-binære opplever mer frykt for fordommer fra helsepersonell, mindre tillit til helsehjelpen som tilbys, og større vanskelighet med å vite hvor de

bør oppsøke hjelp. Studier både i Europa og USA viser at ikke-binære har en tendens til å utsette behandling i større grad enn binære transmenn eller transkvinner, og frykt for ufølsom eller inkompetent behandling oppgis som den mest vanlige grunnen (Burgwal & Motmans, 2021; Grant et al., 2011). Ikke-binære ser også ut til å i mindre grad oppgi sin kjønnsidentitet til helsepersonell de er i kontakt med enn andre TKN-personer (Kcomt et al., 2020).

### **Behovet for et passende nivå av støtte**

Det å tilby kjønnsbekreftende behandling til ikke-binære omfatter mer enn tilgjengeliggjøring av spesifikke kjønnsbekreftende intervensjoner som hormonbehandling eller kirurgi; det innebærer å være støttende i ikke-binæres helhetlige helsesituasjon og utvikling. Modeller på minoritetsstress har blitt tilpasset for å inkludere konseptualisering av hvordan kjønnsrelaterte stressfaktorer som erfares av transpersoner er forbundet med dårligere fysisk og psykisk helse (Delozier et al., 2020; Testa et al., 2017). Ikke-binære ser ut til å oppleve stressfaktorer som både ligner, og er forskjellige fra, de som oppleves av transkvinner og transmenn. Johnson (2020) rapporterer at opplevelse av invalidering er spesielt vanlig blant ikke-binære, som f.eks. uttalelser eller handlinger som kommuniserer en tro på at ikke-binære identiteter ikke er «ekte», eller kommer av en «mote» eller «fase», og ikke-binære blir i mindre grad enn transkvinner og transmenn omtalt med korrekte pronomen. Tilsvarende har ikke-binære beskrevet følelser av «usynlighet» (Conlin, 2019; Taylor, 2018), og en studie viste at ikke-binære ungdommer rapporterer lavere nivåer av selvtilit sammenlignet med unge transkvinner og transmenn (Thorne, Witcomb et al., 2019).

Mange TKN-personer, i studier av ungdommer (Human Rights Campaign, 2018; Witcomb et al., 2019), rapporterer både mobbing og erfaringer med diskriminering, overgrep og mellommenneskelig avvisning (James, 2016), men prevalensen av slike erfaringer kan variere



fra gruppe til gruppe, og er tilsynelatende påvirket av flere kryssende karakteristikk. For eksempel fant Newcomb (2020) at transkvinner og ikke-binære AMAB ungdommer, opplevde mer overgrep enn transmenn og ikke-binære AFAB ungdommer. Ikke-binære AMAB ungdommer rapporterer det høyeste nivået av traumerespons. I en annen studie fant Poquiz (2021) at transmenn og transkvinner opplevde høyere nivåer av diskriminering enn ikke-binære. Den interseksjonelle kompleksiteten bidrar trolig til de varierte funnene i studier som sammenligner fysisk og psykisk helse blant transkvinner, transmenn og ikke-binære, der noen studier rapporterer om flere utfordringer blant ikke-binære, noen om færre, og noen rapporterer at det ikke er forskjell mellom gruppene (Scandurra, 2019).

Gitt at ikke-binære identitetsnarrativer kan være mindre bredt tilgjengelig enn binære, kan eventuelt ikke-binære ha færre ressurser tilgjengelige for å kunne utforske og artikulere sine kjønnsrelaterte selvforståelser. For eksempel kan dette involvere tilgang til miljøer og personlige forhold der ikke-binære identiteter kan utforskes, eller tilgang til språk og begreper som tillater mer nyanserte vurderinger av ikke-binære erfaringer (Bradford et al., 2018; Fiani & Han, 2019; Galupo et al., 2019). Klinisk veiledning er under utvikling slik at helsepersonell kan få hjelp med å tilpasse kjønnsbekreftende ivaretagelse som møter de unike behovene og erfaringene til ikke-binære (Matsuno, 2019; Rider, Vencill et al., 2019).

### ***Kjønnsbekreftende medisinske intervensjoner for ikke-binære***

I situasjoner der en spesifikk medisinsk intervensjon ikke har etablert presedens er det viktig at personen gis oversikt over tilgjengelig informasjon, inkludert en anerkjennelse av potensielle begrensninger i nåværende kunnskap, før intervensjonen vurderes. Det er tilsvarende viktig at det gjennomføres en helhetlig diskusjon, og denne dokumenteres, om de fysiske

endringene personen behøver, og de potensielle begrensningene for muligheten til å oppnå slike trekk, og likeså det at en intervensjon ikke nødvendigvis øker personens evne til å uttrykke sitt kjønn.

Når det gjelder østrogenbehandling for ikke-binære AMAB, er det viktig å være klar over at muligheten for brystvekst ikke kan unngås (Seal, 2017). Selv om mengden vekst er svært variabel, bør dette gjøres helt klart hvis den ikke-binære personen er ute etter noen av de andre endringene forbundet med østrogenbehandling (som mykere hud og mindre ansiktsbehåring), men ikke ønsker brystvekst, eller er usikker med hensyn til dette. Tilsvarende, for ikke-binære AFAB, som kan ønske testosteron for å oppnå noen endringer men ikke andre, må det anerkjennes at hvis det er behov for ansiktsbehåring er det uunngåelig med samtidig genital vekst (Seal, 2017). Tidsrammen for testosteronbehandling innebærer at disse endringene også trolig ledsages av en irreversibelt dypere stemme. Disse endringene er dog variable fra individ til individ (Vincent, 2019; Ziegler et al., 2018). Et ønske om dypere stemme uten å få mer kroppsbehåring er en tilsvarende utfordring. For noen ikke-binære er hårfjerning en veldig viktig del av deres kjønnsbekreftelse (Cocchetti, Ristori, Romani et al., 2020).

Hvis hormonbehandling avsluttes, og gonadene er inntakte, vil mange fysiske forandringer endre seg tilbake til slik det var før hormonbehandling, ettersom gonadene igjen produserer hormoner som har sin effekt. Dette inkluderer menstruasjon og kroppsbehåring hos ikke-binære AFAB, og mindre muskeltonus og uteblivende ereksjon hos ikke-binære AMAB. Andre endringer vil være permanente, slik som androgenetisk alopeci, genitalvekst, og ansiktsbehåring for ikke-binære AFAB, eller brystutvikling hos ikke-



binære AMAB (Hembree et al., 2017). De sistnevnte vil kreve videre intervensjoner å reversere, slik som elektrolyse eller mastektomi (fjerning av bryster, o.a.), og beskrives iblant som «delvis reversible» (Coleman et al., 2012). Ettersom det ikke finnes dokumenterte effekter av å bruke lavdose hormonbehandling i denne gruppen, er det viktig å vurdere overvåkning av mulig risiko for hjerte- og karsykdommer, og eventuelt osteoporose, ved bruk av lavdose hormonbehandling. For mer detaljert informasjon, se Kapittel 12 – Hormonbehandling.

Hvis det verken uttrykkes behov for testosteron- eller østrogenpregede uttrykk hos en person, er det mulig med undertrykkelse av begge disse.

### **Anbefalinger**

- 8.1- Vi anbefaler at helsepersonell tilbyr individualisert vurdering og behandling som bekrefter ikke-binæres opplevelse av kjønn.
- 8.2- Vi anbefaler at helsepersonell vurderer kjønnsbekreftende medisinske intervensjoner (hormoner eller kirurgi) for ikke-binære også i fravær av en «sosial transisjon».
- 8.3- Vi anbefaler at helsepersonell vurderer kjønnsbekreftende kirurgiske intervensjoner også i fravær av hormonbehandling, med mindre det er nødvendig med hormonbehandling for å få det ønskede kirurgiske resultatet.
- 8.4- Vi anbefaler at helsepersonell tilbyr ikke-binære informasjon om effektene av hormonbehandling/kirurgi på framtidig fruktbarhet, og diskuterer mulighetene for bevaring av fruktbarhet, før hormonbehandling igangsettes eller kirurgi gjennomføres.

Implikasjonene av dette for økt risiko for hjerte- og karsykdommer, redusert benmineralisering, og risiko for depresjon, bør diskuteres, og eventuelt bør det tas grep for å redusere slik risiko (Brett et al., 2007; Vale et al., 2010; Wassersug & Johnson, 2007). For mer informasjon se også Kapittel 9 – Evnukker, og Kapittel 12 – Hormonbehandling. Det bør være tilgjengelig for alle, uansett transmann, transkvinne, eller ikke-binær, å utforske tanker og muligheter rundt medisinsk og/eller sosial transisjon uavhengig av hverandre, og tilsvarende hormoner, kirurgi, eller begge deler uavhengig av hverandre.

Alle anbefalingene i dette kapittelet er basert på en grundig gjennomgang av evidens, vurdering av fordeler og skadevirkninger, verdier og preferenser blant helsepersonell og pasienter, og ressursbruk og gjennomførbarhet. I noen tilfeller anerkjenner vi at evidensen er mangelfull og/eller at tjenester eventuelt ikke er tilgjengelige eller ønskelige.

#### **Anbefaling 8.1**

**Vi anbefaler at helsepersonell tilbyr individualisert vurdering og behandling som bekrefter ikke-binæres opplevelse av kjønn.**

En individualisert vurdering med en ikke-binær person tar utgangspunkt i forståelse av hvordan de opplever eget kjønn, og hva dette betyr for mål for behandlingen de er ute etter. Hvordan folk konseptualiserer sine kjønnsrelaterte opplevelser varierer gjerne mellom grupper og kulturer, og kan inkorporere erfaringer forbundet med andre

interseksjonelle identitetsaspekter (f.eks. alder, rase, etnisitet, sosioøkonomisk status, funksjonsevne) (Kuper et al., 2014; Subramanian et al., 2016).

Helsepersonell bør unngå antagelser, a priori, om en klients kjønnsidentitet, uttrykk eller behov for ivaretagelse. De bør også være oppmerksomme på at en klients ikke-binære opplevelse av kjønn enten kan være relevant, eller ikke, for vurdering av behandlingsrelaterte mål. I hvilken grad klientens kjønn er relevant for behandlingsmål, bør avgjøre hvor grundig en skal utforske kjønnsidentiteten. For eksempel, hvis en person oppsøker helsetjenester for noe som ikke er relatert til kjønn, kan det å fastslå riktig navn og pronomen som skal brukes være det eneste som skal til for tilstrekkelig ivaretagelse (Knutson et al., 2019). Når en adresserer en situasjon der det er relevant med nåværende eller tidligere hormonell eller kirurgisk status, kan det være nødvendig med flere detaljer, selv om ikke behovet som tas opp er spesifikt kjønnsrelatert.

For å være kulturelt kompetente må kliniske settinger reflektere mangfoldet av kjønn, bekrefte ikke-binæres erfaringer med kjønn, og få alle til å føle seg velkomne. Inkludering av ikke-binære identiteter og erfaringer i informasjonsmateriell (som nettsider) om en klinikk og om dens ansatte, skjemaer (som inntaksskjemaer) og annet materiell, anerkjenner ikke-binære og formidler at de er velkomne (Hagen & Galupo, 2014). Fritekstfelt for kjønnsidentitet er mer inkluderende enn å gi en liste med valg. Videre eksempler på kulturell kompetanse når det gjelder TKN-personer, er at en resepsjon er

privat nok til at det føles trygt, det er sørget for mulighet for å føre folkeregistrerte navn i digitale databaser (i kulturelle kontekster der det er nødvendig), kjønnsnøytrale toaletter, og at de har funnet alternativer til å rope opp folkeregistrerte navn i venterommet (Burgwal et al., 2021). Det er viktig at det fra starten av spørres om og benyttes foretrukne navn, pronomen og andre kjønnsrelaterede ord, og at det spørres jevnlig, ettersom det kan variere over tid og fra kontekst til kontekst.

Helsepersonell oppfordres til å ha en tilnærming som fokuserer på styrker, og på resiliens. I større og større grad framsettes kritikk av hvordan helsepersonell overfokuserer på kjønnsrelatert ubehag/plager, ettersom vi vet at for folk som får bekreftet sitt selvbilde, og har tilgang til god ivaretagelse, kan følgene være økt komfort, glede og selvpåfyllelse, og det er også viktig å huske på (Ashley, 2019a; Benestad, 2010). I tillegg til å benytte diagnoser der det er påkrevd for å få behandlingstilgang, er helsepersonell oppfordret til å utforske, i samarbeid med klientene, den bredere variasjonen av mulige kjønnsrelaterede erfaringer og hvordan de eventuelt passer inn med behandlingsmuligheter (Motmans et al., 2019). For alle TKN-personer er det viktig å vurdere resiliensfaktorer som støttende relasjoner, deltagelse i miljøer med likesinnede, og stolthet rundt identiteten, fordi det er forbundet med flere positive konsekvenser for helsen (Bowling et al., 2019; Budge, 2015; Johns et al., 2018).

Det er viktig med bevissthet rundt begrensningene ved verktøyet helsevesenet historisk sett har brukt for å vurdere transpersoners opplevelse av dysfori, fordi de kan være spesielt tydelige for mange ikke-binære. Blant annet legger de fleste kjønnsrelaterede diagnostiske verktøy til grunn at klienter opplever kjønn på en binær måte (f.eks., Recalled Gender Identity Scale, Utrecht Gender Dysphoria Scale). Selv

om flere nyere verktøy har blitt utviklet i forsøk på å favne bedre opplevelsene til ikke-binære (McGuire et al., 2018; McGuire et al., 2020), egner det seg trolig bedre med åpne samtaler for å få dypere og riktigere forståelse av hver persons unike erfaringer med dysfori, og behov relatert til det. Tilsvarende, selv om flere nyere versjoner av diagnostiske kriterer (som «kjønnsdysfori» i DSM 5 og «kjønnsinkongruens» i ICD-11) var ment å skulle være inkluderende for folk med ikke-binære erfaringer, kan det være disse ikke tilstrekkelig fanger opp den helhetlige variasjonen og omfanget av erfaringer med kjønnsrelatert ubehag/plager, da spesielt blant ikke-binære. I tillegg til ubehag/plager forbundet med kropp og framtoning (inkludert både trekk som kan være tilstede, og mangle), kan det oppstå ubehag/plager på grunn av hvordan en opplever ens kjønn, hvordan ens kjønn er oppfattet i sosiale situasjoner, og opplevelser av minoritetsstress på grunn av kjønn (Winters & Ehrbar, 2010). Ikke-binæres opplevelser på hvert av disse områdene kan være enten like eller ulike de transkvinner og transmenn har.

En personsentrert tilnærming til bekreftende ivaretagelse inkluderer en spesifikk diskusjon om hvordan forskjellige intervensjoner kan bidra, eller ikke, til å endre klientens komfortnivå i egen opplevelse av kjønn, og hvordan deres kjønn oppfattes. Ikke-binære kan oppleve det som utfordrende å slå seg til ro med begrensningene som oppstår i møtet mellom deres identitet og medisinske muligheter, og kan i tillegg møte på forvirring og intoleranse fra samfunnet på grunn av måten de presenterer kjønn (Taylor et al., 2019). Ny forskning tyder på at ikke-binæres medisinske behandlingsbehov er spesielt varierte. Noen rapporterer om behov som typisk forbindes med transisjonsprosesser for transmenn og -kvinner, andre om alternative tilnærminger (f.eks. lavdose hormonbehandling, kirurgi men ikke hormonbehandling). Noen rapporterer manglende interesse i medisinsk behandling, og noen at de er usikre på om de har slike behov (Burgwal & Motmans, 2021; James et al., 2016). Det er spesielt viktig å konseptualisere vurdering som en stadig pågående prosess, fordi kjønnsrelaterede opplevelser, og

behov forbundet med disse, kan endre seg gjennom livsløpet. Gitt en stadig pågående utvikling av behandlingsmuligheter, og kunnskap om effekter, spesielt for ikke-binære, vil det være til fordel for klienter å ha behandlere som på jevnlig basis oppsøker oppdatert kunnskap og formidler den videre.

### Anbefaling 8.2

**Vi anbefaler at helsepersonell vurderer kjønnsbekreftende medisinske intervensjoner (hormoner eller kirurgi) for ikke-binære også i fravær av «sosial transisjon».**

Tidligere krav for å få tilgang til hormonbehandling og kirurgi, som å «leve et år i en kjønnsrolle som er kongruent med ens kjønnsidentitet», reflekterer ikke de levde livene til mange TKN-personer (Coleman et al., 2012). På grunn av den dypt forankrede troen på binære kjønn i de fleste moderne vestlige kulturer, kan man i de fleste sammenhenger bare forstås av andre som mann eller kvinne (Butler, 1993). På grunn av det er synlighet og forståelse av ikke-binære kroppslige iscenesettelser og uttrykk begrenset. Det er fordi det som leses som tegn på kjønn, nesten alltid leses med referanse til et binært kjønnssystem (Butler, 1993). Per idag kan det være vanskelig for ikke-binære å gjennomgående være gjenkjennelige som ikke-binære via synlige kjennetegn forbundet med kjønnsuttrykk (f.eks. klær, hår). Androgyni og ikke-normative kjønnsuttrykk kan likevel kommuniseres ved å blande eller kombinere kulturelle markører med tradisjonelt maskuline eller feminine konnotasjoner. Fordi det ikke er noen bredt anerkjent «ikke-binær kategori» innenfor de fleste sammenhenger i det moderne, vestlige, «globale nord», nødvendiggjør ofte ikke-binær synlighet at man eksplisitt formidler kjønn til andre, eller bruker kjennetegn som kan tolkes som ikke-normative (men ikke nødvendigvis ikke-binære).

Derfor samsvarer det ikke med hvordan mange TKN-personer forstår seg selv og sine

transisjonsprosesser, at tilgang til medisinsk<sup>1</sup> behandling skal rammes inn som at en «går gjennom en sosial transisjon», der en «lever i en kjønnsrolle som er kongruent med ens kjønnsidentitet». For noen er det å «leve i en kjønnsrolle som er kongruent med ens kjønnsidentitet» ikke noe som involverer endring av navn, pronomen, eller kjønnsuttrykk, selv om det eventuelt fordrer medisinske intervensjoner. Selv om en person er i stand til å leve på måter som er kongruent med sin kjønnsidentitet, kan det være vanskelig for en som bare ser vedkommende fra utsiden å vurdere det med mindre de hører direkte fra personen hvordan den selv forstår sin egen erfaring. Forventninger om «sosial kjønnstransisjon» kan være lite nyttig i vurdering av berettigelse til kjønnsbekreftende ivaretagelse, med f.eks. hormoner og kirurgi, og rigide forventninger om hvordan en «sosial kjønnstransisjon» «bør» se ut, kan hindre god ivaretagelse av ikke-binære. Det finnes ingen logiske krav som tilsier at kjønnsbekreftende medisinske intervensjoner bare kan gjøres når en person juridisk endrer sitt navn, sin kjønnsmarkør i passet, eller går med – eller unngår – spesifikke plagg. Ikke-binære kan streve med å få anerkjennelse for sine kjønn på sine formelle dokumenter, som kan ha negativ effekt på deres mentale helse, eller trivsel og velvære (Goetz & Arcomano, 2021). TKN-personer kan dra nytte av spesifikk støtte til tilgang til (eller å beholde) kjønnsmarkøren de foretrekker. Et krav om at noen må være ærlige om sin kjønnsidentitet i alle deler av livet (familie, arbeid, skole, osv.) for å kunne få tilgang til helsehjelp, samsvarer ikke nødvendigvis med målene de har, og kan utsette dem for fare dersom det er ikke er trygt.

### Anbefaling 8.3

**Vi anbefaler at helsepersonell vurderer kjønnsbekreftende kirurgiske intervensjoner også i fravær av hormonbehandling, med mindre det er nødvendig med hormonbehandling for å få det ønskede kirurgiske resultatet.**

Rekkefølgen som tilsier «hormoner før kirurgi» er

en mulighet som er vanlig for mange kirurgiske intervensjoner. Noen ikke-binære vil etterspørre kjønnsbekreftende kirurgiske intervensjoner for å lette på sin kjønnsinkongruens og øke nivået av kroppslig tilfredshet (Beek et al., 2015; Burgwal & Motmans, 2021; Jones et al., 2019; Koehler et al., 2018), men ønsker ikke hormonbehandling, eller har ikke mulighet for det på grunn av andre medisinske forhold (Nieder, Eyssel et al., 2020). Det er per i dag uvisst hvor stor andel av ikke-binære som ønsker kirurgi hvor hormonbehandling ikke ønskes eller ikke er en mulighet.

Kanskje det eneste kirurgiske inngrepet som i en viss grad forbindes med ikke-binære (ikke bare ønsket av transmenn, og gjennomført på noen ciskvinner), er mastektomi (fjerning av bryster, o.a.) hos ikke-binære AFAB, som ikke har tatt testosteron. Dog er testosteron ikke et krav for å få denne typen kirurgi, og noen ikke-binære AFAB kan ha behov for en brystreduksjon (McTernan et al., 2020). Et eksempel på kirurgisk inngrep der i hvert fall en periode med hormonbehandling er nødvendig, er metoidoplastikk, som utnytter en forstørret klitoris som kommer av testosteronbehandling. Se Kapittel 13 – Kirurgi og postoperativ pleie for flere detaljer om hvorvidt hormonbehandling er nødvendig for diverse kirurgiske inngrep. Kirurgiske inngrep i det innvendige reproduktive system inkluderer hysterektomi (fjerning av livmor, o.a.), unilateral eller bilateral salpingo-ooforektomi (fjerning av en eller begge eggledere og eggstokker, o.a.), og vaginektomi (fjerning av deler eller hele vagina, o.a.). Hormonbehandling er ikke nødvendig for noen av disse, men hormonerstatning (enten testosteron, østrogen eller begge) anbefales for de som gjennomgår en full gonadektomi (fjerning av gonadene, o.a.), for å forhindre negative effekter på sitt kardiovaskulære system, og

muskel og skjelettsystem (Hembree et al., 2017<sup>9,12</sup>; Seal, 2017). Selv om det ikke er noe kirurgisk krav per se til minimum periode med testosteronbehandling før falloplastikk (konstruksjon av penis, o.a.), kan virilisering (eller fravær av virilisering) av klitoris og labia minora innvirke på mulige valg av kirurgisk teknikk, og dermed valget man tar. For mer informasjon se Kapittel 13 – Kirurgi og postoperativ pleie.

Ikke-binære AMAB klienter bør informeres om at oppstart av østrogen etter gjennomført kirurgi, uten tidligere historie med østrogenbehandling, kan ha (mulig negativ) innvirkning på det kirurgiske resultatet (Kanhai, Hage, Asscherman et al., 1999; Kanhai, Hage, Karim et al., 1999). Ikke-binære AMAB som ber om en bilateral orkiektomi (fjerning av begge testikler, o.a.) trenger ikke østrogenbehandling for å oppnå et bedre resultat (Hembree et al., 2017). I disse sammenhengene er det god praksis å informere klientene om risiko og fordeler ved hormonerstatning (østrogen, testosteron, eller begge) for å forebygge negative effekter på det kardiovaskulære systemet, og muskel- og skjelettsystemet, og i tillegg informere om alternative muligheter som kalsium og vitamin D for å forebygge osteoporose (Hembree et al., 2017; Seal, 2017; Weaver et al., 2016). Se også Kapittel 9 – Evnukker, om de som velger bort hormonerstatning. Når det gjelder vaginoplastikk (konstruksjon av vagina, o.a.) bør personer gis råd om at fravær av testosteronblokkende behandling kan forårsake postkirurgisk hårvekst i vagina når det har blitt brukt transplantert hud fra områder med hårvekst (Giltay & Gooren, 2000).

Ytterligere kirurgiske forespørsler fra ikke-binære inkluderer penispreserverende vaginoplastikk, vaginoplastikk med bevaring av testiklene, og prosedyrer som resulterer i fravær av eksterne kjønnskaraktistikker (som penektomi (fjerning av penis, o.a.), scrotektomi (fjerning av scrotum, o.a.), orkiektomi (fjerning av testikler, o.a.). For å forstå mål og forventninger hos den som etterspør behandling, bør kirurgen diskutere dette med



vedkommende, såvel som fordeler og begrensninger ved den tiltenkte (eller etterspurte) prosedyren; slik er det mulig å ta avgjørelser på en individuell basis, og samarbeide med annet involvert helsepersonell (om noen).

#### Anbefaling 8.4.

**Vi anbefaler at helsepersonell tilbyr ikke-binære informasjon om effektene av hormonbehandlinger/kirurgi på framtidig fruktbarhet, og diskuterer mulighetene for bevaring av fruktbarhet, før hormonbehandling igangsettes eller kirurgi gjennomføres.**

Alle ikke-binære som oppsøker kjønnsbekreftende hormonbehandlinger bør tilbys informasjon og veiledning om valg angående fruktbarhet (Hembree et al., 2017; De Roo et al., 2016; Defreyne, Elaut et al., 2020; Defreyne, van Schuvlenbergh et al., 2020; Nahata et al., 2017; Quinn et al., 2021). Det er viktig å diskutere den potensielle virkningen hormonbehandling har på fruktbarhet før behandling igangsettes. Denne samtalen bør involvere valg om bevaring av fruktbarhet, i hvilken grad fruktbarhet kan returnere om hormonbehandling avsluttes, og det faktum at hormonbehandling i seg selv ikke er et prevensjonsmiddel. For mer informasjon se Kapittel 16 – Reproduktiv helse.

Nyere studier peker i retning av at ikke-binære i mindre grad får tilgang til behandling, og i mindre grad gjør sine potensielle behov for intervensjoner kjent (Beek et al., 2015; Taylor et al., 2019). Derfor er det logisk at enhver kjønnsnormbrytende person bør tilbys informasjon om gjeldende alternativer og teknikker for fruktbarhetsbevaring, ideelt sett før igangsetting av hormonbehandling, ettersom sædkvalitet eller eggkvalitet kan påvirkes av hormoneksponering (Hamada et al., 2015; Payer et al., 1979). Dette bør

uansett ikke på noen måte utelukke det å spørre seg for og oppsøke informasjon på et senere tidspunkt, ettersom det finnes bevis for at fruktbarhet fremdeles er en mulighet for personer som tar østrogen og testosteron (Light et al., 2014). Det at en ikke-binær eller kjønnsnormbrytende person avgjør at det ikke er behov for fruktbarhetsbevaring eller veiledning om dette, bør ikke brukes som grunnlag for å nekte eller utsette tilgang til hormonbehandling.

## KAPITTEL 9 Evnukker

Blant de mange som har nytte av kjønnsbekreftende medisinsk behandling, er evnukker blant de minst synlige. Den 8. versjonen av *Standards of Care* (SOC-8) inkluderer en diskusjon om evnukker og deres unike presentasjon og behov for medisinsk nødvendig kjønnsbekreftende ivaretagelse (se Kapittel 2 – Universell anvendbarhet, Anbefaling 2.1). Evnukker er de som ble tillagt den kroppslige kjønnskategorien gutt ved fødsel (AMAB) (En forkortelse for «assigned male at birth», og brukes noe i Norge; det finnes ikke tilsvarende på norsk. Derfor brukes den engelske her, i oversatt tekst. O.a.) og ønsker å eliminere maskuline kroppslige trekk, maskuline genitalier, eller genital funksjon. De inkluderer også de som har hatt sine testikler kirurgisk fjernet eller gjort ikke-fungerende ved hjelp av kjemiske eller fysiske metoder, og som identifiserer seg som evnukker. Denne identitetsbaserte definisjonen for de som omfavner begrepet evnukk inkluderer ikke andre, som menn som har blitt behandlet for prostatakraft og avviser det å bli designert som evnukk. Vi fokuserer her på de som identifiserer seg som evnukker og dermed går inn under den kjønnsnormbrytende paraplyen.

Som andre TKN-personer kan også evnukker etterspørre kastrering for å få kroppen til å samsvare bedre med deres kjønnsidentitet. I så måte er evnukker TKN-personer med behov som krever medisinsk nødvendig kjønnsbekreftende ivaretagelse (Brett et al., 2007; Johnson et al., 2007; Roberts et al., 2008). Evnukker identifiserer seg på forskjellige måter. Mange evnukker ser sin status som evnukk som sin distinkte kjønnsidentitet, uten noen annen kjønns- eller transtillørighet. Dette kapittelets fokus er på ivaretagelsen av og omsorgen for de som identifiserer seg som evnukker. Helsepersonell vil møte på evnukker som etterspør hormonbehandling, kastrering, eller begge

del, for å bli evnukker. Disse menneskene kan også føle at de har nytte av et miljø av evnukker på grunn av sin identitet, med eller uten faktisk kastrering.

Selv om evnukker har en historie i samfunnet som går tilbake 4000 år i tid, er den største informasjonskilden om de som identifiserer seg som evnukker i moderne tid store støttegrupper på internett, hvor likesinnede møtes på sider som «The Eunuch Archive» ([www.eunuch.org](http://www.eunuch.org)); denne ble etablert i 1998. Moderatorene på den siden forsøker å sikre både medisinsk og historisk korrekthet på sine diskusjonsforum, men det er utvilsomt feilinformasjon der også. Per januar 2022 har det i følge nettsiden vært over 130 000 registrerte medlemmer fra ulike deler av verden, og ofte er over 90% av de som leser på siden «gjester» og ikke medlemmer. Nettsiden lister over 23 000 samtaletråder og nesten 220 000 innlegg. For eksempel har to samtaletråder med instruksjoner for selvkastrering gjennom injisering av forskjellige toksiner direkte i testiklene ca. 2500 innlegg hver, og hver tråd har blitt lest godt over en million ganger. Fra den første samlingen i 2001, har det vært 20 årlige, internasjonale samlinger i Minneapolis for «The Eunuch Archive» miljøet, i tillegg til mange regionale samlinger andre steder. Selv om kastrering som tema er av interesse for det store flertallet av de som deltar i diskusjonene, er det et mindretall av medlemmene som seriøst etterspør eller har gjennomført det. Mange tidligere medlemmer av «Eunuch Archive» har oppnådd sine mål, og deltar ikke lenger.

På grunn av historiske misoppfatninger og fordommer om evnukker, usynlighet av dagens evnukker, og det sosiale stigmaet som har konsekvenser for alle kjønn- og seksualitetsminoriteter, kommer få evnukker «ut» offentlig som evnukker. Mange vil ikke fortelle det til noen og forteller det kun til likesinnede på internett, eller er kjent som det kun blant nær familie og venner (Wassersug & Lieberman, 2010). Stereotypien om evnukker er ofte svært negative (Lieberman 2018), og evnukker kan lide under det samme minoritetsstresset som andre stigmatiserte grupper (Wassersug & Lieberman,

2010). Derfor bør forskning på minoritetsstress blant TKN-personer inkludere evnukker.

Listen med anbefalinger vi kommer med her, er rettet mot profesjonsutøvere som jobber med personer som identifiserer seg som evnukker (Johnson & Wassersug, 2016; Vale et al., 2010) som etterspør GAMST («Gender-affirming medical and surgical treatments» forkortes på engelsk til GAMST; vi har ikke tilsvarende på norsk, og bruker dette. O.a.). Selv om det ikke er en spesifikk diagnostisk kategori i ICD eller DSM, er evnukk et nyttig begrep, fordi det handler om det spesifikke ved erfaringen som evnukk, samtidig som det knytter det til erfaringen av kjønnsinkongruens bredere sett. Evnukker presenterer seg klinisk på varierte måter. De ønsker seg kropper som er kompatible med sine identiteter som evnukk – kropper som ikke har fullt fungerende mannlige genitalier. Noen evnukker føler akutt ubehag rundt sine mannlige genitalier og trenger å fjerne disse for å føle seg komfortable i kroppen (Johnson et al., 2007; Roberts et al., 2008). Andre er likegyldige til at de mannlige genitaliene er der, så lenge de kun er der, fysisk, og ikke fungerer til å produsere androgener og mannlige sekundære kjønnskjenntegn (Brett et al., 2007). Det kan brukes hormonbehandling for å undertrykke androgenproduksjonen, alternativt er orkiektomi (fjerning av testikler, o.a.) en permanent løsning for de som ikke ønsker genital funksjon (Wibowo et al., 2016). Noen evnukker ønsker det lavere testosteronnivået som oppnås med orkiektomi, men mange vil velge noen form for hormonerstatning for å forhindre de negative effektene av hypogonadisme (nedsatt hormondannelse i gonadene, o.a.). De fleste som velger hormonelle intervensjoner velger enten en fullstendig eller en delvis erstatningsdose av testosteron. Et mindre antall velger østrogen.



### **Anbefalinger**

- 9.1- Vi anbefaler helsepersonell, og andre som bruker SOC-8, å implementere anbefalingene i SOC8 på måter som møter individuelle evnuokers behov.
- 9.2- Vi anbefaler helsepersonell å vurdere iverksetting av medisinske eller kirurgiske intervensjoner, eller begge deler, for evnukker, når det er høy risiko for at avslag på behandling vil forårsake personer skade gjennom at de gjør kirurgiske inngrep på seg selv, gjennomgår kirurgi hos andre som ikke er kvalifisert, eller bruker medisiner som innvirker på hormonnivåer uten veiledning og oppfølging.
- 9.3- Vi anbefaler at helsepersonell som vurderer evnukker med hensyn til behandling har demonstrert kompetanse på slik vurdering.
- 9.4- Vi foreslår at helsepersonell som bistår med ivaretagelse av evnukker inkluderer opplysningsarbeid og rådgivning om seksualitet.

Alle anbefalingene i dette kapittelet er basert på en grundig gjennomgang av evidens, vurdering av fordeler og skadevirkninger, verdier og preferanser blant pasienter og de som tilbyr helsetjenester, og ressursbruk og gjennomførbarhet. I noen tilfeller anerkjenner vi at evidens er begrenset, og/eller at tjenestene ikke er tilgjengelige eller ønskelige.

#### Anbefaling 9.1.

**Vi anbefaler helsepersonell, og andre som bruker SOC-8, å implementere anbefalingene i SOC-8 på måter som møter individuelle evnuokers behov.**

Evnukker utgjør en del av TKN-populasjonen som opplever kjønnsinkongruens, og kan også etterspørre kjønnsbekreftende behandling. Som andre TKN-personer trenger evnukker tilgang til bekreftende ivaretagelse for å oppnå det å kunne være komfortabel i sine kjønnede selv. Alle delene av SOC adresserer behovene til mangfoldige mennesker, og evnukker er inkludert i dette. De kan ha det til felles med noen ikke-binære at sosial transisjon ikke er en mulighet de ønsker, og hormonbehandling spiller kanskje ikke den samme rollen som den kan gjøre i en sosial transisjon, eller en transisjon fra en binær kategori til en annen (Wassersug & Lieberman, 2010).

Som andre kjønnsnormbrytere kan noen

evnukker være bevisst sin identitet i barndommen eller ungdomstiden. På grunn av mangel på forskning på behandling av barn som kan identifisere seg som evnukker, så avstår vi fra å komme med noen spesifikke forslag.

Evnukker kan oppsøke medisinsk eller kirurgisk behandling (hormonundertrykking, orkiektomi (fjerning av testikler, o.a.), og i noen tilfeller penektomi (fjerning av penis, o.a.) for å oppnå kroppslige, psykiske eller seksuelle endringer (Wassersug & Johnson, 2007). Det er viktig at alle pasienter, inkludert både evnukker og de som oppsøker kastrering, etablerer og opprettholder et forhold til helsepersonell som er tillitsbasert og bygget på gjensidig forståelse. Gitt mangelen på bevissthet rundt evnukker i det medisinfaglige feltet, og frykten blant mange som søker kastrering for å ikke bli akseptert, mottar mange ikke hensiktsmessig primærhelsehjelp og screening tester (Jaggi et al., 2018). Økt bevissthet og utdanning blant helsepersonell vil hjelpe med å adressere behovet for å inkludere evnukker i diskusjoner rundt kjønnsnormbrudd/kjønns mangfold (Deutsch, 2016a). Det er gitt at evnukker trenger og fortjener de samme primærhelsetjenestene som resten av befolkningen. Screening for kreft, slik som prostata og bryst, er et viktig tema å diskutere, ettersom risikoen for hormonrelatert kreft trolig er annerledes blant personer som ble tillagt den kroppslige kjønnskategorien gutt ved fødsel, men som ikke har testosteron- og østrogennivåer innenfor det «mannlige» området. På grunn av mangelen på studier som ser på prevalens og insidens av hormonrelatert kreft i



evnukkpopulasjonen, finnes ikke evidens som kan si noe om hvor ofte man bør screene for hormonrelatert kreft med prostataundersøkelser, måling av PSA, mammografi, osv.

Den store mengden forskningslitteratur om pasienter med prostatakreft som har blitt medisinsk eller kirurgisk kastret, gir informasjon om noen av effektene av postpubertal kastrering (som potensiell osteoporose, depresjon eller metabolsk syndrom), men frivillige evnukker kan tolke resultatet svært annerledes enn de som kastreres av medisinske årsaker. Kjemisk eller kirurgisk kastrering kan oppleves som en kilde til ubehag/plager for cismenn med prostatakreft, mens den samme behandlingen kan fungere bekreftende og tryggende for evnukker. På lignende vis kan transmaskuline som gjennomgår en mastektomi for å oppnå kroppslig velbehag erfare den operasjonen annerledes enn ciskvinner som gjennomgår den samme operasjonen for å behandle brystkreft (Koçan & Gürsoy, 2016; van de Grift et al., 2016). Informasjonen om prostatakreft er godt oppsummert av Wassersug et al. (2021), som inkluderer referanser som utforsker den brede forskningslitteraturen. Slik informasjon bør gjøres tilgjengelig for dem som etterspør kastrering.

Å gjennomføre en prosess slik SOC-8 anbefaler, betyr at om det er hensiktsmessig kan de medisinske mulighetene som etterspørres av pasienten vurderes og foreskrives. Disse mulighetene kan tilpasses den individuelle personen, for å legge opp en plan som reflekterer de spesifikke behovene og preferansene. Antallet og typen intervensjoner som gjøres, og rekkefølgen, kan være forskjellig fra person til person. Disse mulighetene stemmer overens med både vurderings- og kirurgikapitlene i SOC-8. Mulige intervensjoner evnukker kan vurdere inkluderer:

- Hormonundertrykking for å utforske effektene av androgenmangel, for evnukker som ønsker å bli aseksuelle, ikke-seksuelle, eller androgyne;
- Orkiektomi (fjerning av testikler, o.a.) for å stoppe produksjon av testosteron i testiklene;
- Orkiektomi med eller uten penektomi (fjerning av penis, o.a.) for å få kroppen til å samsvare med selvbildet;
- Orkiektomi etterfulgt av hormonerstatning med testosteron eller østrogen.

Ifølge Anbefaling 5.6 i Kapittel 5 – Vurdering av voksne, bør evnukker som etterspør gonadektomi (fjerning av gonadene, o.a.) vurdere et minimum av 6 måneder med hormonterapi som eventuelt hensiktsmessig for TKN-personens kjønnsmessige mål, før vedkommende gjennomgår en irreversibel kirurgisk intervensjon (med mindre hormoner ikke er klinisk indikert for vedkommende).

#### Anbefaling 9.2.

**Vi anbefaler helsepersonell å vurdere medisinske eller kirurgiske intervensjoner, eller begge deler, for evnukker, når det er høy risiko for at avslag på behandling vil forårsake personer skade gjennom at de gjør kirurgiske inngrep på seg selv, gjennomgår kirurgi hos andre som ikke er kvalifisert, eller bruker medisiner som innvirker på hormonnivåer uten veiledning og oppfølging.**

Den samme vurderingsprosessen som anbefales i SOC-8 generelt bør være gjeldende for evnukker (se Kapittel 5 – Vurdering av voksne). «The Eunuch Archive» har mange innlegg fra personer som møter store vanskeligheter når de oppsøker helsepersonell om muligheter for kastreringskirurgi. Et stort antall evnukker har gjennomført selvkirurgi, eller fått det gjort av andre som ikke er sertifisert som helsepersonell (Johnson & Irwig, 2014). Det finnes også kliniske rapporter på at evnukker har kastret seg selv, og fortellinger om pasienter som har villedet helsepersonell for å oppnå kastrering (Hermann & Thorstenson, 2015; Mukhopadhyay &



Chowdhury, 2009). Det er ingen tvil om at når personer i denne populasjonen nektes tilgang til kvalitetsmessig medisinsk behandling, vil de gå til skritt som kan forårsake store skader som kan kreve sykehusinnleggelse, som blødning og infeksjon (Hay, 2021; Jackowich et al., 2014; Johnson & Irwig, 2014). På grunn av disse seriøse problemene og skadene forårsaket av selvkirurgi, kirurgi gjennomført av ukvalifiserte personer, eller bruk av medisiner som innvirker på hormonnivå uten helsepersonells involvering, er det viktig at helsepersonell skaper en setting som føles innbydende og trygg, og diskuterer diverse behandlinger etter grundig vurdering – for å unngå problem forårsaket av mangel på tilgang, og behandlingsnekt.

Der dette er ønsket kan kastrering oppnås enten kjemisk eller kirurgisk. For noen kan kjemisk kastrering være en hensiktsmessig første intervensjon, før eventuell kirurgisk kastrering, for å undersøke hvordan vedkommende føler seg når de har hypogonadisme (nedsatt hormondannelse i gonadene, o.a.) (Vale et al., 2010). Kjemisk kastrering er vanligvis reversibelt hvis medisineringen avsluttes (Wassersug et al., 2021). Den vanligste formen for medisineringsmedisinering er antiandrogen og østrogen.

De to mest brukte antiandrogenene, cyproteronacetat og spironolakton, administreres peroralt. Østrogen skrives noen ganger ut for pasienter med prostatakraft for å senke serumnivået av testosteron ved hjelp av negativ feedback på hypothalamus og hypofysen. Østrogen og antiandrogen undertrykker ikke nødvendigvis testosteronnivået til kvinnelige eller kastratnivåer, og perorale østrogen øker risikoen for venøs tromboembolisme. En annen veldig effektiv måte å undertrykke produksjon av kjønnshormoner og fruktbarhet på er gonadotropinfrigivende

hormonagonister (GnRH), men disse brukes sjeldnere på grunn av høy kostnad (Hembree et al., 2017). Når det skal velges en medisineringsmåte anbefaler vi å bruke de som har blitt brukt i flere TKN-populasjoner (som østrogen, cyproteronacetat, GnRH-agonister), og ikke medisineringsmedisinering med noe det har vært lite eller ingen gjennomført fagfelleverdert forskning (som bikalutamid, stikkpille med progesteron, osv.) (Angus et al., 2021; Butler et al., 2017; Efstathiou et al., 2019; Tosun et al., 2019). Mange evnukker etterspør hormonerstatningsbehandling etter kastrering fordi de ikke ønsker en fullstendig undertrykking av hormonnivåer og problemene som følger, slik som økt risiko for osteoporose. De to hovedmulighetene for erstatning av kjønnshormoner er testosteron og østrogen; disse kan tas i fulle eller delvise erstaningsdoser. Majoriteten velger testosteron siden de presenterer seg som menn og er ikke interessert i feminisering. Et mindretall velger østrogen på et høyt nok nivå til å forhindre osteoporose, men lavt nok til å unngå det meste av feminisering. De kan også eventuelt identifisere seg som ikke-binær, ikkekjønnet, eller noe annet (Johnson et al., 2007; Johnson & Wassersug, 2016). Selv om det er mangel på studier av hormonerstatningsbehandling blant evnukker, kan funn fra cismenn som behandles for prostatakraft være informative når det gjelder effekter av hormonbehandling. I et randomisert forsøk med 1694 cismenn som behandles for lokalt framskreden eller metastatisk prostatakraft, mottok en gruppe en GnRH-agonist, og den andre østrogenplaster (Langley et al., 2021). Cismenn som fikk GnRH-agonist utviklet tegn og symptomer på både androgen- og østrogenmangel, mens menn som fikk østrogenplaster kun utviklet symptomer på senket androgennivå. Begge grupper viste høy grad av seksuelle bivirkninger (91%), og det var lignende vektøkning i begge grupper. Sammenlignet med cismenn som fikk GnRH-agonist hadde cismenn behandlet med østrogenplaster høyere rapportert livskvalitet, lavere forekomst av hetetokter (35% vs. 86%) og høyere forekomst av gynekomasti (økning av brystkjertelvev hos gutter/menn, o.a.) (86% vs. 38%). Metabolsk sett hadde cismenn som fikk

østrogenplaster gunstige endringer, med lavere gjennomsnittlig fastende glukosenivå, fastende totalt kolesterol, og systolisk og diastolisk blodtrykk. Cismenn som fikk GnRH-agonister opplevde derimot motsatt effekt. Basert på denne studien kan evnukker vurdere lavdosebehandling med østrogenplaster for å unngå negative østrogensenkende effekter, som inkluderer hetetokter, utmattethet, metabolske effekter, og osteoporose (Hembree et al., 2017; Langley et al., 2021). For videre informasjon, se Kapittel 12 – Hormonbehandling.

### Anbefaling 9.3.

**Vi anbefaler at helsepersonell som vurderer evnukker med hensyn til behandling har demonstrert kompetanse på slik vurdering.**

Et vanlig tema i diskusjonsforumene «The Eunuch Archive» er vanskeligheten med å finne helsepersonell som kan forstå deres behov. Evnukker, og de som oppsøker kastrering, er mindre synlige enn andre kjønnsminoriteter (Wassersug & Lieberman, 2010). De forteller ofte ikke frivillig om identitetene og behovene sine til leger eller helsepersonell som jobber med psykisk helse, på grunn av stigma og frykt for avvísning i helsevesenet. Noen steder vet ikke helsepersonell om at evnukker eksisterer, og vet ikke at de har behandlet evnukkidentifiserte pasienter.

Delen av SOC som handler om vurdering, gjelder også for evnukker. Akkurat som andre kjønnsnormbrytere, kan de som etterspør kastrering ta del i en prosess for informert samtykke, der kvalifisert helsepersonell gjennomfører vurderinger for å sikre at de er kapable til å gi et informert samtykke i forkant av medisinske intervensjoner, og for å forsikre seg om at det ikke er psykiske lidelser som utgjør etiologien bak ønsket om kastrering. Som med andre kjønns- og seksualitetsminoriteter krever det å jobbe med evnukker en forståelse av at de utgjør en

mangfoldig populasjon, og at hver person er evnukk på sin egen måte (Johnson et al., 2007). Det vil være til fordel for personen som oppsøker hjelp, om helsepersonell har en aksepterende instilling, er åpen i sin spørsmålsstilling, ikke er fordømmende, og har fleksible forventninger, kombinert med profesjonell kompetanse og ekspertise.

For å tilby hensiktsmessig ivaretagelse må helsepersonell etablere tillit og respekt ved å skape et inkluderende rom for evnukkidentifiserte personer. For evnukkidentifiserte personer vil det ideelle inntaksskjemaet spørre om både kjønn og tillagt ved fødselen og kjønnsidentitet, og gi flere muligheter – inkludert «evnukk» og «annet». Hver person kan identifisere seg med mer enn én av disse, og bør kunne velge flere.

Helsepersonell kan være involvert i vurdering, psykoterapi (hvis ønsket), forberedelser, og oppfølging etter medisinske og kirurgiske kjønnsbekreftende intervensjoner. De kan også støtte partnere og familier. Evnukkidentifiserte personer som ønsker støtte fra kvalifisert helsepersonell som jobber med psykisk helse vil ha nytte av en terapeut som er erfaren og fyller kriteriene vi la fram i Kapittel 4 – Utdanning.

Selv om noen personer som etterspør eller vurderer kastrering kommer til rådgivning eller terapi fordi de ønsker følelsesmessig støtte, eller hjelp med avgjørelser, kommer mange for en vurdering som del av forberedelse til spesifikke medisinske intervensjoner (Vale et al., 2010).

### Anbefaling 9.4.

**Vi foreslår at helsepersonell som bistår med ivaretagelse av evnukker inkluderer opplysningsarbeid og rådgivning om seksualitet.**

Flere studier har bidratt til vår kunnskap om moderne evnukkidentifiserte personer, og har utforsket demografiske karakteristikk og seksualitet (Handy et al., 2015; Vale et al., 2013; Wibowo et al., 2012, 2016). Helsepersonell både i og utenfor psykisk helse bør anta at evnukker er seksuelle mennesker som er kapable til seksuell



aktivitet, nytelse og relasjoner, med mindre de rapporterer noe annet (Wibowo et al., 2021). Forskning har vist at det er et stort mangfold blant evnukker når det gjelder nivå av begjær, type foretrukket fysisk eller seksuell kontakt, og hva slags fortrukne forhold (Brett et al., 2007; Johnson et al., 2007; Roberts et al., 2008). Selv om noen setter pris på aktive sexliv i eller utenfor romantiske forhold, identifiserer andre seg som aseksuelle eller aromantiske og er lettet over det tapet av libido som oppnås ved kirurgisk eller kjemisk kastrering (Brett et al., 2007). Hver person er forskjellig og genital status sier ikke noe om seksuell eller romantisk tiltrekning (Walton et al., 2016; Yule et al., 2015).

Uavhengig av typen kjemisk undertrykking eller kirurgi en person har gjennomført kan personen være i stand til seksuell nytelse og seksuell aktivitet. I motsetning til hva mange tror er ikke evnukker nødvendigvis aseksuelle eller ikke-seksuelle (Aucoin & Wassersug, 2006). Seksualundervisning er nødvendig for alle som bedriver seksuell aktivitet som kan involvere utveksling av kroppsvæsker. Se Kapittel 17 – Seksuell helse, for informasjon vedrørende seksualundervisning og muligheter for sikker sex for kjønn- og seksualitetsnormbrytende personer. I tillegg bør fruktbarhetsbevaring diskuteres når det vurderes medisinske intervensjoner som kan ha innvirkning på muligheten for framtidig foreldreskap. For videre vurderinger, se Kapittel 16— Reproductiv helse.



## KAPITTEL 10 Intersex

Den 7. versjonen av *Standards of Care* inkluderte et kapittel om hvor anvendbare disse retningslinjene var for personer med fysisk interseksualitet, som utvikler kjønnsdysfori og/eller transisjonerer til et annet kjønn. Dette fordi de er i en annen situasjon enn TKN-personer uten interseksualitet, både med hensyn til fenomenologisk presentasjon, livsløp, prevalens, etiologi og risiko for stigma. Det inneværende kapittelet gir en oppdatering av dette, og legger til anbefalinger om den medisinske nødvendige kliniske tilnærmingen til ivaretagelse av personer med interseksualitet generelt (se anbefaling om medisinsk nødvendighet i Kapittel 2 – Universell anvendbarhet, Anbefaling 2.1). Atypisk kjønnsdifferensiering kan presentere kliniske utfordringer allerede fra nyfødtp perioden, noe som krever opplæring og støtte av familien. På grunn av disse utfordringene er mange av de kliniske avgjørelsene kontroversielle, inkludert beslutningsprosessen omkring kjønnskategori som skal tillegges barnet og påfølgende klinisk oppfølging og inngrep – spesielt genitalkirurgi. Det er senere i livet en klart økt mulighet for å utvikle kjønnsdysfori og ønske om å bekrefte et annet kjønn (Sandberg & Gardner, 2022), noe som også kompliserer de kliniske beslutningene tidligere i livet.

### Terminologi

«Intersex» (fra Latin, bokstavelig oversettelse er «mellom kjønnene») er et begrep basert i den binære kjønnslogikken, der todelingen er grunnlaget for pattedyrs reproduksjon (inkludert menneskers). Innen medisinfeltet er uttrykket brukt, uformelt, om personer med medfødte, klart atypiske variasjoner ved sitt reproduktive system. Noen variasjoner, med det som ofte blir kalt «uklare kjønnskaraktistikker», utelukker

en enkel gjenkjennelse av somatisk kjønn som mannlig eller kvinnelig. I ressurssterke samfunn kan det da kreves en helhetlig fysisk, hormonell og genetisk utredning før en kjønnskategori blir tillagt. I nyere tid er «intersex» også en identitetskategori som noen personer med interseksualitet bruker om seg selv, pluss en mindre gruppe (ikke-intersex) personer med en ikke-binær kjønnsidentitet (Tamar-Mattis et al., 2018). Ved en internasjonal konsensuskonferanse i 2005 om ivaretagelse av intersexpersoner ble interseksualitet lagt inn under et nytt, standardisert medisinsk begrep: «Forstyrrelser i kroppslig kjønnsutvikling» («Disorders of Sex Development» (DSD)) (Den engelske forkortelsen DSD brukes også i norsk sammenheng, og derfor også her. O.a.), definert som «medfødte tilstander der utvikling av kromosomer, gonader, eller anatomisk kjønn er atypisk» (Hughes et al., 2006). DSD dekker en mye bredere variasjon av tilstander enn de som tradisjonelt er inkludert under interseksualitet, og omfatter tilstander som Turner syndrom og Klinefelter syndrom, som har mye høyere prevalens. I tillegg er det slik at mange personer dette gjelder misliker ordet «forstyrrelse» (disorder) og ser dette som stigmatiserende (Carpenter, 2018; Griffiths, 2018; Johnson et al., 2017; Lin-Su, et al., 2015; Lundberg et al., 2018; Tiryaki et al., 2018). Helsepersonell er også ulike i sin grad av aksept for dette begrepet (Miller et al., 2018). Den utbredte alternative lesningen av DSD som «Differences in sex development» – altså «Variasjon i kroppslig kjønnsutvikling» – kan sees som mindre patologiserende, men er ikke tilfredsstillende semantisk sett, ettersom uttrykket ikke skiller mellom de typiske genitale variasjonene blant menn og kvinner, og de atypiske variasjonene (På norsk brukes *både* «Forstyrrelser i kroppslig kjønnsutvikling» og «Variasjon i kroppslig kjønnsutvikling», bl.a. ved Oslo Universitetssykehus. O.a.). Andre nyere forsøk på å finne begreper som ikke er så klart stigmatiserende, slik som «Tilstander som innvirker på reproduktiv utvikling» («Conditions Affecting Reproductive Development») (CARD; Delimata et al., 2018), eller «Variasjoner i kjønnskaraktistikker» («Variations of/in Sex Characteristics») (VSC;



Crocetti, et al., 2021), er heller ikke spesifikke til interseksualitet.

Gitt disse vanskelighetene med definisjoner bruker vi i dette kapitlet «interseksualitet» (eller «intersex») kun for å referere til medfødte fysiske manifestasjoner. Dette gjøres både for deskriptiv tydelighet og for historisk kontinuitet. Dette valget er ikke ment å indikere en intensjon hos oss om å «ta side» i den stadig pågående diskusjonen rundt begrepet kjønn som et binært system eller et kontinuum, noe som kan variere avhengig av kontekst og nytte (Meyer-Bahlburg, 2019). I dette århundret utvikler kjønnsbegrepet seg stadig.

### **Prevalens**

Prevalensen av interseksualiteter avhenger av definisjonen man bruker. Synlige atypiske genitalier («uklare kjønnskaraktistikker») forekommer med en estimert frekvens som varierer fra ca. 1:2000 – 1:4500 (Hughes et al., 2007). Den mest inkluderende definisjonen på DSD anslår en prevalens på opp til 1.7% (Blackless et al., 2000). Selv om disse tallene er høye, samlet sett, er individuelle interseksualiteter mye sjeldnere. For eksempel forekommer androgeninsensitivitetssyndrom (AIS) hos omtrent 1 av 100 000 46,XY fødsler (Mendoza & Motos, 2013), og klassisk congenital adrenal hyperplasi (CAH) ved cirka 1 av 15 000 46,XX fødsler (Therrell, 2001). Prevalens av individuelle syndromer kan variere dramatisk fra land til land og mellom etniske grupper.

### **Presentasjon**

Det varierer veldig hvordan interseksualitet viser seg hos enkeltindivider. Interseksualitet kan noen ganger sees i en ultralydundersøkelse under graviditeten, men de fleste identifiseres ved undersøkelse av genitaliene rett etter fødselen. I ressurssterke land går slike barn gjennom

grundige medisinske diagnostiske undersøkelser i løpet av de første ukene. En felles beslutningsprosess mellom det medisinske teamet og foreldrene fører som oftest til at den nyfødte blir kategorisert som gutt eller jente, etter å ha tatt i betraktning den spesifikke medisinske diagnosen, fysiske og hormonelle funn, og statistikk fra oppfølgingsstudier på opplevd kjønn. Noen intersexpersoner oppdages ikke av spesialister før de kommer i puberteten, for eksempel når ungdommer som er oppdratt som jenter evalueres for primær amenoré (fremdeles uteblitt menstruasjon ved 15 år, o.a.)

Helsepersonell som støtter personer som både har en interseksualitet og er usikre rundt eget kjønn, må være oppmerksomme på at den medisinske konteksten de har vokst opp i er typisk veldig annerledes enn konteksten til TKN-personer som ikke har en interseksualitet. Det er mange forskjellige interseksualiteter, og hver tilstand kan variere i alvorlighetsgrad. Av den grunn varierer hormonelle og kirurgiske tilnærminger tilsvarende.

Noen fysiske intersexmanifestasjoner kan kreve tidlig akutt intervensjon, slik som ved tilfeller av urinobstruksjon, eller binyrebarksvikt hos noen med CAH. De fleste fysiske variasjonene blant personer med interseksualiteter hindrer verken funksjon, i det minste i ung alder, eller utgjør noen sikkerhetsrisiko. Likevel motiverer ofte det psykososiale stigmaet forbundet med atypisk utseende på genitaliene til at det gjøres genitalkirurgi (ofte kalt «korrigerende» eller «normaliserende») lenge før personene selv er gamle nok til å kunne samtykke. Denne tilnærmingen er svært kontroversiell fordi den strider med etiske prinsipper om individers autonomi (Carpenter, 2021; Kon, 2015; National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1979). I tillegg er det slik at blant de med manifestasjoner uten umiddelbare helsemessige bekymringer, kan noen når de blir eldre velge blant flere medisinske intervensjoner for å optimalisere funksjon og utseende. Detaljene omkring de forskjellige intervensjonene overstiger omfanget som er mulig å adressere i dette kapitlet, og en



interessert leser bør konsultere den respektive endokrine og kirurgiske litteraturen.

Noen intersextilstander er forbundet med større variabilitet i kjønnsidentitet over tid enn andre (Dessens et al., 2005). For eksempel kan insidensen av ikke-ciskjønnnet identitet hos 46,XX individer med CAH som ble tillagt kategorien kvinne, være så høy som 5-10% (Furtado et al., 2012). Den betydelige biologiske komponenten av kjønnsidentitet er en kritisk faktor som må tas med i vurderingen når man tilbyr psykososiale, medisinske og kirurgiske intervensjoner til personer med intersextilstander. Det finnes også rikelig med evidens som viser til at personer med intersextilstander og deres familier kan slite psykososialt (de Vries et al., 2019; Rosenwohl-Mack et al., 2020; Wolfe-Christensen et al., 2017), delvis relatert til psykososialt stigma (Meyer-Bahlburg, Khuri et al., 2017; Meyer-Bahlburg, Reyes-Portillo et al., 2017; Meyer-Bahlburg et al., 2018).

### **Interseksualitet i den psykiatriske nomenklaturen**

Personer med interseksualitet som møter kriteriene for varianter av kjønnsidentitet har blitt anerkjent i terminologien som benyttes i amerikansk psykiatri siden 1980, men den spesifikke diagnostiske kategorisering har endret seg med hver versjon av DSM. For eksempel kunne Akse-I kategorien «transseksualisme» i DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) ikke benyttes på personer med

interseksualitet i voksen alder, men barn ble gitt merkelappen «kjønnsidentitetsforstyrrelse i barndommen», og spesifisert med en intersextilstand langs Akse-III. I DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), ble personer med interseksualitet ekskludert fra Akse-I kategorien «kjønnsidentitetsforstyrrelse» uansett alder, og i stedet gruppert med andre tilstander under kategorien «uspesifisert kjønnsidentitetsforstyrrelse». I DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), som beveget seg bort fra aksesystemet, ble «kjønnsidentitetsforstyrrelse» redefinert som «kjønnsdysfori» og anvendt uansett alder og intersexstatus, men personer med en intersextilstand får tilleggsspesifiseringen «med en forstyrrelse i kroppslig kjønnsutvikling» (DSD) (Zucker et al., 2013). Den nylige publiserte revisjonen av DSM-5 (American Psychiatric Association, 2022) beholder begrepet kjønnsdysfori. Legg merke til at revisjonen av *The International Classification of Diseases* [ICD-11; World Health Organization, 2019a] har flyttet «kjønnsinkongruens» fra kapittelet «Mental, Behavioral, or Neurodevelopmental Disorders» til det nye kapittelet «Conditions Related to Sexual Health» (ICD-11 finnes per i dag ikke på norsk, så kapitlene får stå med originaltitler, o.a.).

Alle anbefalingene i dette kapittelet er basert på en grundig gjennomgang av evidens, vurdering av fordeler og skadevirkninger, verdier og preferanser blant pasienter og de som tilbyr helsetjenester, og ressursbruk og gjennomførbarhet. I noen tilfeller anerkjenner vi at evidens er begrenset, og/eller at tjenestene ikke er tilgjengelige eller ønskelige.

**Anbefalinger**

10.1- Vi foreslår at et flerfaglig team som har kunnskap om både normbrytende kjønnsidentiteter og -uttrykk, og interseksualitet, ivaretar personer med interseksualiteter og deres familier.

10.2- Vi anbefaler at helsepersonell som ivaretar trans- og kjønnsnormbrytende ungdommer og voksne, oppsøker opplæring og utdanning som omhandler de aspektene ved ivaretagelse av personer med interseksualiteter som er relevante for deres profesjon.

10.3- Vi foreslår at helsepersonell utdanner og er rådgivere for familier med barn med interseksualiteter, fra diagnosen blir satt og over tid, om barnets spesifikke tilstand og de psykososiale implikasjonene.

10.4- Vi foreslår at både helsepersonell og foreldre involverer barn/personer med interseksualiteter i tilbakevendende og utviklingsmessig tilpasset kommunikasjon om deres tilstand og de psykososiale implikasjonene.

10.5- Vi foreslår at helsepersonell og foreldre støtter barn/personer med interseksualiteter i å utforske sin kjønnsidentitet videre gjennom livet.

10.6- Vi foreslår at helsepersonell fremmer mulighet for trivsel og velvære, og minimerer potensielt interseksualitetsrelatert stigma, ved å samarbeide med både medisinske og ikke-medisinske personer og organisasjoner.

10.7- Vi foreslår at helsepersonell, når det er indikert, henviser barn/personer med interseksualiteter og deres familier til helsepersonell som jobber med psykisk helse, og eventuelt likesinnede og andre psykososialt støttende funksjoner.

10.8- Vi anbefaler at helsepersonell veileder personer med interseksualiteter og deres familier vedrørende pubertetsundertrykking og/eller hormonbehandlingsalternativer, innenfor den konteksten personens kjønnsidentitet, alder og unike medisinske situasjon utgjør.

10.9- Vi foreslår at helsepersonell veileder foreldre og barn med interseksualiteter (når de er tilstrekkelig kognitivt utviklet) i retning av å avvente kjønnsbekreftende genitalkirurgi, fjerning av gonader, eller begge, slik at barnets selvbestemmelse, evne til å delta i en avgjørelsesprosess, og samtykkekompetanse optimaliseres.

10.10- Vi foreslår at kun kirurger med erfaring med genital- og gonadekirurgi på personer med interseksualiteter utfører dette.

10.11- Vi anbefaler at helsepersonell som skriver ut eller henviser til hormonbehandling/kirurgi, veileder personer med interseksualiteter og fruktbarhetspotensiale, og deres familier, om a) kjente effekter av hormonbehandling/kirurgi på framtidig fruktbarhet; b) potensiell effekt av behandlinger som ikke er godt studert og der reversibiliteten er ukjent; c) alternativer for fruktbarhetsbevaring; og d) psykososiale implikasjoner ved manglende fruktbarhet.

10.12- Vi foreslår at helsepersonell som ivaretar personer med interseksualiteter og medfødt infertilitet tidlig og gradvis introduserer disse, og deres familier, for diverse alternative former for foreldreskap.

**Anbefaling 10.1**

**Vi foreslår at et flerfaglig team som har kunnskap om normbrytende kjønnsidentiteter og -uttrykk, og interseksualitet, ivaretar personer med interseksualiteter og deres familier.**

Interseksualitet, en underkategori av DSD, er en kompleks, medfødt tilstand som krever involvering av eksperter fra diverse medisinske og adferdsrelaterte fagområder (Hughes et al., 2006). Funksjon og sammensetning av teamet kan variere avhengig av hvor de er, lokale ressurser, diagnose, og behovene til personen med interseksualitet og dennes familie. Det ideelle teamet involverer spesialister innen pediatrik endokrinologi, kirurgi og/eller urologi, psykologi/psykiatri, gynekologi og genetikk, og hvis tilgjengelig, spesialister i sosialt arbeid, sykepleie, og medisinsk etikk (Lee et al., 2006). Teamstrukturen kan tilsvare 1) en tradisjonelt flerfaglig medisinsk modell; 2) den tverrprofesjonelle modellen; eller 3) den

tverrfaglige modellen. 1) the traditional multidisciplinary medical model; 2) the interprofessional model; or 3) the transdisciplinary model. Selv om disse strukturene kan virke like, er de faktisk veldig forskjellige og det kan bety varierende innvirkning på hvordan teamet fungerer (Sandberg & Mazur, 2014). «The 2006 Consensus Statement» sier ingenting om hvilken modell som er best – flerfaglig, tverrprofesjonell, tverrfaglig – og erklærer kun at modellene «impliserer forskjellige grader av samarbeid og profesjonell autonomi» (Lee, Nordenström et al., 2016). Siden publikasjonen av «The Consensus Statement» i 2006, har slike team blitt satt sammen både i Europa og i USA. Man kan finne en liste over team i USA på nettsiden til DSD-Translational Network (DSD-TRN). Det finnes også team i en rekke europeiske land (Thyen et al., 2018). Selv om det finnes hindringer for etablering av slike team, slik Sandberg og Mazur (2014) har påpekt, kan flerfaglige team bidra til å overkomme en

rekke problemer som har vanskeliggjort god ivaretagelse av personer med intersextilstander, og deres familier, slik som spredte og usammenhengende hjelpetilbud, den begrensede eller fraværende kommunikasjonen mellom profesjonsutøvere, og de resulterende fragmenterte forklaringene folk mottar, som forårsaker mer forvirring enn oppklaring.

De fleste som er født med intersextilstander blir identifisert ved fødselen eller like etter, mens andre identifiseres senere, for eksempel ved puberteten (se Brain et al., 2010, Tabell 1). Når dette skjer, blir teamets tilnærming modifisert ut fra diagnosen og alderen. Hvis det er behov for det, kan teamsammensetningen i noen tilfeller utvides for å inkludere ytterligere ekspertise.

Det rapporteres at barn som ivaretas av et flerfaglig team har en signifikant høyere sjanse for å motta nesten den fulle bredden av tjenester, og ikke bare de tjenestene som tilbys av én enkelt person (Crerand et al., 2019). Foreldre som fikk den typen ivaretagelse snakket positivt om psykososiale tjenester og teamtilnærmingen, og rapporterte at de fikk mer informasjon enn de som ikke fikk forholde seg til et slikt team (Crerand et al., 2019).

### Anbefaling 10.2

**Vi anbefaler at helsepersonell som ivaretar TKN-ungdommer og TKN-voksne, oppsøker opplæring og utdanning som omhandler de aspektene ved ivaretagelse av personer med intersextilstander som er relevante for deres profesjon.**

Intervjumateriale fra legestudenter (Liang et al., 2017; Zelin et al., 2018), og fra egenvurderinger og surveyundersøkelser i studieløpet (DeVita et al., 2018; Khalili et al., 2015), peker på at legestudier ikke forbereder praktikere tilstrekkelig til å kunne tilby kompetent ivaretagelse av personer med

kjønnsdysfori, og de med intersextilstander. Profesjonsutøvere og interessenter som deltar på intersekspesifikke arrangementer har identifisert stadig pågående utdanning og samarbeid med andre som viktige behov for helsepersonell sin profesjonsutvikling (Bertalan et al., 2018; Mazur et al., 2007). Det kan gjelde spesielt for de som jobber med voksenhelse og har mindre erfaring med klinisk veiledning og støtte av personer som transisjonerer fra pediatrik til voksen helse (Crouch & Creighton, 2014).

Det finnes dog få retningslinjer for opplæring i arbeid med disse temaene, og for vurdering av kompetanse, og de som finnes handler primært om helsepersonell som jobber med psykisk helse (Hollenbach et al., 2014), med unntak av en guide til primærhelse (National LGBTQIA + Health Education Center, 2020).

For helsepersonell som ønsker å øke sin kompetanse kan det å oppsøke ekspertise for konsultasjon være en mulighet når det ellers ikke finnes tilgjengelig formell utdanning eller empirisk baserte retningslinjer. Gitt den relativt utbredte praksisen med flerfaglige team i ivaretagelse av personer med intersextilstander (Pasterski et al., 2010), er de som jobber i slike team ganske godt posisjonert til å konsultere med, og til å utdanne annet helsepersonell som eventuelt ikke har mottatt tilstrekkelig opplæring (Hughes et al., 2006). Derfor anbefales det at opplæring av annet helsepersonell utgjør en sentral del av teamutviklingen (Auchus et al., 2010), og at medlemmer av slike team får opplæring som spesifikt handler om teamarbeid og strategier for tverrprofesjonell læring (Bisbey, et al., 2019; Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011).

### Anbefaling 10.3

**Vi foreslår at helsepersonell utdanner og er rådgivere for familier med barn med intersextilstander, fra diagnosen blir satt og over tid, om barnets spesifikke tilstand og de**

## psykososiale implikasjonene.

Allerede ved diagnostiseringen bør man begynne med full åpenhet om medisinsk informasjon til familier som har barn med interseksualiteter, gjennom skoling og rådgivning, på måter som samsvarer med veiledningen som finnes i flere internasjonale konsensusbaserte retningslinjer. Et av de mest utfordrende aspektene ved nyfødte med interseksualiteter, spesielt når de er forbundet med synlig uklare kjønnskarakteristikker, er tillegging av kjønnskategori, og fra foreldrenes perspektiv: oppdragelseskjønn (Fisher, Ristori et al., 2016). Gitt at dette er en veldig stressende situasjon for de fleste foreldre, anbefales det generelt at avgjørelser om kjønn tas så raskt en grundig diagnostisk evaluering tillater (Houk & Lee, 2010). Samtidig har kriteriene for avgjørelser om kjønn endret seg over tid. I den siste halvdel av det 20. århundre, helte avgjørelsene ofte i retning jente fordi feminiserende genitalkirurgi ble sett som enklere og mindre utsatt for bieffekter enn maskuliniserende kirurgi. Likevel, i noen interseksualiteter, for eksempel 46,XY 5-alfa-reduktase type 2-mangel, ble det funnet at å tillegge kvinnelig kjønn er forbundet med en høyere prosent som utvikler kjønnsdysfori og gjennomfører kjønnsbekreftende behandling (Yang et al., 2010). Derfor har det siden 2005, på The International Consensus Conference on Intersex Management (den internasjonale konsensuskonferansen om ivaretagelse av personer med interseksualiteter), vært ansett som gjeldende at man i avgjørelser om kjønn tar i betraktning den nå voksende evidensen om kjønnsidentitet over tid i de forskjellige interseksualitetene.

Praksisen med åpenhet på dette området forsøker å legge til rette for bedre informert beslutningstaking rundt behandling. I tillegg er det slik at mens skam og stigma rundt interseksualitet er forbundet med dårligere psykososiale resultater, har åpen og proaktiv kommunikasjon av helseinformasjon blitt foreslått som en strategi for å redusere denne

risikoen (de Vries et al., 2019). Avhengig av diagnose og utviklingsstadium, kan interseksualiteten innvirke forskjellig på en person og dennes behov for helsetjenester. Derfor må kommunikasjon om helse vedrørende interseksualiteten både være stadig pågående og skreddersydd til hver person. Forskning på avgjørelser som tas om behandling i interseksualiteter antyder at familier påvirkes av hvordan kliniske team kommuniserer (Timmermans et al., 2018). I tråd med SOC anbefaler vi helsepersonell å legge an til normaliserende, bekreftende språk og holdninger på tvers av alle utdannings- og rådgivningsfunksjoner. For eksempel er det mer anerkjennende å kalle det atypiske ved genitalier for en «variasjon» eller «en forskjell», enn å bruke «fødselsdefekt» eller «abnormalitet».

Alt helsepersonell som er involvert i en persons ivaretagelse kan tilby grunnleggende opplæring og informasjon til familier. I flerfaglige team kan typen opplæring være basert i vedkommendes spesialfelt. For eksempel kan en kirurg forklare en person om dennes anatomi, en endokrinolog om det spesifikke ved personens hormonelle utvikling, eller helsepersonell som jobber med psykisk helse om spektrene av kjønn og seksualitet.

Annet helsepersonell kan måtte tilby en bredere opplæring. Familier bør få informasjon som er relevant for personens spesifikke interseksualitet, når dette er kjent. Alt helsepersonell kan supplere den informasjonen med pasientsentrerte ressurser som støttegrupper har tilgjengelig. Personer med interseksualiteter har også blitt ansatt som teammedlemmer for å tilby informasjon med sin levde erfaring som grunnlag.

Konsensusbaserte retningslinjer anbefaler også at familier tilbys pågående psykososial støtte fra profesjonelle og likesinnede (Hughes et al., 2006), noe som kan involvere



rådgivning med fokus på problemløsning og forventninger (Hughes et al., 2006). For eksempel kan familier etterspørre hjelp med hvordan forklare ting til andre, som søsken, utvidet familie og profesjonsutøvere med ansvar for barnet – om den spesifikke intersextilstanden barnet har. Andre familier kan trenge støtte eller psykisk helsehjelp for å takle stresset ved intersexrelatert behandling. Ungdommer kan med fordel få veiledning om hvordan fortelle jevnaldrende om sin tilstand, og støtte når de skal navigere dating og sex. Å gi råd kan også involvere veiledning av personer i alle aldre, med familiemedlemmer, gjennom en felles avgjørelsesprosess om medisinske eller kirurgiske intervensjoner. De som tilbyr tjenestene kan eventuelt bruke verktøy som er utformet for å presentere informasjonen på en forståelig måte for pasienten og dens familie for å støtte denne prosessen (Sandberg et al., 2019; Weidler et al., 2019).

#### Anbefaling 10.4

**Vi foreslår at både helsepersonell og foreldre involverer barn/personer med intersextilstander i tilbakevendende og utviklingsmessig tilpasset kommunikasjon om deres tilstand og de psykososiale implikasjonene.**

Kommunikasjon av helseinformasjon foregår i flere retninger, inkludert fra helsepersonell til pasienter, fra foreldre til pasienter, og fra pasienter tilbake til helsepersonell (Weidler & Peterson, 2019). Selv om det har blitt mest vektlagt dette med kommunikasjon til foreldre om diagnostiske elementer og kirurgiske avgjørelser, så har unge med DSD rapportert om hindringer for å forholde seg til helsepersonell, og de spør ikke alltid sine foreldre om støtte (Callens et al., 2021). For å forberede pasienter til å kunne være fullt ut engasjerte og autonome i sin behandling er det viktig at både helsepersonell og foreldre kommuniserer kontinuerlig med barnet eller vedkommende det er snakk om.

Helsepersonell må så tidlig som mulig etablere en forventning om at det skal være åpen, pågående kommunikasjon mellom alle parter, spesielt fordi foreldre kan være fortvilte over usikkerheten forbundet med DSD og kan se etter raske løsninger (Crissman et al., 2011; Roberts et al., 2020). For å bidra til slik kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter/familier har det blitt utviklet forskjellige modeller og verktøy for felles avgjørelsesprosesser (Karkazis et al., 2010; Sandberg et al., 2019; Siminoff & Sandberg, 2015; Weidler et al., 2019). I tillegg til å etablere forventningen om dialog kan også helsepersonell sette tonen for den. De kan hjelpe foreldre og barna/pasientene selv til å tolerere diagnostisk uklarhet mens de samtidig tilbyr kursing om anatomiske variasjoner, være rollemodeller for åpenhet for alle kjønnsidentiteter og seksualiteter, og være mottagelig for alle barnets/pasientens spørsmål. Ettersom de blir eldre kan de ha spørsmål eller trenge annen alderstilpasset informasjon om sex, menstruasjon, fruktbarhet, behov for hormonbehandling (binyrebark/kjønn), mulig osteoporose, og kreftfare.

Foreldre spiller også en viktig rolle i opplæring av sine barn, og kan være de første som gir helseinformasjon til dem (Callens et al., 2021). Som en del av jobben med å etablere forventninger rundt kommunikasjon bør helsepersonell forberede foreldre på å fortelle om intersexdiagnosen og behandlingshistorien til deres barn, og til støttenettverket. Noen foreldre rapporterer om vanskeligheter med å vite hvor mye de skal fortelle til andre, og til sine egne barn (Crissman et al., 2011; Danon & Kramer, 2017). Stresset foreldrene opplever mens de oppdrar et barn med en intersextilstand øker dersom de tar en tilnærming som minimerer avsløring og diskusjon av deres barns diagnose (Crissman et al., 2011). Stressnivået varierer også med utviklingsstadium, der foreldre som har



ungdommer rapporterer høyere nivå (Hullman et al., 2011). Derfor bør helsepersonell bistå foreldre i å utvikle strategier som er spesifikke for deres barns utviklingsstadium, og som adresserer deres psykososiale eller kulturelle bekymringer og verdier (Danon & Kramer, 2017; Weidler & Peterson, 2019). Avslutningsvis skal det sies at bredere forskning på kjønn- og seksualitetsmangfold har funnet at i motsetning til hvordan skam og stigma er forbundet med negative helse, er familiens støttende oppførsel (inkludert samtaler med barnet om dets identitet, og å introdusere barnet til likesinnede) forbundet med bedre selvfølelse og bedre helse (Ryan et al., 2010).

#### Anbefaling 10.5

**Vi foreslår at helsepersonell og foreldre støtter barn/personer med interseksualitet i å utforske sin kjønnsidentitet videre gjennom livet.**

Både psykologiske, sosiale og kulturelle faktorer virker sammen med biologiske faktorer i formingen av en persons kjønnsidentitet. Som gruppe har personer med interseksualitet økt forekomst av kjønnsnormbrytende adferd, spørsmålstilling ved eget kjønn, og ønsker knyttet til et annet kjønn i barndommen; dette er delvis avhengig av det manglende samsvaret mellom den prenatal kjønnsormonbalansen der fosterhjernen differensierte seg og kjønns-kategorien som ble tillagt ved fødselen (Callens et al., 2016; Hines, et al., 2015; Meyer-Bahlburg et al., 2016; Pasterski et al., 2015). Vanskeligheter med kjønnsidentitet kan observeres i ulik grad hos personer med forskjellige interseksualiteter (de Vries et al., 2007). I senere år har noen vist seg å utvikle en ikke-binær identitet, i hvert fall privat (Kreukels et al., 2018). Selv om majoriteten av personer med interseksualitet verken opplever kjønnsdysfori eller ønsker en kjønnsbekreftende transisjon, kan de likevel føle på usikkerhet og ubesvarte spørsmål rundt sitt kjønn (Kreukels

et al., 2018). Det kan bli spørsmål om kjønnsidentitet på grunn av faktorer som utseende på genitaliene, utvikling i puberteten, og kjennskap til informasjon slik som det diagnostiske ordet på den medisinske tilstanden, gonadestatus, kjønnskromosomer og at de har en historie med genitalkirurgi. På grunn av dette bør helsepersonell være tilgjengelige for å diskutere slike spørsmål og følelser, for å snakke åpent om kjønns-mangfold, og for å legge an til en mindre binær tilnærming til kjønn. Helsepersonell anbefales også å veilede foreldre i hvordan støtte sine barn i utforskning av kjønn.

Videre bør ikke slik støtte begrenses til barndomsårene. Folk bør heller gis muligheter til å utforske sin kjønnsidentitet gjennom hele livet, fordi nye faser av livet kan innebære at det dukker opp nye spørsmål rundt kjønn (for eksempel puberteten/ungdomstiden, eller fruktbar, voksen alder). Barn kan generelt ha mange spørsmål om sin kjønnsidentitet i sentrale perioder av sin modning og utvikling. Barn med interseksualitet kan trenge støtte når de utsettes for ytterligere stressfaktorer, som uklare kjønns-karakteristikker, genitale undersøkelser og prosedyrer, og i tillegg interseksualiteten som kulturelle fordommer og innflytelse innebærer; de bør oppfordres til å oppsøke hjelp hos profesjonelle ved behov. Helsepersonell bør også spørre regelmessig om klienter med interseksualitet trenger slik støtte. Når noen opplever kjønnsinkongruens kan kjønnsbekreftende intervensjoner vurderes. Prosedyrene som bør involveres i slike intervensjoner er beskrevet i andre kapitler.

#### Anbefaling 10.6

**Vi foreslår at helsepersonell fremmer mulighet for trivsel og velvære, og minimerer potensielt interseksualitets-knyttet stigma, ved å samarbeide med både medisinske og ikke-medisinske personer og organisasjoner.**

Personer med intersextilstander rapporterer at de opplever stigma, skam, skyldfølelse, sinne, tristhet og depresjon (Carroll et al., 2020; Joseph et al., 2017; Schützmann et al., 2009). Det er også observert høyere nivåere av psykologiske problemer i denne populasjonen enn i den generelle befolkningen (Liao & Simmonds, 2014; de Vries et al., 2019). I tillegg må ikke det kliniske teamet overse foreldres frykt for stigmatisering og tilpasning til deres barns diagnose. Foreldre kan ha nytte av støttende rådgivning som bistår både i kliniske avgjørelser (Fleming et al., 2017; Rolston et al., 2015; Timmermans et al., 2019) og i forståelse av hva deres kliniske avgjørelser innebærer for deres syn på barnet (Crissman et al., 2011; Fedele et al., 2010).

Thyen et al. (2005) fant at gjentatte genitale undersøkelser framstår som forbundet med skam, frykt og smerte, og kan øke muligheten for å utvikle posttraumatisk stresslidelse (PTSD) senere i livet (Alexander et al., 1997; Money & Lamacz, 1987). Eksponering for gjentatte genitale undersøkelser, frykt for medisinske intervensjoner, og foreldres og legers hemmeligholding av intersextilstanden, vil i siste instans undergrave personens selvtillitt og følelse av agentskap (Meyer-Bahlburg et al., 2018; Thyen et al., 2005; Tishelman et al., 2017; van de Grift, Cohen-Kettenis et al., 2018). For anbefalinger om hvordan gjennomføre genitalundersøkelser med minimalt negative psykologiske konsekvenser, se Tishelman et al. (2017).

Det gjøres en aktiv innsats innenfor intersexbevegelsen for å lette på stigmaet og sikre menneskerettigheter og verdighet for intersexpersoner, i stedet for at de skal sees som medisinske anomalier og kuriositeter (Yogyakarta Principles, 2007, 2017). Chase (2003) oppsummerer hovedgrunnene for den politiske intersexbevegelsen og presenterer hvordan stigma og følelsesmessige traumer er følger av

ignoranse og et antatt behov for hemmeligholdelse. Offentlig bevissthet om intersextilstander er veldig begrenset, og bilder og historier om folk med intersextilstander er fremdeles presentert som «naturens avvik». Vi anbefaler derfor helsepersonell å aktivt utdanne sine kolleger og folk med intersextilstander, deres familier og miljøer, og jobbe for økt offentlig bevissthet og øke kunnskap om interseksualitet. Sosial bevissthet og kunnskap rundt interseksualitet kan bidra til å redusere diskriminering og stigmatisering. Verktøy og utdanning/informasjonsmaterieell kan også bidra til å hjelpe personer med intersextilstander fortelle om dette, hvis det er ønsket (Ernst et al., 2016).

Helsepersonell bør være istand til å anerkjenne og adressere stigmatisering hos deres klienter (Meyer-Bahlburg et al., 2018), og bør oppfordre intersexpersoner av alle aldre til å knytte seg til støttegrupper. Det er behov for å utvikle spesifikke metoder for å hjelpe klienter med å takle stigmaet ved intersextilstanden.

#### Anbefaling 10.7

**Vi foreslår at helsepersonell, når det er indikert, henviser barn/personer med intersextilstander og deres familier til helsepersonell som jobber med psykisk helse, og eventuelt likesinnede og andre psykososialt støttende funksjoner.**

For nesten alle foreldre er fødselen av et barn med en intersextilstand helt uventet og kommer som et sjokk. At de ikke kan svare raskt og enkelt på spørsmålet «er det en gutt eller en jente?», manglende kunnskap om barnets tilstand, usikkerheten rundt barnets framtid og det gjennomgripende intersexstigmaet, kan lett føre til stor fortvilelse, noen ganger i så stor grad at det utgjør PTSD og kan føre til varig angst og depresjon (Pasterski et al., 2014; Roberts et al., 2020; Wisniewski & Sandberg, 2015). Denne situasjonen kan påvirke foreldreomsorgen og langsiktige utsikter

for et barn med en intersextilstand (Schweizer et al., 2017). Ettersom disse barna vokser opp risikerer de også å oppleve intersextigmaet i sine tre hovedformer (iverksatt, forventet, internalisert) i alle deler av livet (Meyer-Bahlburg et al., 2018), i tillegg til andre potensielle vanskeligheter, som for eksempel problemer med kroppsbildet, kjønnsnormbrytende oppførsel og undring om kjønnsidentitet. Mange kan også oppleve tilleggsutfordringer på grunn av bevisstheten om inkongruens mellom tillagt kjønn og biologiske karakteristikk som kjønnskaryotype, gonader, tidligere og/eller nåværende kjønnsormonforhold, og konfigureringen av det reproduktive systemet. Denne situasjonen kan også ha negative innvirkning på personens psykiske helse (Godfrey, 2021; Meyer-Bahlburg, 2022). En nyere nettbasert studie av et veldig stort utvalg av LHBTQ-ungdommer indikerte at de som har en fysisk intersextilstand har høyere forekomst av dårligere psykisk helse enn de uten (Trevor Project, 2021). Ettersom intersextilstander er sjeldne, kan foreldre til slike barn, og senere personene selv, oppleve sin situasjon som unik og veldig vanskelig for andre å forstå. Blant helsepersonell med klinisk erfaring med intersex er det derfor konsensus om at sosial støtte er en helt kritisk del av ivaretagelse av intersexpersoner, og ikke bare gjennom støtte fra helsepersonell som jobber med psykisk helse (Pasterski et al., 2010); det er også veldig viktig med støttenettverk av folk med intersextilstander (Baratz et al., 2014; Cull & Simmonds, 2010; Hughes et al., 2006; Lampalzer et al., 2021). Lee, Nordenström et al. (2016) har samlet en detaljert, internasjonal liste over støttegrupper og politiske organisasjoner, med nettsider, for personer med DSD og intersextilstander. Gitt den heterogene variasjonen av intersextilstander og behandlingsopplegg kan en person eventuelt finne det mest nyttig å knytte seg til en støttegruppe som inkluderer mennesker med samme eller lignende tilstand som dem selv. Det er viktig at helsepersonell som

spesialiserer seg i ivaretagelse av intersexpersoner også samarbeider tett med slike støttegrupper, så uenigheter om spesifikke aspekter ved behandling, som i blant dukker opp, kan løses gjennom detaljerte diskusjoner. Nær kontakt mellom helsepersonell og støttegrupper kan også bidra til at det skjer deltagende forskning med utgangspunkt i dette miljøet, noe begge sider drar nytte av.

### Anbefaling 10.8

**Vi anbefaler at helsepersonell veileder personer med intersextilstander og deres familier vedrørende pubertetsundertrykking og/eller hormonbehandlingsalternativer, innenfor den konteksten personens kjønnsidentitet, alder og unike medisinske situasjon utgjør.**

Selv om mange med en intersextilstand har en kjønnsidentitet som samsvarer med deres XX eller XY karyotype, er det tilstrekkelig heterogenitet til at helsepersonell bør være i stand til å tilby tilpassede tilnærminger. For eksempel er det slik at blant XX personer med viriliserende CAH er det et større enn forventet mindretall med mannlig kjønnsidentitet (Dessens et al., 2005). Blant XY personer med delvis androgeninsensitivitetssyndrom (AIS) kan kjønnsidentitet variere veldig (Babu & Shah, 2021). Videre, blant XY individer tillagt kjønnskategorien kvinne ved fødselen, med 5-alfa-reduktase type 2-mangel ( $5\alpha$ -RD-2) og med 17-beta hydroksysteroid dehydrogenase 3-mangel, skifter en stor andel (respektivt 56–63% og 39–64%) fra typisk kvinnelig kjønnsrolle til typisk mannsrolle ettersom de blir eldre (Cohen-Kettenis, 2005).

Folk med interseksualitet har en rekke medisinske alternativer avhengig av deres kjønnsidentitet og dennes grad av samsvar med anatomien. Disse alternativene inkluderer pubertetsundertrykkende

medisiner, hormonbehandling og kirurgiske intervensjoner, alt tilpasset deres unike situasjon (Weinand & Safer, 2015; Safer & Tangpricha, 2019) (for videre informasjon, se Kapittel 6 – Ungdommer og Kapittel 12 – Hormonbehandling). Spesifikt skal det nevnes at i kroppene der gonadene fungerer, kan puberteten midlertidig utsettes ved bruk av gonadotropinfrigivende hormonagonister (GnRH). Slik intervensjon kan bidra til at det går en nødvendig mengde tid så personen får utforsket sin kjønnsidentitet, og kan delta aktivt selv i tillegging av kjønnskategori; spesielt i tilstander der kjønnsrolleendring er vanlig (som med personer oppdratt som jenter, med 5-alfa-reduktase type 2-mangel; Cocchetti, Ristori, Mazzoli et al., 2020; Fisher, Castellini et al., 2016).

Hvis de har tilstrekkelig ekspertise kan helsepersonell gi direkte råd til intersexpersoner og deres familier, og bruke ekspertisen til å finne ut av både et hensiktsmessig behandlingsløp for det individet, og logistikken involvert i å implementere det valgte terapeutiske løpet.

#### Anbefaling 10.9

**Vi foreslår at helsepersonell veileder foreldre og barn med intersextilstander (når de er tilstrekkelig kognitivt utviklet) i retning av å avvente kjønnsbekreftende genitalkirurgi, fjerning av gonader, eller begge, slik at barnets selvbestemmelse, evne til å delta i en avgjørelsesprosess og samtykkekompetanse optimaliseres.**

Internasjonale menneskerettsorganisasjoner har i økende grad uttrykt bekymring; det at det utføres kirurgi på et barn som ikke kan delta på en meningsfull måte i avgjørelsen setter barnets menneskerettigheter i fare – både retten til autonomi, selvbestemmelse og en åpen framtid (f.eks., Human Rights Watch, 2017). Mange medisinske og intersexorienterte politiske organisasjoner, og flere land, har sluttet seg til disse

menneskerettsorganisasjonene i å anbefale at kirurgi utsettes, når dette er medisinsk gjennomførbart (Dalke et al., 2020; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020). Like fullt er det viktig å notere seg at noen anatomiske variasjoner utgjør en akutt risiko for fysisk helse, slik som urinveisobstruksjon, eller eksponerte bekkenorganer (Mouriquand et al., 2016). Andre variasjoner, slik som blokkering av menstruasjonsutløp eller risiko for senere kreftutvikling ved testikkelretensjon (en tilstand der en eller begge testikler ikke fullfører vandring til scrotum og blir værende høyere opp, for eksempel i lyskekanalen, o.a.) har mulige fysiske konsekvenser. En tredje gruppe, som innebærer en variasjon i genitalienes utseende, eller dybden på vagina, innebærer ingen fysisk risiko, verken akutt eller over tid. Den felles anbefalingen nevnt over adresserer kun de anatomiske variasjonene som ikke har noen umiddelbare negative konsekvenser hvis de får forbli ubehandlet, og der utsetting av kirurgi ikke utgjør noen fysisk helserisiko.

Ikke-akutte kirurgiske inngrep på personer med disse variasjonene er komplekst og ofte omstridt, spesielt når personen er nyfødt eller et lite barn og ikke kan delta i avgjørelsesprosessen ennå. Eldre mennesker med intersextilstander har rapportert psykososiale problemer og problemer med seksuell helse, inkludert depresjon, angst og seksuell og sosial stigma (de Vries et al., 2019; Rosenwohl-Mack et al., 2020). Noen studier har pekt på at personer med en spesifikk variasjon (46, XX CAH) støtter at kirurgi utføres før puberteten (Bennecke et al., 2021). Nyere studier framholder at noen ungdommer og voksne er fornøyde med genitalienes utseende og funksjon etter kirurgi i barndommen (Rapp et al., 2021). Et barns utypiske genitalier kan også være en kilde til stress for foreldre, og det finnes forskning som rapporterer en forbindelse mellom kirurgi som skaper binært utseende



genitalier, og en begrenset mengde redusering av foreldres fortvilelse (Wolfe-Christensen et al., 2017), selv om et mindretall av foreldre rapporterer at de angrer sin avgjørelse (Ellens et al., 2017). Som konsekvens anbefaler noen organisasjoner at kirurgi kan tilbys til veldig små barn (American Urological Association, 2019; Pediatric Endocrine Society, 2020).

Dette viser hvor delt det medisinske feltet er angående retningslinjer for tidlig genitalkirurgi. Forfatterne av dette kapittelet oppnådde heller ikke full konsensus. Noen intersekspecialister ser det som potensielt skadelig å insistere på en universell utsettelse av tidlig genitalkirurgi for de som har genitale variasjoner uten umiddelbar medisinsk risiko. Grunner til dette inkluderer 1) at interseksstiltander er svært heterogene med hensyn til type og alvorlighetsgrad, og også struktur, funksjon og kreftfare i gonadene; 2) samfunn og familier er svært ulike når det gjelder kjønnsnormer og potensiale for interseksstigma; 3) tidlig kirurgi kan innebære noen tekniske fordeler; og 4) gjennomgang av undersøkelser blant personer med interseksstiltander (hvorav de fleste hadde gjennomgått genitalkirurgi) viser at majoriteten støtter at kirurgi gjøres før samtykkealder, spesielt i tilfeller av 46,XX CAH, og i noe mindre grad for personer med XY interseksstiltander (Meyer-Bahlburg, 2022). Ekspertene som støtter dette argumenterer for en individualisert tilnærming til avgjørelser om genitalkirurgi, og tiden for dette. Denne tilnærmingen har blitt vedtatt av spesialistforeninger med høy andel intersekspecialister (Bangalore Krishna et al., 2021; Pediatric Endocrine Society, 2020; Speiser et al., 2018; Stark et al., 2019) og av enkelte støttegrupper (CARES Foundation; Krege et al., 2019). Uansett finnes få langsiktige studier som ser på resultater, og de fleste som rapporterer om positive resultater mangler kontrollgrupper som ikke har gått gjennom slik kirurgi (Dalke,

et al., 2020; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020). Det finnes heller ikke noe bevis på at kirurgi beskytter barn med interseksstiltander fra stigma (Roen, 2019). Voksne med interseksstiltander opplever stigma, depresjon og angst relatert til sine genitalier, men de kan oppleve stigma om de har hatt kirurgi eller ikke (Ediati et al., 2017; Meyer-Bahlburg, Khuri et al., 2017; Meyer-Bahlburg et al., 2018). Det finnes også evidens på at kirurgi kan føre til signifikante kosmetiske, urinveisrelaterte, og seksuelle komplikasjoner som varer inn i voksen alder (Gong & Cheng, 2017; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020). Nyere studier peker på at noen grupper kan ha spesielt negative erfaringer med gonadektomi (fjerning av gonadene, o.a.), selv om denne risikoen må veies opp mot kreftfare i gonadene (Duranteau et al., 2020; Rapp et al., 2021). Det er også mye mer sannsynlig enn for resten av befolkningen at personer med interseksstiltander er transpersoner, eller på annen måte kjønnsnormbrytende, og kjønnsdysforiske (Almasri et al., 2018; Pasterski et al., 2015). Genitalkirurgi på små barn kan derfor forsterke en binær kjønnsstilling som ikke samsvarer med personenes framtid. Disse funnene, sett sammen med menneskerettighetsperspektivet, støtter en utsettelse av kirurgi til personen selv kan avgjøre.

Det er et akutt behov for systematiske oppfølgingsstudier over tid, som sammenligner personer med de samme interseksstiltandene, som var ved ulik alder ved kirurgi eller ikke har gjennomgått kirurgi, med hensyn til kjønnsidentitet, psykisk helse og generell livskvalitet.

#### Anbefaling 10.10

**Vi foreslår at kun kirurger med erfaring med genital- og gonadekirurgi på personer med interseksstiltander utfører dette.**



Intersextilstander er sjeldne, og blant disse igjen ser vi en heterogen genital- og gonadeanatomi. Kirurgi har vært forbundet med risiko for signifikante, langsiktige komplikasjoner (f.eks., National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020), og de fleste kirurgiske utdanninger forbereder ikke sine studenter på denne typen spesialisert behandling (Grimstad, Kremen et al., 2021).

Retningslinjer skrevet av eksperter, og gjennom internasjonale konsesusprosesser, anerkjenner hvor kompleks kirurgisk ivaretagelse av denne gruppen er, gjennom livsløpet, og anbefaler at dette tilbys av flerfaglige ekspertteam (Krege et al, 2019; Lee, Nordenström et al., 2016; Pediatric Endocrine Society, 2020). Derfor anbefaler vi at kirurgiske tilnærminger begrenses til intersekspecialiserte, flerfaglige settinger som inkluderer kirurger med erfaring i intersexbehandling.

#### Anbefaling 10.11

**Vi anbefaler at helsepersonell som skriver ut eller henviser til hormonbehandling/kirurgi, veileder personer med intersextilstander og fruktbarhetspotensiale, og deres familier, om a) kjente effekter av hormonbehandling/kirurgi på framtidig fruktbarhet; b) potensiell effekt av behandlinger som ikke er godt studert og der reversibiliteten er ukjent; c) alternativer for fruktbarhetsbevaring; og d) psykososiale implikasjoner ved manglende fruktbarhet.**

Personer med enkelte intersextilstander kan ha reproduktivt fungerende genitalier, men oppleve infertilitet på grunn av atypisk utvikling av gonadene. Andre kan ha fungerende gonader med levedyktige kimseller, men manglende evne til å oppnå naturlig fruktbarhet på grunn av inkongruente interne eller eksterne

genitalier (van Batavia & Kolon, 2016). Både pubertetsundertrykking, behandling med kjønnshormoner og kjønnsbekreftende kirurgi kan ha negativ innvirkning på framtidig fruktbarhet. Potensielle konsekvenser av behandlingen og alternativer for fruktbarhetsbevaring bør derfor gjennomgås og diskuteres.

Personer med fungerende testikler bør opplyses om at lengre behandling med østrogen, og undertrykking av testosteron, som studert hos TKN-personer uten intersextilstander, kan forårsake testikulær atrofi og redusert sædkvalitet (Mattawanon et al., 2018). Selv om avbrutt kjønnsbekreftende behandling kan forbedre sædkvaliteten, kan ikke full reversering av svekket sædkvalitet garanteres (Sermondade et al., 2021). De sentrale alternativene for fruktbarhetsbevaring for personer med fungerende testikler er nedfrysing av sæd, hvor sæden er innhentet via onanering eller stimulering med vibrator (de Roo et al., 2016). Selv om det ikke finnes data på at dette har fungert hos mennesker er det framlagt forslag om å tilby direkte ekstraksjon og nedfrysing av umodent testikkelvev til ungdommer som ennå ikke har nådd spermatogenese (Mattawanon et al., 2018).

Personer med fungerende eggstokker bør opplyses om at testosteronbehandling vanligvis fører til opphør av både menstruasjon og egglosning, ofte innen få måneder etter behandlingsstart. Det er noen store kunnskapshull når det gjelder den potensielle virkningen testosteron har på oocytter og påfølgende fruktbarhet. En studie av transpersoner viste at testosteronbehandling kan være forbundet med utvikling av eggstokker med polycystisk morfologi (Grynberg et al., 2010). Andre forskere har dog ikke funnet evidens på polycystisk ovariesyndrom (PCOS) blant transmenn som får kjønnsbekreftende behandling, basert på verken metabolske (Chan et al., 2018) eller histologiske parametre (de Roo et al., 2017).

Personer med inntakt livmor og fungerende eggstokker kan få fruktbarhetspotensialet tilbake hvis testosteronbehandlingen avbrytes.

Alternativer for fruktbarhetsbevaring hos postpubertale personer med intersextilstander og fungerende ovarier inkluderer hormonstimulering som muliggjør nedfrysing av modne oocytter, eller nedfrysing av vev fra en ovarie. Alternativt har det blitt rapportert om en transmann som hadde uthenting av oocytter etter ovariestimulering samtidig med fortsatt testosteronbehandling (Greenwald, 2021). Tilsvarende har det blitt rapportert om en transgutt på GnRH behandling som har gjennomført nedfrysing etter ovariestimulering (Rothenberg et al., 2019). Det skal sies at både stimulering av eggstokker, midlertidig avbrudd i GnRH behandling, testosteronbehandling eller begge, og gynekologiske prosedyrer, kan være veldig psykisk belastende; stressreaksjonen er videre påvirket av psykisk helse, kjønnsidentitet og andre medisinske opplevelser. Hvor aktuelle spesifikke intervensjoner er kan avhenge av støtte fra andre mennesker i personens sosiale nettverk, inkludert eventuelle partnere.

#### Anbefaling 10.12

**Vi foreslår at helsepersonell som ivaretar personer med intersextilstander og medfødt infertilitet tidlig og gradvis introduserer dem og deres familier for diverse alternative former for foreldreskap.**

For personer med intersexkarakteristikk kan sannsynlig infertilitet oppdages ved fødsel, i barndommen, ungdomstiden og voksenalder, før man kommer så langt som til voksenalder, før fruktbarhet er aktuelt. For mange registreres infertilitetsdiagnosen sammen med diagnosen på intersextilstand (Jones, 2019). For noen kan assistert befruktning (f.eks

med egg- eller sæddonasjon) være en mulighet. Det finnes flere veier til adopsjon. Noen av disse krever stort engasjement og betraktelig investering av tid. De som verken er interessert i innsatsen for å bli fruktbar som vi har beskrevet, eller de som ikke har det som mulighet, kan ha nytte av å bli tidlig introdusert til mulighetene som finnes for adopsjon og alternative former for foreldreskap. Selv om det har blitt gjennomført foreløpig vellykket livmortransplantering på personer med Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrom (müllersk agenesi) (Richards et al., 2021), finnes det så langt ingen etablert framgangsmåte som sikrer at fosteret ikke eksponeres for risikoen forbundet med medisinene som brukes for unngå avstøtningsreaksjon.

## KAPITTEL 11 Institusjonssettinger

Dette kapitlet tar for seg ivaretagelse av TKN-personer som bor på institusjoner. Per definisjon er institusjoner fasiliteter der folk bor og ivaretas i en setting der de utgjør en forsamling eller stor gruppe, der bevegelsesfrihet, samtykkemulighet og agentskap er noe hver person har – eller ikke har. Fengselsinstitusjoner (fengsler, mottakssenter og ungdomsfengsler) og andre institusjoner (sykehjem, psykiatriske institusjoner, omsorgsboliger, og hospice / steder for lindrende behandling) er alle steder der TKN-personer kan tilbys tilgang til helsehjelp. Evidensen som støtter hensiktsmessig ivaretagelse av TKN-personer er i stor grad basert på fengselsinstitusjoner. Likevel er anbefalingene vi kommer med her relevante for alle institusjoner med TKN-beboere, både de med og uten fengslingsfunksjon (Porter et al., 2016). Alle anbefalingene i *Standards of Care* gjelder like fullt for folk som bor i begge formene for institusjon. Folk bør ha tilgang til den medisinske nødvendige behandlingen uavhengig av hvordan/hvorfor de bor på institusjon (Brown, 2009). Ivaretagelse av institusjonsboere må ta med i betraktning at beboerne, i motsetning til de som ikke bor på institusjon, ikke har tilgang til å skaffe helsehjelp på egen hånd. Av den grunn må beboere på institusjon støttes i prosessen med å motta hjelp i henhold til *Standards of Care*, etablert av World Professional Association for Transgender Health (WPATH).

TKN-beboere ved fengselsinstitusjoner rapporterer at de mangler tilgang til medisinske nødvendige TKN-spesifikke helsetjenester (se Kapittel 2 – Universell anvendbarhet, Anbefaling 2.1); dette er rangert som deres mest sentrale bekymring i den tiden de sitter i fengsel (Brown, 2014; Emmer et al., 2011). Den strukturelle rasemessige forskjellsbehandlingen som foregår ved mange fengselsinstitusjoner

(Sawyer, 2020), rasebasert ulikhet i helsetilstand (Nowotny et al., 2017), og overrepresentasjonen av melaninrike TKN-personer ved noen institusjoner (Reisner et al., 2014) understreker behovet for at ledelse ved institusjoner tar tak i behovet for tilgang til TKN-relaterte helsetjenester og ivaretagelse. Kontrollerte studier viser at det er en klinisk signifikant forskjell på både psykisk og somatisk helse mellom TKN-personer som er involvert i rettssystemet, og en sammenlignbar gruppe som ikke har vært eller er fengslet (Brown and Jones, 2015). Det er for ofte slik at etater, strukturer og ansatte som sørger for helsetilbud mangler kunnskap, opplæring og kapasitet til å ivareta TKN-personer (Clark et al., 2017). Diskriminering av TKN-beboere på steder for lindrende behandling, inkludert hospicer, er vanlig, og behovene til TKN-pasienter, eller deres familie eller verger, har blitt ignorert i disse settingene (Stein et al., 2020). Dette er en av grunnene til at LHBT-pasienter kan velge å skjule sin seksualitet eller kjønnsidentitet når de flytter på sykehjem, selv når de har levd helt åpent med sin LHBT-identitet før de kom dit (Carroll, 2017; Serafin et al., 2013).

Alle anbefalingene i dette kapitlet er basert på en grundig gjennomgang av evidens, vurdering av fordeler og skadevirkninger, verdier og preferanser blant pasienter og de som tilbyr helsetjenester, og ressursbruk og gjennomførbarhet. I noen tilfeller anerkjenner vi at evidens er begrenset, og/eller at tjenestene ikke er tilgjengelige eller ønskelige. Størstedelen av den tilgjengelige forskningslitteraturen om institusjoner handler om de som oppholder seg i noen form for fengselsinstitusjon. Litteratur om andre typer institusjoner ble vurdert og referert til i den grad det var tilgjengelig. Vi håper framtidige undersøkelser vil adressere denne relative mangelen på data fra ikke-fengselsinstitusjoner. Anbefalingene over er generaliserbare for institusjonssettinger som har karakteristikk til felles, inkludert utvidet botid, tap av eller begrenset agentskap, og avhengighet av ansatte ved institusjonen for alle eller noen grunnleggende nødvendigheter.

### Anbefalinger

- 11.1- Vi anbefaler at helsepersonell som har ansvar for kjønnsbekreftende ivaretagelse av personer som bor på institusjon (eller er assosiert med institusjoner eller instanser) anerkjenner at hele listen av anbefalinger i SOC-8 gjelder like fullt for folk på institusjon.
- 11.2- Vi foreslår at institusjoner sørger for at alle ansatte får opplæring om kjønnsmangfold.
- 11.3- Vi anbefaler at helsepersonell med ansvar for å foreskrive og overvåke kjønnsbekreftende hormonbehandling for trans- og kjønnsnormbrytende personer på institusjon som har behov for dette, gjør dette uten unødige utsettelse og i henhold til SOC-8.
- 11.4- Vi anbefaler at ansatte og helsepersonell på institusjoner som har ansvar for å tilby helsetjenester til trans- og kjønnsnormbrytende personer, anbefaler og støtter kjønnsbekreftende kirurgiske intervensjoner i samsvar med SOC-8 når dette etterspørres, uten unødige utsettelse.
- 11.5- Vi anbefaler at administratører, helsepersonell og alle andre som jobber på institusjoner der de har ansvar for trans- og kjønnsnormbrytende personer, sørger for at de som ber om klær og estetiske- og hygieneprodukter som samsvarer med sitt kjønnsuttrykk, får tilgang til dette.
- 11.6- Vi anbefaler at alle ansatte på institusjoner alltid tilter trans- og kjønnsnormbrytende personer med deres valgte navn og pronomen.
- 11.7- Vi anbefaler at institusjonsadministratører, helsepersonell og andre offentlig ansatte som er ansvarlige for å ta avgjørelser om trans- og kjønnsnormbrytende personers plassering, forholder seg til hver persons preferanse, kjønnsidentitet og -uttrykk, og sikkerhetshensyn, i stedet for kun deres anatomi eller kjønnskategori som ble tillagt ved fødselen.
- 11.8- Vi anbefaler at institusjonspersonalet etablerer husregler som sikrer trans- og kjønnsnormbrytende personers sikkerhet uten å segregere eller isolere dem.
- 11.9- Vi anbefaler at institusjonspersonalet sikrer trans- og kjønnsnormbrytende personer privat tilgang til dusj- og toalettfasiliteter ved forespørsel.

### Anbefaling 11.1

**Vi anbefaler at helsepersonell som har ansvar for kjønnsbekreftende ivaretagelse av personer som bor på institusjon (eller er assosiert med institusjoner eller instanser) anerkjenner at hele listen av anbefalinger i SOC-8 gjelder like fullt for folk på institusjon.**

Akkurat som at folk på institusjon trenger og fortjener psykisk og somatisk helsehjelp både generelt og innen spesialistområder, anerkjenner vi at det finnes TKN-personer på disse institusjonene som dermed trenger ivaretagelse som er spesifikk for TKN-helse. Vi anbefaler at *Standards of Care* (SOC) brukes som grunnleggende prinsipper for helse og etikk (Beauchamp & Childress, 2019; Pope & Vasquez, 2016). I tillegg er det slik at tallrike rettsinstanser nå lenge har insistert på behovet for å tilby TKN-informert ivaretagelse basert i SOC fra WPATH, også til personer som lever på institusjon (f.eks., Koselik v. Massachusetts, 2002; Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020). Etater og byråer som stiller med langtidsansatte til hjemmetjenester bør også være klar over *Standards of Care* og at denne bør være gjeldende.

### Anbefaling 11.2

**Vi foreslår at institusjoner sørger for at alle ansatte får opplæring om kjønns mangfold.**

Fordi ivaretagelse av TKN-helse angår en liten prosent av befolkningen krever det spesialisert opplæring, som beskrevet i denne SOC, versjon 8. Selv om opplæringsnivået vil variere i forhold til den ansattes rolle i institusjonskonteksten, vil alle ansatte ha behov for opplæring i å forholde seg på en hensiktsmessig måte til beboere, mens andre klinisk ansatte kan trenge mer intensiv opplæring og/eller konsultasjon. Disse anbefalingene om opplæring gjelder også for etater og byråer

som bidrar med ansatte til langvarige hjemmetjenester. Å feilkjønne TKN-personer som bor på institusjoner, og å nekte dem riktige klær, dusjfasiliteter og bolig, og ikke bruke riktig navn, signaliserer mangel på respekt og de kan oppleve slike gjentatte uverdigheter som følelsesmessig traumatiske, deprimerende og angstproduserende. Ved å sørge for at alle ansatte får opplæring om TKN-personer og grunnleggende kompetanse i TKN-relatert ivaretagelse, kan disse negative effektene forebygges (Hafford-Letchfield et al., 2017). Surveyundersøkelser indikerer at folk som jobber ved fengselsinstitusjoner, og ved ikke-fengselsinstitusjoner, for eksempel de som utfører lindrende pleie slik som hospicer, har betraktelig kunnskapsmangel (Stein et al., 2020; White et al., 2016). Hafford-Letchfield et al. (2017) viste fordelene ved å lære opp ansatte i langtidspleie når slik opplæring begynte med å «anerkjenne LHBT-tematikk», og foregikk i omsorgsboliger. Hvis tilordnet helsepersonell mangler ekspertisen til å vurdere og/eller behandle TKN-personer som er under deres omsorg, bør det oppsøkes konsultasjon med eksterne profesjonsutøvere som har ekspertise i å tilby kjønnsbekreftende helsetjenester (Brömdal et al., 2019; Sevelius and Jenness, 2017).

### Anbefaling 11.3

**Vi anbefaler at helsepersonell med ansvar for å foreskrive og overvåke kjønnsbekreftende hormonbehandling for TKN-personer på institusjon som har behov for dette, gjør dette uten unødige utsettelse og i henhold til SOC-8.**

TKN-personer kan plasseres på institusjon med et behov for vurdering av kjønnsbekreftende hormonbehandling, eller kan utvikle et behov for det etter å ha bodd på institusjon i kortere eller lengre tid. Det er ikke uvanlig at TKN-personer nektes



hormonbehandling i måneds- eller årevis, etter de gjør det kjent at de har dette behovet, eller at de blir underbehandlet og mangelfullt fulgt opp, med utsettelse av justering av medisineren som er nødvendig for at de skal fungere effektivt og trygt (Keohane, 2018; Kosilek v. Massachusetts, 2002; Monroe v. Baldwin et al., 2019). Dette kan resultere i betydelige negative konsekvenser for psykisk helse, inkludert depresjon, angst, suicidalitet og risiko for kirurgisk egenbehandling (Brown, 2010). Som med all medisinsk nødvendig behandling bør tilgang til kjønnsbekreftende hormonbehandling sikres på en betimelig måte når denne er indikert for en TKN-beboer, både ved fengsels- og ikke-fengselsinstitusjoner. Medisinsk personell skal justere medisineren på en hensiktsmessig måte, basert på laboratorieresultater og kliniske resultater, for å sikre at resultatene er innefor et område anbefalt av endokrinologer. Slike laboratorieprøver bør tas regelmessig slik at man ikke utsetter hensiktsmessig justering.

Eldre TKN-personer på langtidsinstitusjoner har unike behov (Boyd, 2019; Carroll, 2017; Porter, 2016). Når eldre mennesker etterspør hormonbehandling bør leger vurdere om det finnes eksisterende tilstander, selv om de sjelden absolutt kontraindikerer hormonbehandling for denne populasjonen (Ettner, 2013). Personer med kjønnsinkongruens på institusjoner kan også ha samtidige psykiske lidelser (Brown and Jones, 2015; Cole et al., 1997). Disse bør evalueres og behandles på en passende måte som del av den helhetlige vurderingen. Folk som får hormoner må følges tett opp, medisinsk, for å unngå potensielle medisinske interaksjoner og polyfarmasi (Hembree et al., 2017).

TKN-personer som flytter inn på institusjon med et justert og tilpasset

hormonbehandlingsregime, bør videreføres med lik eller lignende behandling og overvåkes i følge SOC-8. En «ikke gå videre»-tilnærming er uhensiktsmessig og farlig (Kosilek v. Massachusetts, 2002). En «ikke gå videre»-tilnærming er den utdaterte praksisen med å nekte hormoner til folk som ikke allerede er under behandling, eller å holde TKN-personer på inntaksdoseringen med hormoner gjennom hele institusjonsoppholdet, selv om det kanskje var en oppstartsdosering (lav dose). Der det blir vurdert som hensiktsmessig at en TKN-person igangsettes på kjønnsbekreftende hormonbehandling bør dette gjøres, akkurat som det bør gjøres utenfor en institusjon (Adams v. Federal Bureau of Prisons, No. 09-10272 [D. MO June 7, 2010]; Brown 2009). Konsekvensene av brå behandlingsstopp, eller manglende igangsetting av hormonbehandling når dette er medisinsk nødvendig, inkluderer en signifikant sannsynlighet for negative resultater (Brown, 2010; Sundstrom and Fields v. Frank, 2011), slik som kirurgisk egenbehandling ved selvkastring (egenhendig/ikke-medisinsk fjerning av testiklene, o.a.), depressivt humør, økt kjønnsdysfori og/eller suicidalitet (Brown, 2010; Maruri, 2011).

Hvis en person som bor på institusjon får kjønnsbekreftende hormoner og/eller kirurgi, kan det være, i kjønnsdelte institusjoner, at man må revurdere plasseringen, for TKN-personens sikkerhet, trivsel og velvære (Ministry of Justice [UK], 2016).

#### Anbefaling 11.4

**Vi anbefaler at ansatte og helsepersonell på institusjoner som har ansvar for å tilby helsetjenester til TKN-personer, anbefaler og støtter kjønnsbekreftende kirurgiske intervensjoner i samsvar med SOC-8 når dette etterspørres, uten unødige utsettelse.**

TKN-personer med kjønnsdysfori bør ha en hensiktsmessig behandlingsplan i retning

av å få medisinsk nødvendige kirurgiske inngrep som innebærer lignende elementer som de som tilbys mennesker utenfor institusjon (Adams v. Federal Bureau of Prisons, No. 09-10272 [D. MO June 7, 2010]; Brown 2009; Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020). Konsekvensene av å nekte tilgang til kjønnsbekreftende kirurgiske inngrep for beboere som ikke kan få tilgang til slik behandling utenfor institusjonen de bor på, kan være alvorlige. Dette inkluderer betraktelig forverring av kjønnsdysforiske symptomer, depresjon, angst, suicidalitet og muligheten for kirurgisk egenbehandling (f.eks., kastrering eller penektomi (fjerning av testikler eller penis, o.a.); Brown, 2010; Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020; Maruri, 2011). Det er ikke uvanlig for institusjonsbeboere å nektes tilgang til vurdering for kjønnsbekreftende kirurgi, i tillegg til at de nektes selve behandlingen, selv når den er medisinsk nødvendig (Kosilek v. Massachusetts/ Dennehy, 2012; Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020). Å nekte medisinsk nødvendig vurdering for, og gjennomføring av, kjønnsbekreftende kirurgiske intervensjoner og nødvendig postoperativ pleie, er u hensiktsmessig og ikke i samsvar med disse retningslinjene (SOC-8).

#### Anbefaling 11.5

**Vi anbefaler at administratorer, helsepersonell og alle andre som jobber på institusjoner der de har ansvar for TKN-personer, sørger for at de som ber om klær og estetiske- og hygieneprodukter som samsvarer med sitt kjønnsuttrykk, får tilgang til dette.**

Kjønnsuttrykk refererer til at folk har hårfrisyrer, estetiske- og hygieneprodukter, klær, navn og pronomen som er assosiert med sin kjønnsidentitet – i sin kultur og/eller sitt miljø (American Psychological Association, 2015; Hembree et al., 2017). Kjønnsuttrykk er normen blant de fleste mennesker innenfor en kultur eller et miljø. Sosial transisjon er prosessen der TKN-

personer begynner, og fortsetter, å uttrykke sin kjønnsidentitet på måter som er autentiske og sosialt gjenkjennelige. Ofte involverer sosial transisjon oppførsel og offentlig presentasjon som er annerledes enn det som vanligvis forventes for personer som er tillagt et visst kjønn ved fødselen. En kjønnsmarkør er den juridiske markøren for en persons kjønn som typisk tillegges eller designeres ved fødsel på offisielle dokumenter (American Psychological Association, 2015). Dette er vanligvis registrert enten som mannlig eller kvinnelig, men også intersex eller «X» i noen land eller jurisdiksjoner. TKN-personer har behov for den samme retten til kjønnsuttrykk cispersoner har, både innenfor og utenfor institusjoner. Ansattes aksept for sosial transisjonering etablerer også en tone som innebærer respekt og anerkjennelse og som kan øke respekt og anerkjennelse blant andre på institusjonen. Dermed økes isåfall sikkerheten, og noen aspekter ved kjønnsinkongruensen reduseres.

Forskning peker på at sosial transisjon og kongruent kjønnsuttrykk har en betydelig fordelaktig innvirkning på psykisk helse blant TKN-personer (Bockting & Coleman, 2007; Boedecker, 2018; Devor, 2004; Glynn et al., 2016; Russell et al., 2018). For å gi rom for å uttrykke kjønnsidentitet inkluderer disse anbefalingene tillatelse til å ha kjønnskongruente klær og hårfrisyrer, anskaffelse av estetiske- og hygieneprodukter som stemmer overens med kjønn de vil uttrykke, at folk tiltales med sitt valgte navn eller sitt etternavn (selv om man ikke har mulighet til å endre fornavn juridisk ennå), og at de blir adressert med det valgte pronomenet. Disse elementene ved kjønnsuttrykk og sosial transisjon, enten individuelt eller kollektivt, som indikert av personens behov, reduserer kjønnsdysfori/-inkongruens, depresjon, angst, selvskadingstanker og handlinger, suicidalitet og selvmordsforsøk (Russell et al., 2018). Videre øker disse elementene ved kongruente kjønnsuttrykk trivsel, velvære

og funksjonsnivå (Glynn et al., 2016).

#### Anbefaling 11.6

**Vi anbefaler at alle ansatte på institusjoner alltid tiltaler TKN-personer med deres valgte navn og pronomen.**

Gitt at en økende andel av befolkningen åpent identifiserer seg som TKN-personer, er det behov for å utvikle og implementere praksiser og reglementer som møter behovene deres uansett hvor de bor (McCauley et al., 2017). For eksempel bør institusjoner benytte seg av medisinske og administrative journalsystemer for sine beboere som registrerer kjønnsmarkør i samsvar med kjønnsidentitet og ikke bare kroppslig kjønnskategori tillagt ved fødselen. I utviklingen av SOC anbefalingene anerkjente vi at utvidete muligheter for kjønnsuttrykk og tilhørighet kan utfordre noen institusjonsnormer der det bør TKN-personer. Like fullt har alle institusjoner ansvar for å sørge for sikkerhet, trivsel og velvære for alle beboere (Australia, 2015; Corrective Services New South Wales, 2015; Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020; Kosilek v. Massachusetts, 2002; NCCHC, 2015). Sevelius og kolleger (2020) demonstrerte at korrekt pronomenbruk fungerer kjønnsbekreftende for transkvinner og henger sammen med positive konsekvenser for psykisk helse og HIV-relatert helse. Hvis en beboer har endret navn juridisk, bør institusjonens registre endres for å reflektere endringene.

#### Anbefaling 11.7

**Vi anbefaler at institusjonsadministratorer, helsepersonell og andre offentlig ansatte som er ansvarlige for å ta avgjørelser om TKN-personers plassering, forholder seg til hver persons preferanse, kjønnsidentitet og -uttrykk, og sikkerhetshensyn, i stedet for kun deres anatomi eller kjønnskategorien som ble tillagt ved fødselen.**

Inndeling av folk basert på kroppslig

kjønnskategori tillagt ved fødselen, som er en nesten universell institusjonspraksis (Brown and McDuffie, 2009; Routh et al., 2017), kan innebære en gjennomgående farlig kontekst (Ledesma & Ford, 2020). TKN-personer er ekstremt sårbare for stigmatisering, overgrep, forsømmelse, vold og seksuelle overgrep (Banbury, 2004; Beck, 2014; Jenness and Fenstermaker, 2016; Malkin & DeJong, 2018; Oparah, 2012; Stein et al., 2020). Denne systematiske, kjønnsinndelte rigiditeten innebærer at det ofte ikke sørges for at TKN-personer er trygge, og at tilgang til kjønnsbekreftende helsetjenester forhindres (Stohr, 2015). Derfor bør institusjoner følge prosedyrer som med jevne mellomrom evaluerer behovene og preferansene til TKN-innsatte (f.eks., Federal Bureau of Prisons, 2016). I tråd med dette nevner «The Prison Rape Elimination Act» spesifikt TKN-personer som sårbare, og instruerer fengsler i hele USA om å vurdere soningspreferansene til disse innsatte (Bureau of Justice Assistance, 2017).

#### Anbefaling 11.8

**Vi anbefaler at institusjonspersonalet etablerer husregler som sikrer TKN-personers sikkerhet uten å segregere eller isolere dem.**

Det å plassere TKN-innsatte kun på basis av deres genitale anatomi eller kroppslig kjønnskategori tillagt ved fødselen, er bygget på misforståelser og setter folk i fare for fysisk og/eller psykisk skade (Scott, 2013; Simopoulos & Khin, 2014; Yona & Katri, 2020). Det er et veletablert faktum i fengselskontekster at TKN-personer er mye mer utsatt for seksuell trakassering og seksuelle overgrep – eller begge deler – enn andre innsatte (James et al., 2016; Jenness & Fenstermaker, 2016; Malkin & DeJong, 2019).

Selv om plasseringsavgjørelser må involvere vurdering av sikkerhetshensyn, bør de være felles avgjørelser som inkluderer innspill fra personen selv, og dette bør være individuelt baserte

prosesser, fra sak til sak (Federal Bureau of Prisons, 2016; Jenness and Smyth, 2011). Noen transkvinner foretrekker å bo på en institusjon med kun menn, mens andre føler seg tryggere på en institusjon for kvinner. Gitt at variasjonen er såpass heterogen blant TKN-personers kjønnsidentiteter og -uttrykk, og transisjonsstatus, krever det fleksible avgjørelsesprosesser for å holde beboere trygge (Yona & Katri, 2020). En av tingene eldre LHBT-personer frykter ved langtidspleie er å bli mishandlet av personene de skal dele rom med (Jablonski et al., 2013). Derfor bør de som avgjør plassering ved sykehjem og omsorgsboliger vurdere å plassere eldre basert på deres egendefinerte kjønnsidentitet uten å bry seg om kroppslig kjønnskategori tillagt ved fødselen, eller kirurgisk historie, og gjøre dette i samråd med TKN-personen.

Enecelle, noen ganger referert til som administrativ segregering ved fengselsinstitusjoner, refererer til fysisk isolasjon av enkeltpersoner der de må oppholde seg alene på cellen sin ca. 23 timer om dagen, hver dag. Bruken av isolasjon er ved noen fengselsinstitusjoner et disiplinært tiltak, og noen ganger en måte å beskytte innsatte som anses som en risiko for seg eller andre, eller risikerer å bli utsatt for seksuelle overgrep av andre innsatte. Like fullt bør isolering av innsatte av sikkerhetsgrunner være kortvarig, ettersom isolasjon kan forårsake alvorlig psykisk skade og store funksjonsproblemer (Ahalt et al., 2017; Scharff Smith, 2006). Både FN og organisasjoner for nasjonale fengselsstandarder anser isolasjon som varer lenger enn 15 dager, som tortur (NCCHC, 2016; United Nations, 2015).

### Anbefaling 11.9

**Vi anbefaler at institusjonspersonalet sikrer TKN-personer privat tilgang til dusj- og toalettfasiliteter ved forespørsel.**

Nødvendigheten og viktigheten av privatliv er universell, uansett kjønnsidentitet. TKN-personer rapporterer om at de unngår å bruke offentlige toaletter, og begrenser inntak av mat og drikke så de ikke må bruke offentlige toaletter, noe som ofte fører til urinveisinfeksjoner og problemer med nyrene (James et al., 2016). TKN-personer på institusjon nektes ofte privat toalett og dusjbruk, noe som kan føre til negative psykiske følger og/eller fysisk og seksuell mishandling (Bartels and Lynch, 2017; Brown, 2014; Cook-Daniels, 2016; Mann, 2006). Ved fengselsinstitusjoner bør, på lignende vis, ansatte av samme kjønn foreta kroppsvisitasjon (undersøkelse av kropp, med eller uten klær, o.a.) og kroppsundersøkelse (inkl. undersøkelse av endetarm og vagina, o.a.), med forståelse av at det ikke nødvendigvis er mulig i ekstreme nødtilfeller. Det bør unngås at andre ansatte er vitne til slike situasjoner med TKN-personer (Bureau of Justice Assistance, 2017). I noen lovverk er det også påkrevet, for eksempel i «The United States' federal Prison Rape Elimination Act» i USA, at innsatte TKN-personer har tilgang til privat bruk av dusj- og toalettfasiliteter. Den aldrende populasjonen av TKN-personer som må ivaretas på institusjoner øker (Carroll, 2017; Witten & Eyler, 2016). Mange institusjoner for langtidspleie og andre fasiliteter som tar vare på eldre, må møte behovene til beboere som ikke er ciskjønnede (Ettner, 2016; Ettner & Wiley, 2016). Surveyundersøkelser av helsepersonell som jobber med eldre på hospicer og andre institusjoner for lindrende pleie, i tillegg til andre fasiliteter for langtidsomsorg, rapporterer om TKN-identifiserte pasienter som ofte ikke får møtt sine grunnleggende behov, som diskrimineres i behandlingstilgang, eller blir fysisk og/eller emosjonelt mishandlet (Stein et al., 2020). En surveyundersøkelse av ansatte på sykehjem og aldershjem i Australia fant lite erfaring med eller forståelse for

problemstillingene denne populasjonen står overfor. Faktisk innrømmet mange TKN-beboere at de skjulte sin kjønnsidentitet, at de ga opp i frykt for ufølsom behandling eller direkte diskriminering (Cartwright et al., 2012; Cook-Daniels, 2016; Grant et al., 2012; Horner et al., 2012; Orel & Fruhauf, 2015).



## KAPITTEL 12 Hormonbehandling

TKN-personer kan trenge medisinsk nødvendig kjønnsbekreftende hormonbehandling (GAHT) (Forkortelse for gender affirming hormone therapy. Ingen tilsvarende norske forkortelser er i bruk, så vi bruker GAHT. O.a) for å oppnå endringer som samsvarer med et mål for kroppslig iscenesetting av hvem de er, med en kjønnsidentitet, eller med begge deler (se anbefaling om medisinsk nødvendig behandling i Kapittel 2 – Universell anvendbarhet, Anbefaling 2.1). Dette kapittelet beskriver anbefalinger om hormonbehandling for TKN-personer, både voksne og ungdommer. Vennligst se til Kapittel 5 – Vurdering av voksne, og Kapittel 6 – Ungdommer, for vurderingskriteriene relatert til igangsetting av hormonbehandling for voksne og ungdommer, respektivt. Sammendrag av anbefalingene og vurderingskriteriene kan leses i [Vedlegg D](#).

Helt siden den første versjonen av *Standards of Care* (SOC) ble publisert av World Professional Association for Transgender Health (WPATH) i 1979, og i alle påfølgende versjoner, inkludert SOC-7, har GAHT vært akseptert som medisinsk nødvendig (Coleman et al., 2012). WPATH støttet The Endocrine Society's retningslinjer for GAHT for TKN-personer i 2009 og 2017 (Hembree et al., 2009; Hembree et al., 2017). The European Society for Sexual Medicine har også publisert en erklæring av sin posisjon på hormonbehandling for TKN-ungdommer og TKN-voksne (T'Sjoen et al., 2020). Når GAHT blir gitt til voksne under medisinsk overvåkning er det trygt (Tangpricha & den Heijer, 2017; Safer & Tangpricha, 2019). Like fullt er det en viss potensiell langtidsrisiko, og derfor er det nødvendig med grundig overvåkning og screening for å redusere negative hendelser (Hembree et al., 2017; Rosenthal, 2021).

Generelt er hensikten å oppnå serumnivåer av de kjønnsormonene som er forbundet med vedkommendes kjønnsidentitet, selv om ideelle målområder ikke har blitt fastslått (Hembree et al., 2017). Helsepersonell kan bruke nivåer av serum testosteron og/eller østrogen i overvåkning av de fleste hormonbehandling. Dog kan ikke bruk av konjugerte østrogenpreparater eller syntetisk østrogen overvåkes. Antagelsen om at forholdstallet mellom østron og østradiol bør overvåkes støttes ikke i et nyere kohortstudie, ettersom det ikke kunne sees noe sammenheng mellom østronkonsentrasjon og endringer i fettprosent eller i brystutvikling, i en europeisk kohort av 212 voksne transkvinner i en ett år lang oppfølgingsstudie av hormonbehandling (Tebbens et al., 2021). Denne studien demonstrerte at høyere nivåer av østronkonsentrasjoner eller høyere ratio østron/østradiol ikke er forbundet med negativ effekt på feminisering (fettprosent og brystutvikling) (Tebbens et al., 2021). I så måte støttes ikke overvåking av ratio mellom østron og østradiol av publisert evidens per i dag. Tidligere bruk av konjugerte østrogen har blitt forlatt til fordel for bioidentiske østrogen. Selv om tidligere studier har vist signifikant større risiko for tromboemboliske og kardiovaskulære komplikasjoner med bruken av peroralt administrerte konjugerte østrogen sammenlignet med peroralt østradiol hos kvinner etter overgangsalderen, har det ikke blitt gjennomført noen randomiserte forsøk, verken blant kvinner etter overgangsalder eller transkvinner på østrogenbehandling (Smith et al., 2014).

Tilnærmingen til GAHT varierer og avhenger av utviklingsstadium ved oppstart av hormonbehandling, og hvilke mål en har for behandlingen. Hormonbehandling anbefales ikke for barn som ikke er igang med en endogen pubertet.

For behandlingsberettigede ungdommer (som presentert i Kapittel 6 – Ungdommer) som har nådd de tidlige stadiene av pubertet, er det vanligvis fokus på å utsette videre pubertetsstadier med GnRH-agonister (fram til tidspunktet man kan sette igang GAHT). I disse tilfellene anses pubertetsundertrykking som medisinsk nødvendig. Kvalifiserte voksne kan sette i gang GAHT om de oppfyller kravene i Kapittel 5 – Vurdering av voksne. I tillegg bør helsepersonell diskutere mål om fruktbarhet, og fruktbarhetsbevaring før oppstart av GAHT. Se Kapittel 16 – Reproduktiv helse.

Der målet med GAHT er feminisering av kroppen brukes ofte østrogen og androgenblokkende medisiner (Hembree et al., 2017). Selv om det finnes anekdotiske rapporter om bruk av progesteron for brystutvikling og stemningsstabilisering, finnes det idag ikke tilstrekkelig evidens for at potensielle fordeler ved progesteronbehandling veier tyngre enn potensiell risiko (Iwamoto, T'Sjoen et al., 2019). Maskuliniserende GAHT innebærer vanligvis testosteron. Både WPATH og The Endocrine Society anbefaler at kjønnshormonnivåer overvåkes. Selv om GAHT er individuelt tilpasset en persons behov, holdes vanligvis hormonnivåer ved en tilstrekkelig konsentrasjon til å unngå osteoporose, uten at nivåene er suprafysiologiske (Hembree et al., 2017; Rosen et al., 2019).

**Anbefalinger**

- 12.1- Vi anbefaler at helsepersonell igangsetter pubertetsundertrykking for berettigede\* trans- og kjønnsnormbrytende ungdommer når de har vist de første fysiske tegn på pubertet (Tanner stadium 2).
- 12.2- Vi anbefaler at helsepersonell bruker GnRH-agonister til å undertrykke endogene kjønns hormoner i berettigede\* trans- og kjønnsnormbrytende personer der pubertetsblokkering er indikert.
- 12.3- Vi foreslår at helsepersonell foreskriver gestagener (peroralt, eller som depotinjeksjon) for å undertrykke pubertet for berettigede\* trans- og kjønnsnormbrytende ungdommer når GnRH-agonister enten er utilgjengelige eller for kostbare.
- 12.4- Vi foreslår at helsepersonell foreskriver GnRH-agonister for å undertrykke kjønns hormoner, uten samtidig hormonerstatning, for berettigede\* trans- og kjønnsnormbrytende ungdommer som oppsøker slike intervensjoner og er godt igang med eller har fullført pubertetsutvikling (forbi Tanner stadium 3), men er usikre på eller ikke ønsker å starte med hormonbehandling.
- 12.5- Vi anbefaler at helsepersonell foreskriver hormonbehandling som del av kjønnsbekreftende behandling for berettigede\* trans- og kjønnsnormbrytende ungdommer som er minst ved Tanner stadium 2, og at det gjøres med involvering av foreldre eller omsorgspersoner med mindre det anses å være skadelig eller unødvendig for ungdommen.
- 12.6- Vi anbefaler at helsepersonell måler hormonnivåer når det gis kjønnsbekreftende behandling for å forsikre seg om at nivået av endogene kjønns hormoner er senket og administrerte kjønns hormoner, sett i forhold til Tanner stadiet, holdes på et hensiktsmessig nivå for vedkommendes behandlingsmål.
- 12.7- Vi anbefaler at når kjønnsbekreftende testosteronbruk ennå ikke er indikert, foreskriver helsepersonell progestagen eller en GnRH-agonist til berettigede\* trans- og kjønnsnormbrytende ungdommer med livmor for å redusere dysfori som forårsakes av menstruasjonssyklusen.
- 12.8- Vi anbefaler at helsepersonell involverer profesjonsutøvere fra flere disipliner som er eksperter på helse for trans- og kjønnsnormbrytende personer og på ivaretagelse trans- og kjønnsnormbrytende ungdommer har behov for.
- 12.9- Vi anbefaler at helsepersonell etablerer regelmessige kliniske evalueringer av fysiske endringer og potensielle negative virkninger av kjønns hormoner, inkludert laboratoriebasert overvåking av kjønns hormoner hver 3. måned det første året av behandling eller ved forandringer i dosering, fram til stabil voksen dosering er etablert. Dette etterfulgt av kliniske- og laboratorietester én eller to ganger i året.
- 12.10- Vi anbefaler at helsepersonell informerer og veileder alle som oppsøker kjønnsbekreftende medisinsk behandling om mulighetene de har for fruktbarhetsbevaring, før de igangsetter pubertetsundertrykking og før de behandler med hormoner.
- 12.11- Vi anbefaler at helsepersonell evaluerer medisinske tilstander som kan forverres av å senke nivået av endogene kjønns hormoner, og av behandling med eksogene kjønns hormoner, før behandling av trans- og kjønnsnormbrytende personer igangsettes.
- 12.12- Vi anbefaler at helsepersonell opplyser trans- og kjønnsnormbrytende personer som får kjønnsbekreftende behandling om tidsforløpet for begynnelse og videre utvikling i fysiske endringer som følge av hormonbehandling.
- 12.13- Vi anbefaler at helsepersonell ikke foreskriver etinyløstradiol til trans- og kjønnsnormbrytende personer som del av kjønnsbekreftende hormonbehandling.
- 12.14- Vi foreslår at helsepersonell foreskriver østrogenplaster til berettigede\* trans- og kjønnsnormbrytende personer som har høyere risiko for å utvikle venøs tromboembolisme på grunn av alder > 45 år, eller har en bakgrunn med venøs tromboembolisme, når kjønnsbekreftende østrogenbehandling er anbefalt.
- 12.15- Vi foreslår at helsepersonell ikke foreskriver konjugerte østrogener til trans- og kjønnsnormbrytende personer når østradiol er tilgjengelig som komponent i kjønnsbekreftende hormonbehandling.
- 12.16- Vi anbefaler at helsepersonell foreskriver androgenblokkere (enten cyproteronacetat, spironolakton eller GnRH-agonister) til berettigede\* trans- og kjønnsnormbrytende personer med testikler der østrogen er del av hormonbehandlingsplanen, hvis vedkommendes mål er å ha nivå av sirkulerende kjønns hormoner som omtrent tilsvarer nivåene hos ciskvinner.
- 12.17- Vi anbefaler at helsepersonell overvåker hematokrit (eller hemoglobin) hos trans- og kjønnsnormbrytende personer som behandles med testosteron.
- 12.18- Vi foreslår at helsepersonell samarbeider med kirurger om hormonbruk før og etter kjønnsbekreftende kirurgi.
- 12.19- Vi foreslår at helsepersonell veileder trans- og kjønnsnormbrytende personer vedrørende de forskjellige mulighetene for kjønnsbekreftende kirurgi, med mindre kirurgi ikke er indikert eller er medisinsk kontraindikert.
- 12.20- På grunn av demonstrert forbedring i psykososial funksjon og livskvalitet anbefaler vi at helsepersonell igangsetter og opprettholder kjønnsbekreftende hormonbehandling for berettigede\* trans- og kjønnsnormbrytende personer som trenger det.
- 12.21- Vi anbefaler at helsepersonell opprettholder den eksisterende hormonbehandlingen hvis den trans-/kjønnsnormbrytende personens psykiske helse forverres, og vurderer grunnen til forverringen, med mindre dette er kontraindikert.

\* For kriterier for behandlingsberettigelse for ungdommer og voksne, vennligst se **Kapittel 5 – Vurdering av voksne, Kapittel 6 – Ungdommer, og Vedlegg D.**

I de fleste tilfeller opprettholdes GAHT resten av livet. Det er ukjent om GAHT dosering bør reduseres hos eldre TKN-personer. Å avbryte hormonbehandling kan føre til osteoporose i TKN-personer, og gjør det definitivt hos de som har fått gonadene fjernet (Wiepjes et al., 2020). Rutinemessig oppfølging i primærhelsetjenesten bør også gjennomføres (Se Kapittel 15 – Primærhelse). Epidemiologiske studier har

rapportert økt insidens av hjerte- og karsykdommer og venøs tromboembolisme (VTE) blant TKN-personer som behandles med østrogen, spesielt blant eldre mennesker, og med forskjellige hormonpreparater (Irwig, 2018; Maraka et al., 2017). Blant TKN-personer som behandles med testosteron kan det også ses økt forekomst av kardiovaskulære risikofaktorer og

kardiovaskulære hendelser. For eksempel kan man se økt blodtrykk og overvekt, redusert HDL kolesterol, og en økning i forekomsten av hjerteinfarkt (Alzahrani et al., 2019; Irwig, 2018; Kyinn et al., 2021). Helsepersonell bør diskutere livsstil og farmakologisk behandling med pasienter med høyest risiko for å utvikle hjerte- og karsykdommer (se Kapittel 15 – Primærhelse). Polycytemi er en annen tilstand som kan oppstå hos TKN-personer som tar testosteron (Antun et al., 2020). Derfor er det viktig med oppfølging av de som mottar GAHT for helsetilstander som kan forverres gjennom livsløpet (Hembree et al., 2017).

Alle anbefalingene i dette kapittelet er basert på en grundig gjennomgang av evidens, vurdering av fordeler og skadevirkninger, verdier og preferanser blant pasienter og de som tilbyr helsetjenester, og ressursbruk og gjennomførbarhet. I noen tilfeller anerkjenner vi at evidens er begrenset, og/eller at tjenestene ikke er tilgjengelige eller ønskelige.

### ***Kjønnsbekreftende hormonbehandling i ungdomstiden***

De følgende seksjonene av dette kapittelet skal diskutere hormonbehandling for TKN-ungdommer. Avhengig av utviklingsstadiet til ungdommen utgjør hormonbehandling generelt to stadier: pubertetsundertrykking, etterfulgt av GAHT. I den første fasen stoppes pubertetsutvikling for å la ungdommen få tid til å utforske sin kjønnsidentitet og sitt mål for kroppslig iscenesetting av seg selv, for å forberede seg på neste fase, som kan inkludere GAHT. Denne delen av teksten vil diskutere anbefalingene for bruk av GnRH-agonister og alternative tilnærminger til pubertetsundertrykking, før vi gir anbefalinger for GAHT. Det som er gjeldende for både ungdommer og voksne følger så i neste

seksjon av teksten.

### Anbefaling 12.1

**Vi anbefaler at helsepersonell igangsetter pubertetsundertrykking for berettigede\* TKN-ungdommer når de har vist de første fysiske tegn på pubertet (Tanner stadium 2).**

Generelt er målet med administrering av GnRH-agonister til TKN-ungdommer å hindre videre utvikling av de endogene kjønnskaraktistikkene som samsvarer med den kroppslige kjønnsategorien tillagt ved fødselen. Ettersom denne behandlingen er fullstendig reversibel, sees dette på som en utvidet tid for ungdommer å utforske sin kjønnsidentitet ved hjelp av en tidlig sosial transisjon (Ashley, 2019e). Behandling med GnRH-agonister har også en terapeutisk fordel siden den ofte fører til en stor lettelse i nivået av ubehag/plager som oppleves ved de fysiske endringene som skjer ved begynnelsen av endogen pubertet (Rosenthal, 2014; Turban, King et al., 2020).

For de prepubertale TKN-barna som har fastholdt sin kjønnsidentitet over lengre tid kan enhver mengde permanent endring av sekundære kjønnskaraktistikker føre til signifikant ubehag/plager. Selv om man eventuelt kan vurdere bruk av GnRH-agonister for å hindre oppstart av pubertet for de som fremdeles er på Tanner stadium 1, har ikke dette blitt anbefalt (Hembree et al., 2017). Når et barn oppnår en alder hvor pubertetsutvikling normal vil begynne (typisk fra 7-8 til 13 år for de med eggstokker og fra 9-14 år for de med testikler), ville det være hensiktsmessig å evaluere barnet oftere, kanskje ved 4 måneders intervaller, for å se etter tegn på pubertetsutvikling (brystknopper, eller at testikkelvolumet er > 4 ml). Gitt det typiske tempoet for pubertetsutvikling (3.5–4 år til det er ferdig gjennomgått) er det veldig lite trolig at det skjer permanente pubertale endringer hvis man kun er i puberteten 4 måneder eller mindre. Derfor kan det med

hyppig oppfølging lett oppdages innledende pubertet før det skjer irreversible fysiske endringer, og GnRH-agonister kan igangsettes og ha svært effektiv virkning. Det er viktig å merke seg at etter GnRH-agonister igangsettes skjer typisk regresjon til ett tidligere Tanner stadium. Hvis noen er kun ved Tanner 2 av brystutvikling er det med andre ord typisk full regresjon til Tanner 1. Tilsvarende er typisk tilfellet for testikler på Tanner stadium 2 (ofte ikke engang merkbare for pasienten, og ikke forbundet med utvikling av sekundære kjønnskarakteristikk).

Gitt at GnRH-agonister fungerer gjennom desensitisering av GnRH-reseptorer er det ingen behov for GnRH-reseptor desensitisering hvis det ikke er noen økning i endogen GnRH-stimulering av hypofysen (det første biokjemiske tegnet på pubertet). Videre, på grunn av det store spennet i alder for pubertetsstart (som anvist over), er det vanskelig å forsvare bruk av GnRH-agonister som kan innebære en så langt ukjent risiko, når det ikke finnes noen fysiologisk fordel før puberteten begynner. Bruk av GnRH-agonister for et barn på Tanner stadium 1 vil kun være indikert ved konstitusjonell vekst- og pubertetsforsinkelse, trolig da samtidig med GAHT.

Like fullt ville altså bruk av GnRH-agonister kunne vurderes hos et barn som begynner med GAHT på Tanner stadium 1 på grunn av konstitusjonell vekst- og pubertetsforsinkelse. Igangsetting av GAHT kan i begynnelsen aktivere hypothalamus-hypofyse-gonade-aksen, men kan også maskere effektene denne aktiveringen har på kroppen. For å unngå kroppslige endringer som potensielt kan forverre en persons kjønnsinkongruens, kan GnRH-agonistene påbegynnes som tilleggsbehandling til GAHT kort tid etter oppstart, oppstart for å forsikre seg at pubertetsutviklingen følger pasientens kroppslige mål.

I tillegg er undertrykking av utviklingen av sekundære kjønnskarakteristikk mest effektiv når hormonbehandling igangsettes i et tidlig eller middels stadium av pubertet; dette sammenlignet med igangsetting etter puberteten er over (Bangalore-Krishna et al., 2019). Tilsvarende, for ungdommer som er ferdige med pubertet og vurderer GAHT, kan GnRH-agonister brukes til å hindre kroppslige funksjoner som menstruasjon og ereksjoner, og fungere som overgang fram til ungdommen, vergen(e) (hvis den unge ikke kan gi uavhengig samtykke) og behandlingsteamet kan ta en avgjørelse (Bangalore-Krishna et al., 2019; Rosenthal, 2021).

Puberteten starter ved at det skjer en reaktivering av hypothalamus-hypofyse-gonade-aksen. De kliniske undersøkelsene av pubertetsstadiene er basert på de fysiske kjennetegnene som gjenspeiler den reaktiveringen. Hos personer med fungerende eggstokker karakteriseres Tanner stadium 2 ved knopping av brystkjertlene. Utvikling av brystkjertlene skjer etter påvirkning fra østrogen produsert i eggstokkene. Hos personer med fungerende testikler karakteriseres Tanner stadium 2 ved økning av testikkelvolumet (typisk større enn 4 ml). Testikkelveksten er styrt av gonadotropinene luteiniserende hormon (LH) og folikkelstimulerende hormon (FSH). På senere stadier produserer testiklene nok testosteron til å medføre maskulinisering av kroppen.

#### Anbefaling 12.2

**Vi anbefaler at helsepersonell bruker GnRH-agonister til å undertrykke endogene kjønshormoner i berettigede\* TKN-personer der pubertetsblokkering er indikert. For støttende tekst, se Anbefaling 12.4.**

#### Anbefaling 12.3

**Vi foreslår at helsepersonell foreskriver gestagener (peroralt, eller som depotinjeksjon) for å undertrykke pubertet for berettigede\***



TKN-ungdommer, når GnRH-agonister enten er utilgjengelige eller for kostbare. For støttende tekst, se Anbefaling 12.4.

#### Anbefaling 12.4.

Vi foreslår at helsepersonell foreskriver GnRH-agonister for å undertrykke kjønnshormoner, uten samtidig hormonerstatning, for berettigede\* TKN-ungdommer som oppsøker slike intervensjoner og er godt igang med eller har fullført pubertetsutvikling (forbi Tanner stadium 3), men er usikre på eller ikke ønsker å starte med hormonbehandling.

GnRH-agonister reduserer konsentrasjonen av gonadotropiner og kjønnshormoner hos TKN-ungdommer og stopper dermed videre utvikling av sekundære kjønnskaraktistikker (Schagen et al., 2016). Bruken er generelt trygg, med utvikling av høyt blodtrykk som den eneste kortvarige, negative virkningen som rapporteres i forskningslitteraturen (Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006; Klink, Bokenkamp et al., 2015). GnRH-agonister forhindrer at hypofysen utskiller LH og FSH (Gava et al., 2020). Når gonadotropinene reduseres stimuleres ikke lenger gonadene til å produsere kjønnshormoner (østrogener eller androgener) og kjønnshormonnivået i blodet synker til prepubertale nivåer. Behandling med GnRH-agonister fører til delvis tilbakevending til de innledende stadiene av allerede utviklede sekundære kjønnskaraktistikker (Bangalore et al., 2019). TKN-ungdommer med fungerende eggstokker vil oppleve avtatt vekst i brystvevet, og hvis behandlingen begynnes på Tanner stadium 2 kan brystvevet forsvinne helt (Shumer et al., 2016). Menarke (første menstruasjonsblødning, o.a.) hos ungdommer med livmor kan forhindres eller stoppes ved behandling med GnRH-agonister. For TKN-ungdommer med fungerende testikler vil testikkelvolumet returnere til et lavere nivå.

Når behandling med GnRH-agonister

igangsettes i de senere fasene av pubertetsutvikling vil noen av de fysiske endringene stanse men ikke gå helt tilbake; dette inkluderer senere stadier av brystutvikling hos TKN-ungdommer med fungerende eggstokker, og stemmedybde og ansiktsbehåring hos TKN-ungdommer med fungerende testikler (Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006). GnRH-agonister har vært i bruk siden 1981 til behandling av pubertas praecox (for tidlig pubertet) (Comite et al., 1981; Laron et al., 1981) og fordelene er veletablerte (vennligst se også anbefalingene i Kapittel 6 – Ungdommer). Bruken av GnRH-agonister for personer med for tidlig pubertet er ansett som både trygt og effektivt, uten noen kjente negative langtidseffekter (Carel et al., 2009). Like fullt er behandling av TKN-ungdommer på denne måten sett på som off-label (bruk av legemiddel utenfor godkjent indikasjon, o.a) fordi dette ikke er formålet legemiddelet i utgangspunktet ble utviklet for. Uansett har data om ungdommer som har fått foreskrevet GnRH-agonister i lignende dosering og på lignende måte demonstrert effektiv forskyving av pubertet – selv om langtidseffektene på bentetthet ikke er godt dokumentert (Klink, Caris et al., 2015). Det finnes mer begrenset langtidsbasert evidens vedrørende TKN-ungdommer enn ungdommer med for tidlig pubertet, men datainnsamling i populasjonen er nå underveis (Klaver et al., 2020; Lee, Finlayson et al., 2020; Millington et al., 2020; Olson-Kennedy, Garofalo et al., 2019).

Vi anerkjenner at selv om GnRH-agonister utgjør en medisinsk nødvendig behandling kan det hende de ikke er tilgjengelige for berettigede ungdommer fordi det i enkelte land ikke er dekket av forsikringen, eller de er for dyre. I disse tilfellene bør derfor andre tilnærminger vurderes, som perorale eller injiserbare gestagener. Videre er det slik at for ungdommer over 14 år mangler det data om hvorvidt GnRH-agonister kan administreres

som monoerapi (og hvor lenge) uten å innebære signifikant risiko for skjeletthelsen. Dette fordi skjelettet da ikke vil få noen eksponering for adekvate nivåer av kjønnshormoner (Rosenthal, 2021).

En lengre tilstand av hypogonadisme i ungdomstiden er ofte forbundet med økt risiko for osteoporose senere i livet, uansett om det er på grunn av medisinske tilstander som hypergonadotropisk hypogonadisme, iatrogene årsaker som GnRH-agonister gitt som monoterapi, eller fysiologiske forhold slik som konstitusjonell forsinkelse av vekst og utvikling (Bertelloni et al., 1998; Finkelstein et al., 1996). Like fullt er oppbygging av benmasse en prosess som innebærer en kompleks interaksjon mellom endokrine, genetiske og livsstilsfaktorer (Anai et al., 2001). Når det skal avgjøres hvor lenge en person skal ha GnRH-agonister monoterapeutisk, bør alle medvirkende faktorer tas med i vurderingen. Det inkluderer faktorer som bentetthet før behandlingen, skjelettalder, pubertalt stadium fra et endokrint perspektiv, høydemessig vekst, i tillegg til psykososiale faktorer som mental modenhet og utviklingsmessig stadium relativt til jevnaldrende og ungdommens individuelle behandlingsmål (Rosenthal, 2021). Av alle disse grunnene bør det ved igangsetting av behandling med GnRH-agonister involveres et flerfaglig team som vil opprettholde et forhold til ungdommen og dennes familie (se Anbefaling 6.8, 6.9 og 6.12 i Kapittel 6 – Ungdommer). Det kliniske behandlingsforløpet, f.eks. utvikling av benmasse underveis og ungdommens respons på behandlingen, kan bidra til å avgjøre lengden på monoterapeutisk bruk av GnRH-agonister.

#### Anbefaling 12.5

**Vi anbefaler at helsepersonell foreskriver hormonbehandling som del av kjønnsbekreftende behandling for berettigede\* TKN-ungdommer som er minst ved Tanner**

**stadium 2, og at det gjøres med involvering av foreldre eller omsorgspersoner med mindre det anses å være skadelig eller unødvendig for ungdommen. For støttende tekst, se Anbefaling 12.6.**

#### Anbefaling 12.6

**Vi anbefaler at helsepersonell måler hormonnivåer når det gis kjønnsbekreftende behandling for å forsikre seg om at nivået av endogene kjønnshormoner er senket og administrerte kjønnshormoner, sett i forhold til Tanner stadiet, holdes på et hensiktsmessig nivå for vedkommendes behandlingsmål.**

Hormonbehandling involverer generelt to behandlingsregimer, som avhenger av tidspunktet for behandling med GnRH-agonister. Når behandlingen er igangsatt i de tidlige stadiene av endogen pubertetsutvikling, brukes doser som ligner de som brukes på peripubertale hypogonadale ungdommer for å føre til pubertet som samsvarer med kjønnsidentitet, og. I denne konteksten når de typisk voksen dosering av hormoner i løpet av cirka en to års periode (Chantrapanichkul et al., 2021). Når behandlingen med GnRH-agonister starter sent i, eller etter, TKN-personers pubertet, kan oppstartsdosen med hormoner være høyere, og økes raskere, fram til en vedlikeholdsdose er oppnådd, på en måte som ligner på behandlingsprotokoller for de voksne (Hembree et al., 2017). En ytterligere fordel ved behandling med GnRH-agonister er at kjønnshormoner ikke må administreres i suprafysiologiske doser, noe som ellers må til for å undertrykke endogen kjønnshormonproduksjon (Safer & Tangpricha, 2019). For TKN-personer med fungerende testikler bør behandling med GnRH-agonister (eller annen testosteronblokkerende medisin) videreføres til det tidspunktet den unge TKN-personen til slutt gjennomfører en gonadektomi (fjerning av gonadene, o.a.), hvis denne kirurgien er noe som planlegges som en medisinsk nødvendig del av deres kjønnsbekreftende behandling.

Når voksent nivå av testosteron er nådd, hos TKN-personer med fungerende eggstokker som allerede har undertrykket endogene hormoner med GnRH-agonister, er det typisk tilstrekkelig med testosteron i fysiologiske doser for å senke eggstokkenes utskillelse av østrogen; GnRH-agonistene kan avsluttes – som diskutert under (Hembree et al., 2017). For TKN-ungdommer med fungerende eggstokker som ikke har fått noen behandling tidligere kan GAHT gjennomføres med kun fysiologiske doser med testosteron uten behov for samtidig administrering av GnRH-agonister (Hembree et al., 2017). Kjønnsbekreftende hormonbehandling medfører utvikling av kjønnsidentitetens sekundære kjønnskarakteristikker. GAHT forårsaker også at graden av benmineralisering, som er lavere under behandling med GnRH-agonister, raskt tar seg opp igjen (Klink, Caris et al., 2015). Når behandling med GnRH-agonister startes hos TKN-personer som fortsatt er i tidlig pubertet så er epifyseplatene fortsatt åpne (Kvist et al., 2020; Schagen et al., 2020). Etter oppstarten av hormonbehandling kan det skje en vekstspurt, og skjelettmodningen forsetter (Vlot et al., 2017). Hos postpubertale TKN-ungdommer vil ikke hormonbehandling ha innvirkning på høyden, ettersom epifyseplatene har lukket seg og skjelettmodningen er komplett (Vlot et al., 2017). Hos TKN-ungdommer med fungerende testikler er bruk av 17- $\beta$ -østradiol foretrukket for igangsetting av pubertet, over syntetiske østrogen, slik som for eksempel etinyløstradiol som er mer trombogenisk (se [Vedlegg D](#)) (Asscheman et al., 2015). Det er fortsatt nødvendig å enten fortsette behandling med GnRH-agonister for å undertrykke endogen testosteronproduksjon, eller gå over til en annen medisineringsform som undertrykker endogen testosteronproduksjon (Rosenthal et al., 2016). Brystutvikling og en typisk kvinnelig fettfordeling er blant de fysiske

endringene som følger østrogenbehandling. Se [Vedlegg C–Tabell 1](#).

For TKN-ungdommer som etterspør maskuliniserende behandling er androgener tilgjengelige som injiserbar oppløsning, som gel, krem eller plaster til opptak via huden, og subdermalt implanterte pellets. For pubertetsinduksjon anbefaler generelt de fleste eksperter innledningsvis injisering av testosteronestere, basert på kostnad, tilgjengelighet og erfaring (Shumer et al., 2016). Det er anbefalt at man fortsetter med GnRH-agonister minst fram til et vedlikeholds nivå av testosteron er nådd. Androgenbehandling forårsaker virilisering av kroppen, noe som inkluderer dypere stemme, økt muskelmasse, spesielt på overkroppen, hårvekst på kropp og i ansikt, og forstørrelse av klitoris (Rosenthal et al., 2016). Se [Vedlegg C–Tabell 1](#).

I nesten alle tilfeller bør samtykke fra foreldre/omsorgspersoner innhentes. Unntak fra denne anbefalingen, særlig når deres involvering er ansett som skadelig for ungdommen, blir beskrevet mer detaljert i [Kapittel 6 – Ungdommer](#) (se [Anbefaling 6.11](#)), der det også begrunnes hvorfor foreldre/omsorgspersoner i utgangspunktet bør involveres.

#### Anbefaling 12.7

**Vi anbefaler at når kjønnsbekreftende testosteronbruk ennå ikke er indikert, foreskriver helsepersonell progestagen eller en GnRH-agonist til berettigede\* TKN-ungdommer med livmor for å redusere dysfori som forårsakes av menstruasjonssykklusen.**

Undertrykking av menstruasjon er en behandlingsmulighet det ofte er behov for blant TKN-personer som opplever menstruasjon eller påvente av menarke som ubehaglig/plagsomt. Dette beskrives i nærmere detalj i [Anbefaling 6.7 i Kapittel 6 – Ungdommer](#). For å oppnå amenoré kan

menstruasjonshindring igangsettes som et enkelttiltak før det settes igang testosteron, eller samtidig med testosteronbehandling (Carswell & Roberts, 2017). Noen ungdommer som ikke er klare for testosteronbehandling, eller som fremdeles ikke har kommet til det passende pubertale eller utviklingsmessige stadiet for å påbegynne slik behandling, vil dra nytte av at menstruasjon stoppes (Olson-Kennedy, Rosenthal et al., 2018). Ungdommer som opplever forverret dysfori i forbindelse med begynnelsen av puberteten kan velge å behandles med GnRH-agonister som pubertetsundertrykkende (se også kapittelet om ungdommer).

Progestagener kan være effektive for ungdommer som har som eneste mål å undertrykke menstruasjon. Kontinuerlig bruk av progesteronpiller (både prevensjonsvarianten og ikke-prevensjonsvarianten), medroksyprogesteroninjeksjoner, eller levonorgestrel i hormonspiral kan brukes for å sørge for amenoré (Pradhan & Gomez-Lobo, 2019). TKN-personer med fungerende eggstokker som begynner på testosteronbehandling kan ha 1-5 menstruasjonsesykluser før amenoré oppnås (Taub et al., 2020). Når amenoré oppnås kan noen TKN-personer med fungerende eggstokker også velge å fortsette med gestagenbehandling av prevensjonshensyn, hvis det er relevant for deres seksualpraksiser.

TKN-personer med fungerende eggstokker og livmor bør gis veiledning om potensialet for gjennombruddsblødning de første månedene etter påbegynt menstruasjonshindring. Med behandling med GnRH-agonister kan gjennombruddsblødning foregå 2-3 uker inn i medisineringsen. For de som søker prevensjonsvirkning, eller som fortsatt har menstruasjonsblødning ved gestagenbehandling, kan det vurderes en kombinasjon med østrogen for å opprettholde amenoré. De bør i såfall

veiledes om at brystutvikling er en mulig bivirkning (Schwartz et al., 2019).

### Anbefaling 12.8

**Vi anbefaler at helsepersonell involverer profesjonsutøvere fra flere disipliner som er eksperter på TKN-helse og på ivaretagelse TKN-ungdommer har behov for.**

Som ved ivaretagelse av ungdommer, foreslår vi at det nedsettes et flerfaglig ekspertteam som involverer helsepersonell som jobber med både psykisk og somatisk helse der dette er mulig, for å ivareta behandlingen. Med ungdommer som etterspør GAHT (gitt at dette er en delvis irreversibel behandling) foreslår vi å legge opp til et tidsskjema der det gradvis økes dosering, etter at et flerfaglig team har bekreftet at kjønnsdysfori/-inkongruens er vedvarende og har etablert at personen har samtykkekapasitet (Hembree et al., 2017). Spesifikke aspekter som omhandler vurdering av ungdommer, og involvering av deres omsorgspersoner og et flerfaglig team, er beskrevet i nærmere detalj i Kapittel 6 – Ungdommer.

Hvis det er mulig bør TKN-ungdommer ha tilgang til eksperter på pediatrik TKN-helse fra flere disipliner, inkludert primærhelse, endokrinologi, fruktbarhet, psykisk helse, logopedi, sosialt arbeid, åndelig/religiøs støtte, og kirurgi (Chen, Hidalgo et al., 2016; Eisenberg et al., 2020; Keo-Meier & Ehrensaft, 2018). Helsepersonell oppfordres til å etablere kollaborative arbeidsforhold med fagpersoner fra andre disipliner, for å muliggjøre henvisninger etter behov for ungdommer og deres familier (Tishelman et al., 2015). Samtidig må det sies at mangel på eksperter og ressurser ikke bør utgjøre en hindring for ivaretagelse (Rider, McMorris et al., 2019). Nyttig støtte for ungdommer inkluderer tilgang til korrekt og kulturelt informert informasjon om kjønnsidentiteter og seksualiteter, og



om transisjonsmuligheter, betydningen av familiens støtte, og tilknytning til andre med lignende erfaringer og med TKN-voksne gjennom nettbaserte- og andre støttegrupper for ungdommer og deres familier (Rider, McMorris et al., 2019).

Funn tilsier at mange TKN-ungdommer opplever dårligere psykisk helse enn andre, og man kan bruke screeningtester for psykisk helse (f.eks., PHQ-2, GAD) som indikert (Rider, McMorris et al., 2019). Helsepersonell bør være bevisst på at det å være en TKN-person eller sette spørsmålstegn ved ens kjønn, innebærer ikke patologi eller en mental lidelse. Derfor bør ikke folk refereres til helsepersonell som jobber med psykisk helse kun på grunnlag av en TKN-identitet. Helsepersonell som jobber både i og utenfor psykisk helse som behandler disse ungdommene og skriver henvisninger, bør som et minimum være kjent med traumeeffekter, kjønnsdysfori, kjønnsbasert minoritetsstress, og mulig symptomatologi innen psykisk helse, som spiseforstyrrelser, suicidalitet og sosial angst. Helsepersonell bør også ha kunnskap om hvor forberedt psykiatriske institusjoner i deres område er til å tilby kompetent og kjønnsbekreftende ivaretagelse av TKN-ungdommer (Barrow & Apostle, 2018; Kuper, Wright et al., 2018; Kuper, Mathews et al., 2019; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018). Anbefaling 6.3, 6.4, og 6.12d i Kapittel 6 – Ungdommer går gjennom dette i større detalj. Fordi foreldrene til disse ungdommene typisk opplever høyere grad av engstelse rett etter de får vite at deres barn er trans/kjønnsnormbrytende, og fordi deres respons til dette har vist seg å ha stor betydning for det barnets fysiske og psykiske helse over lang tid, kan det være svært nyttig å henvise foreldrene til hensiktsmessig psykisk helsehjelp (Coolhart et al., 2017; Pullen Sansfaçon et al., 2015; Taliaferro et al., 2019).

### Anbefaling 12.9

**Vi anbefaler at helsepersonell etablerer regelmessige kliniske evalueringer av fysiske endringer og potensielle negative virkninger av kjønns hormoner, inkludert laboratoriebasert overvåking av kjønns hormoner hver 3. måned det første året av behandling eller ved forandringer i dosering, fram til stabil voksen dosering er etablert. Dette etterfulgt av kliniske- og laboratorietester én eller to ganger i året.**

Hormonbehandling er forbundet med et bredt spekter av fysiske og psykiske endringer (Irwig, 2017; Tangpricha & den Heijer, 2017) (se [Vedlegg C–Tabell 1](#)). Etter hormonbehandling er igangsatt bør helsepersonell jevnlig vurdere personens framgang og respons til behandlingen (se også Kapittel 6 – Ungdommer).

I denne evalueringen bør tilstedeværelsen av enhver fysisk endring vurderes, og i tillegg innvirkningen behandlingen har på kjønnsdysfori (hvis det er dysfori) og psykisk trivsel og velvære (se [Vedlegg C–Tabell 1](#)). Timer med helsepersonell utgjør en viktig mulighet for å informere pasienten om det typiske tidsforløpet for at de fysiske endringene skal vise seg, og oppfordre til realistiske forventninger. I løpet av det første året med hormonbehandling blir hormondosene ofte oppjustert. En viktig faktor som indikerer dosering er serumnivået av det korresponderende kjønns hormonet. Generelt forsøker man å oppnå blodnivåer av kjønns hormoner som samsvarer med normalverdiene forbundet med vedkommendes kjønnsidentitet, selv om ideelle målverdier ikke har blitt fastslått (Hembree et al., 2017).

I tillegg til å vurdere de positive endringene forbundet med hormonbehandling bør helsepersonell jevnlig vurdere om behandlingen har hatt noen negative effekter (se [Vedlegg C–Tabell 2](#)). Noen eksempler på negative effekter inkluderer androgenutløst akne eller plagsom seksuell dysfunksjon (Braun et al., 2021; Kerckhof et



al., 2019). GAHT har også potensiale for å negativt påvirke flere laboratorietester. For eksempel kan spironolakton forårsake hyperkalemi, selv om det er et uvanlig og forbigående fenomen (Millington et al., 2019). Testosteron øker antallet røde blodlegemer (hematokrit), som i noen tilfeller kan forårsake erythrocytose (Antun et al., 2020) (se Anbefaling 12.17) (Hembree et al., 2017). Både østrogen og testosteron kan endre kolesterolverdier, som med high density lipoprotein (HDL) kolesterol og triglyserider (Maraka et al., 2017). Se [Vedlegg C—Tabell 3](#) og 4.

Hyppigheten av kliniske evalueringer bør individualiseres og avgjøres av vedkommendes respons på behandlingen. Vi foreslår at kliniske vurderinger gjøres cirka hver 3. måned i løpet av det første året av hormonbehandling med stabile pasienter som ikke opplever betydelige negative effekter ([Vedlegg C—Tabell 5](#)). I stedet for å direkte anbefale så kommer vi med et forslag om at tester gjennomføres hver 3. måned det første året, slik at vi åpner for noe fleksibilitet med hensyn til tidsskjemaet for disse testene, ettersom det ikke finnes noe god evidens, eller evidens fra publiserte studier, som støtter spesifikke testintervaller. Hvis en person opplever betydelige negative effekter er det ofte behov for hyppigere tester eller kliniske besøk. Gitt den potensielle skaden forbundet med høyere kjønnshormonnivå enn det som er forventet hos mennesker, anbefaler vi sterkt at man gjør jevnlig tester som standard praksis når man igangsetter GAHT for TKN-personer. Når pasienten har nådd et stabilt voksent nivå av kjønnshormon uten noen betydelige negative effekter, kan hyppigheten av klinikkbesøk reduseres til en eller to ganger i året (Hembree et al., 2017).

#### Anbefaling 12.10

**Vi anbefaler at helsepersonell informerer og veileder alle som oppsøker kjønnsbekreftende medisinsk behandling om mulighetene de har**

**for fruktbarhetsbevaring, før de igangsetter pubertetsundertrykking og før de behandler med hormoner.**

Pubertetsundertrykking og hormonbehandling kan potensielt ha negative effekter for en persons framtidige fruktbarhet (Cheng et al., 2019) (se også Kapittel 6 – Ungdommer og Kapittel 16 – Reproduktiv helse). Selv om noen TKN-personer ikke har tenkt så mye på sitt framtidige fruktbarhetspotensiale når de går igang med vurderingen om de skal begynne medisinsk behandling, bør de potensielle implikasjonene av behandling og alternativer for fruktbarhetsbevaring gjennomgås av legen som skriver ut hormoner, og diskuteres med personen som etterspør behandling (Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine et al., 2015; De Roo et al., 2016).

Folk med testikler bør gis råd om at lengre behandling med østrogen ofte forårsaker testikulær atrofi og reduksjon i antall sædceller og andre sædkvalitetsparametre (Adeleye et al., 2018). Uansett finnes det flere kunnskapshull, og funnene er inkonsistente når det gjelder transfeminine mennesker som tar østrogen og antiandrogener (Cheng et al., 2019). En studie viste synlig heterogenitet i testikulær histologi uansett om pasientene avsluttet behandlingen eller ikke i forkant av orkiektomi (fjerning av testikler, o.a.) (Schneider et al., 2015). For eksempel resulterte seponering av østrogen og antiandrogener i seks uker i komplett spermatogenese hos 45% av deltagerne, og de resterende deltagerne viste stans i meiose (reduksjonsdeling) og i deling av spermatogoniene (sædstamcellene) (Schneider et al., 2015). Like fullt, serumtestosteron bekreftet innenfor et kvinnelig referanseområde fører til fullstendig undertrykking av spermatogenese hos de fleste transkvinner (Verecke et al., 2020). Det primære fruktbarhetsbevaringsalternativet

for pasienter med fungerende testikler er cryopreservering av sæd, også kjent som nedfrysing av sæd med oppbevaring i sædbank (Mattawanon et al., 2018). For prepubertale pasienter som undertrykker puberteten med GnRH-agonister, settes modning av sædceller på pause (Finlayson et al., 2016).

Personer med fungerende eggstokker bør opplyses om at testosteronbehandling vanligvis fører til opphør av både menstruasjon og eggløsning, ofte innen få måneder etter behandlingsstart (Taub et al., 2020). Det er noen store kunnskapshull når det gjelder den potensielle virkningen testosteron har på egg og påfølgende fruktbarhet hos TKN-pasienter (Eisenberg et al., 2020; Stuyver et al., 2020). En studie viste at testosteronbehandling kan være forbundet med utvikling av polycystisk morfologi i eggstokkene. Andre forskere har dog ikke funnet evidens på polycystisk ovariesyndrom (PCOS) etter kjønnsbekreftende behandling, basert verken på metabolske (Chan et al., 2018) eller histologiske (de Roo et al., 2017, Grynberg et al., 2010) parametre. Videre har noen studier funnet høyere prevalens av preeksisterende PCOS hos TKN-pasienter med eggstokker (Baba, 2007; Gezer et al., 2021). TKN-personer med inntakt livmor og fungerende eggstokker får ofte fruktbarhetspotensialet tilbake hvis testosteronbehandling avbrytes (Light et al., 2014).

En vellykket fødsel etter assistert befruktning har blitt rapportert hos en TKN-person som gjennomgikk hormonstimulering og egguttak uten å avbryte testosteronbehandling (Greenwald et al., 2021; Safer and Tangpricha, 2019). Andre fruktbarhetsbevarende muligheter for TKN-pasienter med eggstokker er nedfrysing av egg, og nedfrysing av embryo laget med sæd fra en partner eller donor. For å benytte seg av disse mulighetene kreves hormonstimulering for

uthenting av egg, og bruk av teknologi for assistert befruktning.

For TKN-ungdommer i tidlig ungdomstid settes modning av gameter (kjønnsceller, o.a.) på pause gjennom undertrykking av pubertet med GnRH-agonister. Til tross for dette har det nylig blitt rapportert et tilfelle av en TKN-ungdom som var blitt behandlet med GnRH-agonister siden tidlig pubertet som gjennomgikk ovariestimulering med fortsettelse av GnRH-agonisten. Dette resulterte i et lite antall modne oocytter, som så ble nedfrosset (Rothenberg et al., 2019). Behandling med GnRH-agonister hos TKN-ungdommer med fungerende testikler i tidlig pubertet vil ikke bare sette modning av kjønnsceller på pause, men vil også gjøre så penis holder seg på en prepubertal størrelse. Dette vil trolig spille en rolle for vurderinger rundt kirurgi hvis denne personen senere gjennomgår penisinverterende vaginoplastikk (konstruksjon av vagina, o.a.), ettersom det da er mindre vev fra penis å jobbe med. I disse tilfellene er det økt sjanse for at vaginoplastikk vil måtte innebære en mer kompleks kirurgisk prosedyre, som f.eks intestinal vaginoplastikk (Dy et al., 2021; van de Grift et al., 2020). Slike hensyn bør inkluderes i enhver diskusjon med pasienter og deres familier når det vurderes bruk av pubertetsblokkere for ungdommer i tidlig pubertet med fungerende testikler.

#### Anbefaling 12.11

**Vi anbefaler at helsepersonell evaluerer medisinske tilstander som kan forverres av å senke nivået av endogene kjønns hormoner, og av behandling med eksogene kjønns hormoner, før behandling av TKN-personer igangsettes.**

TKN-personer som etterspør maskulinisering må informeres om mulighetene, konsekvensene, begrensningene og risiko forbundet med testosteronbehandling. Slik behandling er kontraindikert når en person er gravid eller forsøker å bli gravid, gitt de iatrogene

effektene det vil ha på fosteret. Relative kontraindikasjoner til testosteronbehandling inkluderer alvorlig høyt blodtrykk, søvn apné og polycytemi, ettersom disse tilstandene kan forverres av testosteron. Overvåking av blodtrykk og lipidprofiler bør gjøres før og etter igangsetting av testosteronbehandling. Blodtrykksøkning skjer typisk innen 2-4 måneder etter igangsetting av testosteronbehandling (Banks et al., 2021). Pasienter som utvikler hyperkolesterolemi og/eller hypertriglyseridemi kan ha behov for behandling med kostholdsendring, medisiner eller begge deler.

TKN-personer som etterspør feminiserende behandling, behandling og har hatt tidligere venetrombose, som venøs tromboembolisme og lungeemboli, bør evalueres og behandles før igangsettelse av hormonbehandling. Det er fordi østrogenbehandling er sterkt forbundet med økt risiko for tromboembolisme, som er en potensielt livstruende komplikasjon. I tillegg bør risikofaktorer som kan øke risiko for tromboemboliske tilstander modifiseres, slik som røyking, overvekt og en stillesittende livsstil. Behandling med transdermal østrogen samtidig med blodfortynnende/antitrombotiske midler kan senke risikoen for tromboembolisme hos pasienter med ikke-modifiserbare risikofaktorer, slik som kjent historie med trombofili, historie med trombose, eller sterk familiehistorie med tromboembolisme. Dog finnes begrenset data som kan guide behandlingsavgjørelser. Visse sykdommer som kan være tilstede før oppstart av GAHT, slik som hormonsensitiv kreft, sykdom i koronararteriene, cerebrovaskulær sykdom, hyperprolaktinemi, hypertriglyseridemi og kolelithiasis/gallestein, bør evalueres før oppstart med kjønnsbekreftende hormonbehandling, ettersom den relative risikoen kan endre seg i forbindelse med eksogen hormonbehandling (Hembree et al., 2017).

### Anbefaling 12.12

**Vi anbefaler at helsepersonell opplyser TKN-personer som får kjønnsbekreftende behandling om tidsforløpet for begynnelse og videre utvikling i fysiske endringer som følge av hormonbehandling.**

Effektene av testosteronbehandling er mange, og kan inkludere økt ansikts- og kroppsbehåring, androgenetisk alopeci, økt muskelmasse og styrke, lavere fettprosent, dypere stemme, avbrutt menstruasjon (hvis fortsatt der), økt prevalens og alvorlighetsgrad av akne, forstørret klitoris og økt seksuell lyst (Defreyne, Elaut et al., 2020; Fisher, Castellini et al., 2016; Giltay & Gooren, 2000; T'Sjoen et al., 2019; Yeung et al., 2020). Andre endringer forbundet med testosteron inkluderer økt andel muskelmasse og fetere hud (de Blok et al., 2020; Hembree et al., 2017; Kuper, Mathews et al., 2019; Taliaferro et al., 2019; Tishelman & Neumann-Mascis, 2018) (se [Vedlegg C – Tabell 1](#)).

Østrogenbehandling medfører brystutvikling. Likevel er det under 20% som når Tanner stadiene 4-5 etter to år med behandling (de Blok et al., 2021). Ytterligere endringer inkluderer senket testikkelvolum, lavere andel muskelmasse, mindre fet hud, seksuell lyst, spontane ereksjoner, ansikts- og kroppsbehåring, og mer underhudsfett (se [Vedlegg C – Tabell 1](#)). Hos voksne pasienter endrer ikke østrogen en persons stemme eller kroppshøyde (Iwamoto, Defreyne et al., 2019; Wiepjes et al., 2019).

Tidsforløpet og omfanget av fysiske endringer varierer og er relatert til faktorer som genetikk, oppstartsalder og generell helsetilstand (Deutsch, Bhakri et al., 2015; van Dijk et al., 2019). Kunnskap om omfanget av og tidsforløpet til hormoninduserte endringer, hvis det finnes, kan bidra til å unngå den potensielle skaden og utgiften ved unødige behandlingsendringer, doseringsøkninger

og premature kirurgiske inngrep (Dekker et al., 2016).

### Anbefaling 12.13

**Vi anbefaler at helsepersonell ikke foreskriver etinyløstradiol til TKN-personer som del av kjønnsbekreftende hormonbehandling. For støttende tekst, se Anbefaling 12.15.**

### Anbefaling 12.14

**Vi foreslår at helsepersonell foreskriver østrogenplaster til berettigede\* TKN-personer som har høyere risiko for å utvikle venøs tromboembolisme på grunn av alder > 45 år, eller har en bakgrunn med venøs tromboembolisme, når kjønnsbekreftende østrogenbehandling er anbefalt. For støttende tekst, se Anbefaling 12.15.**

### Anbefaling 12.15

**Vi foreslår at helsepersonell ikke foreskriver konjugerte østrogen til TKN-personer når østradiol er tilgjengelig som komponent i kjønnsbekreftende hormonbehandling.**

Å avgjøre hva som er det sikreste og mest virkningsfulle østrogenproduktet og administreringsmåten for TKN-personer er et viktig tema. De anbefalte østrogenbaserte behandlingsoppleggene er presentert i [Vedlegg C – Tabell 4](#). The Amsterdam Medical Center (AMC) rapporterte først 45 tilfeller av venøs tromboembolisme (VTE) blant 816 transkvinner, noe som er bemerkelsesverdig siden det er 20 ganger høyere enn forekomsten som rapporteres i en referansepopulasjon (van Kesteren et al., 1997). Etter denne rapporten kom ut anbefalte AMC klinikken bruk av transdermal østrogen for transkvinner over 40 år, noe som så senket insidensen av VTE (Nota et al., 2019; Toorians et al., 2003). Andre studier antydnet at etinyløstradiol er forbundet med en høyere risiko for blodpropp på grunn av økt resistens til den antikoagulerende effekten av aktivert protein C (APC) og økt konsentrasjon av

koagulasjonsfaktorene protein C and protein S (Toorians et al., 2013). Andre studier publisert de siste 15 årene, fra andre klinikker, rapporterer at det er lavere forekomst av VTE blant transkvinner som tar andre østrogenformer enn blant de som tar etinyløstradiol (Asscheman et al., 2013). Videre konkluderte en systematisk gjennomgang av forskning i 2019 at administrering av etinyløstradiol var forbundet med den høyeste risikoen for VTE hos transkvinner, og identifiserte samtidig en forbindelse mellom progesteronbruk og VTE (Goldstein et al., 2019).

Retningslinjene fra The Endocrine Society i 2017 anbefalte ikke konjugerte østrogen som behandlingsalternativ fordi man ikke kan måle blodnivåer av konjugerte østrogen hos transkvinner, noe som gjør det vanskelig å forhindre suprafysiologisk dosering av østrogen, og dermed øker den potensielle risikoen for VTE (Hembree et al., 2017).

En retrospektiv britisk studie undersøkte risikoen for VTE av tre perorale østrogenpreparater – konjugerte østrogen, østradiolvalerat, og etinyløstradiol – og fant at det var opp til syv ganger så høy forekomst av VTE hos transkvinner som tar konjugerte østrogen sammenlignet med transkvinner som tar andre former for østrogen (Seal et al., 2012). I en nestet kasus-kontrollstudie ble over 80 000 40–79 år gamle ciskvinner som utviklet VTE sammenlignet med ca. 390 000 ciskvinner uten VTE; resultatene viste at peroral bruk av østradiol var forbundet med lavere risiko for VTE enn konjugerte østrogen, og at transdermal østrogen ikke var forbundet med økt risiko for VTE (Vinogradova et al., 2019).

En systematisk forskningsgjennomgang evaluerte flere typer østrogen og identifiserte en retrospektiv studie og en kryss-seksjonell studie som gjorde direkte sammenligninger



av risiko forbundet med disse (Wierckx, Mueller et al., 2012; Wierckx et al., 2013). Det ble ikke funnet noen prospektive intervensjonsstudier som evaluerte risikoen av forskjellige typer østrogen. Den retrospektive studien undersøkte 214 transkvinner som ble behandlet med transdermal østradiol (17 $\beta$ -østradiol gel 1.5 mg/d eller østradiol plaster 50 mcg/d) eller en daglig dose av peroral østrogen (østradiol 2 mg/d, østriol 2 mg/d, etinyløstradiol 50 mcg/day, eller etinyløstradiol 30–50 mcg i et peroralt prevensjonsmiddel) (Wierckx et al., 2013). I løpet av en 10-årig observasjonsperiode utviklet 5% av kohorten VTE, 1.4% (3 av 214) hadde myokardinfarkt (MI), og 2.3% (5 av 214) hadde transitorisk iskemisk anfall (drypp, o.a.) eller hjerneslag (TIA/slag). Forekomsten av VTE, MI og TIA/slag økte etter oppstart på østrogenbehandling. Forskerne rapporterte dog ikke om forskjellene mellom behandlingsregimene med hensyn til disse resultatene.

Den samme gruppen forskere utførte en kryss-seksjonell studie som undersøkte 50 transkvinner (gjennomsnittsalder 43  $\pm$  10) som tok peroral østrogen (østradiolvalerat 2 mg/d, østriol 2 mg/d or etinyløstradiol 50–120 mcg/d) eller transdermal østradiol (17 $\beta$ -østradiol 1.5 mg/d eller østradiol 50 mcg/d) over en 9.2-års oppfølgingsperiode (Wierckx, Mueller et al., 2012). 12% (n = 6) utviklet enten en VTE, MI, eller en TIA/slag. To av deltagerne tok konjugerte østrogen 0.625 mg/d (en person i kombinasjon med cyproteronacetat), to tok etinyløstradiol 20–50 mcg/d, og én tok cyproteronacetat 50 mg/d, men behandlingsregimet med østrogen for den sjettede deltageren ikke var definert. Ingen av deltagerne som tok peroral østradiol eller transdermal østradiol utviklet VTE, MI, eller TIA/slag.

En prospektiv studie undersøkte formen for administrering av østrogen hos 53 transkvinner ved sentre rundt i Europa. Transkvinner under 45 år (n = 40) fikk

østradiolvalerat 4 mg/d samtidig som cyproteronacetat (CPA) 50 mg/d og transkvinner eldre enn 45 (n = 13) fikk transdermal 17 $\beta$ -østradiol, også sammen med CPA. Ingen VTE, MI, eller TIA/slag ble rapportert etter en ettårig oppfølgingsstudie, verken i den perorale eller transdermale østrogengruppen. En ytterligere retrospektiv studie fra Wien fant ingen tilfeller av VTE blant 162 transkvinner som brukte transdermal østradiol og ble gjennomsnittlig fulgt opp i fem år (Ott et al., 2010).

Vi er svært sikre i vår fraråding av bruk av etinyløstradiol, basert på historiske data fra Amsterdamklinikken som viser reduksjon i insidensen av VTE etter at bruk av etinyløstradiol ble avviklet, og den nylige systematiske gjennomgangen som viser en økt risiko for VTE hos transkvinner som tar etinyløstradiol (Weinand & Safer, 2015). Vi er sikre i vår fraråding av bruk av konjugerte østrogen, basert på 2012-studien av Seal et al. som demonstrerer økt risiko for VTE hos transkvinner som tar konjugerte østrogen sammenlignet med andre typer østrogen, og med data fra ciskvinner som mottar hormonstatningsterapi (Canonica et al., 2007; Seal et al., 2012). Prospektive og retrospektive studier av transkvinner har kun rapportert tilfeller av VTE/MI/slag blant de som tar konjugerte østrogen eller etinyløstradiol. Siden østradiol ikke er dyrt, er mer bredt tilgjengelig, og virker tryggere enn konjugerte østrogen i begrensede studier, fraråder komiteen bruk av konjugerte østrogen når østradiol er tilgjengelig. Studiekvaliteten kan være begrenset til prospektiv-, kohort- eller kryss-seksjonelt design, men det sterke nivået av anbefaling er basert på den konsistente evidensen som tilsier at det er en forbindelse mellom bruk av etinyløstradiol og konjugerte østrogen og en større risiko for VTE/MI/slag blant transkvinner.

Vi er også sikre i vår anbefaling av bruk av transdermale former for østrogen til eldre transkvinner (alder > 45 år) eller de som har en



historie med VTE. Vår sikkerhet er basert på den senkede insidensen av VTE som rapporteres fra Amsterdamklinikken, der transkvinner er overført til transdermal østrogenbehandling etter de fyller 40 år (van Kesteren et al., 1997). Videre fant ikke den prospektive kohortstudien ENIGI, gjort på tvers av flere sentre, noen insidens av VTE/MI/slag hos transkvinner som ble rutinemessig overført til behandling med transdermal østrogen når de fylte 45 (Dekker et al., 2016). I tillegg viste en studie gjort av Ott et al. ingen insidens av VTE blant 162 transkvinner som ble behandlet med østradiolplaster (Ott et al., 2010).

Med unntak av cyproteronacetat (legg merke til at dette ikke er tillatt i USA på grunn av bekymringer for potensiell hepatotoksisitet), forblir bruken av gestagener i hormonbehandlingsregimer kontroversiell. Til nå har det ikke blitt gjort noen kvalitetsstudier som evaluerer rollen progesteron spiller i hormonbehandling for TKN-pasienter.

Vi er klar over at noe helsepersonell som foreskriver gestagen, inkludert mikronisert progesteron, har inntrykk av at det kan forbedre utvikling av bryst og areola, humør, libido, og generell helsetilstand for de som etterspør det, i tillegg til andre fordeler som ikke har blitt demonstrert (Deutsch, 2016a; Wierckx, van Caenegem et al., 2014). Like fullt er slike bedringer fremdeles anekdotiske, og det finnes ingen kvalitetsmessig data som støtter slik gestagenbruk. Et forsøk på systematisk gjennomgang vi bestilte i forbindelse med denne versjonen av SOC, mislyktes i å innhente nok data til å komme med noen anbefaling av noen type gestagen. Derimot viste eksisterende data at det finnes skadevirkninger forbundet med gestageneksponering over lengre tid (Safer, 2021). For ciskvinner med eggstokker er gestagen nødvendige i kombinasjon med østrogen for å unngå risikoen for endometriekreft forbundet med

administrering av kun østrogen alene. For ciskvinner uten livmor brukes ikke progesteron. Den beste tilgjengelige dataen for bekymringene rundt gestagenbruk kommer fra sammenligningene mellom disse to gruppene av cispersoner, noe vi anerkjenner ikke nødvendigvis er generaliserbart til denne populasjonen. Selv om det ikke vises noen definitiv effekt av all gestagenbruk, er medroksyprogesteron i kombinasjon med konjugerte østrogen forbundet med høyere risiko for brystkreft og for hjerteproblemer (Chlebowski 2020; Manson, 2013). Det er viktig å nevne at data fra studiene til the Women's Health Initiative (WHI) ikke nødvendigvis er generaliserbare til TKN-populasjoner. Sammenlignet med ciskvinner i studiene er ofte transpopulasjonen som etterspør hormonbehandling yngre, bruker ikke konjugerte østrogen, og hormonbehandlingen i disse tilfellene adresserer pågående psykisk helse og livskvalitet og er ikke kun preventivt (Deutsch, 2016a).

Potensielle negative effekter av gestagen inkluderer vektøkning, depresjon og endringer i kolesterolnivåer. Mikronisert progesteron kan tolereres bedre og ha en mer fordelaktig virkning på lipidnivåene enn medroksyprogesteron (Fitzpatrick et al., 2000). Når gitt til transkvinner sammen med østrogen, er progesteronet cyproteronacetat forbundet med økt prolaktin, senket HDL kolesterol, og sjeldne meningeomer – og ingen av disse sees når østrogen gis sammen med GnRH-agonister eller spironolakton (Bisson, 2018; Borghei-Razavi, 2014; Defreyne, Nota et al., 2017; Sofer et al., 2020).

Sånn sett inkluderer ikke dataen vi har per idag kvalitetsmessig evidens som tilsier fordeler ved behandling med gestagen for transkvinner. Derimot støtter litteraturen en potensiell skadeeffekt ved enkelte gestagener, i hvert fall i en setting der det brukes over flere år. Hvis det etter diskusjon om

risikoer og fordeler ved progesteronbehandling tas en samordnet avgjørelse om å begynne et forsøk på progesteronbehandling, bør den som foreskriver dette evaluere pasienten innen et år, for å undersøke pasientens respons til behandlingen.

#### Anbefaling 12.16

**Vi anbefaler at helsepersonell foreskriver androgenblokkere (enten cyproteronacetat, spironolakton eller GnRH-agonister) til berettigede\* TKN-personer med testikler der østrogen er del av hormonbehandlingsplanen, hvis vedkommendes mål er å ha nivå av sirkulerende kjønnshormoner som omtrent tilsvarer nivåene hos ciskvinner.**

De fleste kjønnsklinikker i USA og Europa skriver ut østrogen kombinert med androgenblokkere (Mamoojee et al., 2017) (se Vedlegg C—Tabell 5). I USA er spironolakton det som oftest skrives ut som androgenblokkerende medisin, mens i Storbritannia brukes vanligvis GnRH-agonister, og cyproteronacetat i resten av Europa (Angus et al., 2021; Kuijpers et al., 2021). Rasjonalet for å legge til en androgenblokkerende medisin er todelt: 1) den senker testosteronnivået til ciskvinner referanseområde, og 2) den reduserer mengden av østrogen som trengs for å oppnå adekvate fysiske effekter. Hver androgenblokkende medisin har sin bivirkningsprofil. Spironolakton er blodtrykksdempende, kaliumsparende og vandrivende, og kan derfor føre til hyperkalemi, hyppigere urinering og senket blodtrykk (Lin et al., 2021). Cyproteronacetat er forbundet med utvikling av meningeomer og hyperprolaktinemi (Nota et al., 2018). GnRH-agonister, selv om de er veldig effektive til å senke testosteronnivået, kan føre til osteoporose hvis de samtidige dosene med østrogen ikke er høye nok (Klink, Caris et al., 2015).

En systematisk gjennomgang identifiserte

en studie som rapporterte funn fra en direkte sammenligning av androgenblokkere cyproteronacetat og leuprolide (Gava et al., 2016). To studier sammenlignet en gruppe transkvinner som tok østrogen pluss androgenblokkere, med en gruppe som bare tok østrogen. Den systematiske gjennomgangen fant ikke tilstrekkelig evidens til å si at en av de tre androgenblokkere hadde en bedre sikkerhetsprofil i form av bedre resultater med hensyn til osteoporose, testosteronnivå, kaliumnivå, eller insidens av hyperprolaktinemi eller meningeomer (Wilson et al., 2020). Derfor kan vi ikke gi noen anbefaling. Gjennomgangen rapporterte at spironolaktonbaserte behandlingsregimer var forbundet med en 45% økning i prolaktinnivåer, og cyproteronbaserte behandlingsregimer økte prolaktinnivået med mer en 100%. Like fullt er ikke den kliniske signifikansen til økte prolaktinnivåer klar, fordi forekomsten av prolaktinomer ikke var signifikant økt i verken den spironolakton- eller cyproteronbehandlede gruppen (Wilson et al., 2020). En retrospektiv kohortstudie fra et senter i USA rapporterte at det var ingen klinisk signifikant økning i prolaktinnivåer hos 100 transkvinner behandlet med østrogen pluss spironolakton (Bisson et al., 2018). En retrospektiv studie fra Nederland, av 2555 transkvinner som primært tok cyproteronacetat, men forskjellige typer østrogen, rapporterte en økt standardisert insidensratio av meningeomer hos pasienter som brukte cyproteronacetat i mange år etter gonadektomi (fjerning av gonadene, o.a.), når sammenlignet med den generelle nederlandske befolkningen (Nota et al., 2018). Videre, i en kortere studie i Belgia, hadde 107 transkvinner forbigående økninger i prolaktinnivå etter behandling med cyproteronacetat, som sank til normale nivåer etter avsluttet behandling (Defreyne, Nota et al., 2017). En nylig publisert studie, som ikke er inkludert i den systematiske gjennomgangen, undersøkte 126 transkvinner som tok spironolakton, GnRH-agonister eller cyproteronacetat, og

konkluderte at cyproteronacetat var forbundet med høyere prolaktinnivåer og en dårligere kolesterolprofil enn spironolakton eller GnRH-agonister (Sofer et al., 2020). Etter at kostnaden av å måle prolaktinnivåer ble satt opp mot den kliniske signifikansen, ble det avgjort at det ikke skulle anbefales for eller mot overvåking av prolaktinnivåer på dette tidspunktet. Helsepersonell bør derfor ta individualiserte kliniske avgjørelser om nødvendigheten av å måle prolaktinnivåer, basert på typen hormonbehandlingsregime, og/eller tilstedeværelsen av symptomer på hyperprolaktinemi eller hypofyse tumor (f.eks. galaktoré, synsfeltforandringer).

Cyproteron har også blitt koblet til meningeomer. Ni tilfeller av meningeomer har blitt rapportert i forskningslitteraturen hos transkvinner som primært tar cyproteronacetat (Mancini et al., 2018). Denne økte risikoen har også blitt identifisert i populasjoner av cispersoner. I 2020 publiserte European Medicines Agency en rapport som anbefalte restriktivt bruk av cyproteronprodukter med daglige doser på 10mg eller mer, på grunn av risiko for å utvikle meningeomer (European Medicines Agency, 2020). Denne forbindelsen er mest sannsynlig en spesifikk effekt av cyproteronacetat, og har ikke blitt ekstrapolert til å inkludere andre androgenblokkere. I USA, hvor cyproteronacetat ikke er tilgjengelig, identifiserte man ikke i databasen til North American Association of Central Cancer Registries (NAACCRs) noen økt risiko for hjernesvulst (ikke spesifikt til meningeomer) blant transkvinner (Nash et al., 2018). Videre var det ingen økning i risikoen for hjernesvulster, målt med hasardratio, i Kaiserkohorten med 2,791 transkvinner, sammenlignet med kontrollgruppen med cispersoner (Silverberg et al., 2017). Ingen langtidsstudier har rapportert om risiko for meningeomer og prolaktinomer blant transkvinner som tar GnRH-agonister.

Vår sterke anbefaling vedrørende bruk av androgenblokkere som del av et hormonbehandlingsregime for TKN-personer med testikler, er basert på den globale praksisen med å bruke disse medisinene sammen med østrogen, og den relativt lave risikoen forbundet med disse behandlingsformene. Likevel kan vi per idag ikke anbefale en androgenblokker over de andre. Publisert data så langt peker til en viss risiko for meningeomer ved lengre tids bruk (>2 år) og høyere doser (>10mg daglig) av cyproteronacetat (Nota et al., 2018; Ter Wengel et al., 2016; Weill et al., 2021).

Bikalutamid er et antiandrogen som har blitt brukt til behandling av prostatakreft. Det binder seg kompetitivt til androgenreseptorene for å blokkere bindingen av androgener. Data om bruk av bikalutamid i den transfeminine populasjonen er veldig begrenset, og det mangler data om sikkerhet. En liten studie så på bruken av bikalutamid 50 mg daglig som en pubertetsblokker for 23 transfeminine ungdommer som ikke hadde tilgang til behandling med GnRH-agonister (Neyman et al., 2019). Alle ungdommene opplevde brystutvikling, noe som også vanligvis sees blant menn med prostatakreft som behandles med bikalutamid. Selv om det er sjeldent, har det ved bruk av bikalutamid blitt beskrevet fulminant hepatotoksisitet med dødelig resultat (O'Bryant et al., 2008). Gitt at bikalutamid ikke har blitt tilstrekkelig studert i transfeminine populasjoner anbefaler vi det ikke for rutinemessig bruk.

Administrering av 5 $\alpha$ -reduktase-blokkere hindrer konverteringen av testosteron til det mer potente androgenet dihydrotestosteron. Indikasjonene for administrering av finasterid, slik de er godkjent av The Food & Drug Administration (FDA), inkluderer godartet prostatahypertrofi og androgenetisk alopeci. Data om bruken av 5 $\alpha$ -reduktase-blokkere hos transfeminine populasjoner er veldig begrenset (Irwig, 2021). Det er uklart om

denne klassen av medisin kan ha noen klinisk fordel hos transfeminine personer der testosteronnivået allerede har blitt senket med bruk av østrogen og en antiandrogen. Vi anbefaler derfor ikke rutinemessig bruk i transfeminine populasjoner. Finasterid kan være en hensiktsmessig behandlingsmulighet for transmaskuline personer som opplever plagsom alopeci som resultat av høyere nivåer av dihydrotestosteron. Samtidig kan behandling med en 5 $\alpha$ -reduktase-blokker hindre at klitoris vokser og hindre utvikling av ansikts- og kroppsbehaar hos transmaskuline personer. Det er behov for studier som vurderer effektiviteten og sikkerheten til bruk av 5 $\alpha$ -reduktase-blokkere i transpopulasjoner.

#### Anbefaling 12.17

**Vi anbefaler at helsepersonell overvåker hematokrit (eller hemoglobin) hos TKN-personer som behandles med testosteron.**

Det finnes data av god kvalitet som peker på at økning i hematokrit (eller hemoglobin) er forbundet med testosteronbehandling av TKN-personer (Defreyne et al., 2018). Testosteronbehandlingsregimene i den systematiske gjennomgangen inkluderte testosteronestere i doser som tilsvarte 25–250 mg SC/IM i uken, testosteron undekanoat 1000 mg hver 12. uke, eller testosteron gel 50 mg smurt på huden daglig (Defreyne et al., 2018; Gava et al., 2018; Giltay et al., 2000; Meriggiola et al., 2008; Pelusi et al., 2014; T'Sjoen et al., 2005; Wierckx, van Caenegem et al., 2014; Wierckx, van de Peer et al., 2014). Den forventede økningen bør holde seg innen referanseområdet for cismenn.

#### Anbefaling 12.18

**Vi foreslår at helsepersonell samarbeider med kirurger om hormonbruk før og etter kjønnsbekreftende kirurgi. For støttende tekst, se Anbefaling 12.19.**

#### Anbefaling 12.19

**Vi foreslår at helsepersonell veileder TKN-personer vedrørende de forskjellige mulighetene for kjønnsbekreftende kirurgi, med mindre kirurgi ikke er indikert eller er medisinsk kontraindikert.**

Til tross for fraværet av evidens, har perioperative kliniske standarder for kjønnsbekreftende kirurgiske inngrep inkludert pause i hormonbruken i 1-4 uker før og etter kirurgi; dette har vært spesielt vanlig ved genitalkirurgi (Hembree et al., 2009). Meningen med denne praksisen var å dempe risikoen for VTE forbundet med administrering av eksogen østrogen (Hembree et al., 2009). Østrogen og testosteron kunne så bli gjenopptatt på et tidspunkt postoperativt.

Etter grundige undersøkelser har forskere ikke funnet noen perioperativ økning i VTE forekomst blant TKN-personer som står på hormonbehandling mens de går gjennom kirurgi, sammenlignet med de som avbryter hormonbehandlingen preoperativt (Gaither et al., 2018; Hembree et al., 2009; Kozato et al., 2021; Prince & Safer, 2020). Hormonbehandling er spesielt viktig etter gonadektomi (fjerning av gonadene, o.a.), for å unngå følgene av hypogonadisme, risiko for osteoporose, og for vedlikehold av mental helse og livskvalitet (Fisher, Castellini et al., 2016; Rosen et al., 2019). Derfor bør de som skriver ut hormoner, og kirurger, informere pasientene om nødvendigheten av å fortsette med eksogene hormoner etter gonadektomi.

For å være i stand til å informere pasienter, og fungere som kliniske talspersoner, bør helsepersonell være kunnskapsrike om risikoer og fordeler ved kjønnsbekreftende kirurgi, og bør også være bevisste på ytelsesindikatorer og kirurgiske resultater for kirurgene som de kan komme til å henvise pasienter til (Beek, Kreukels et al., 2015; Colebunders et al., 2017; Wiepjes et al., 2018). Generelt kan de fleste medisinsk nødvendige



operasjoner tenkes på som å angå tre regioner: ansikt, bryst/brystkasse og genitalia (interne og eksterne). Ytterligere medisinsk nødvendige prosedyrer inkluderer kirurgisk kroppsforming og stemmekirurgi. (Se erklæring om medisinsk nødvendighet i Kapittel 2 – Universell anvendbarhet, Anbefaling 2.1).

Det finnes flere typer kjønnsbekreftende ansiktskirurgi, inkludert, men ikke begrenset til, chondrolaryngoplastikk (adamseplet reduseres, o.a.), rhinoplastikk (nesekirurgi, o.a.), kirurgisk forming/endring av kjeve, kinn og panne, hårfjerning og hårtransplantasjon (se Kapittel 13 – Kirurgi og postoperative pleie). Kirurgiske prosedyrer som er tilgjengelige for bryst/brystkasse inkluderer brystforstørrelse, dobbel mastektomi med forflytning av areola (fjerning av begge bryster, med tilpasset plassering og størrelse på areola, o.a.), periareolær mastektomi (fjerning av vev/fett inni begge bryster gjennom inngang i underkant av areola, kun mulig ved små bryster, o.a.), og fettsging. Det mest vanlige kjønnsbekreftende kirurgiske inngrepet for TKN-personer med endogen brystutvikling er maskuliniserende konstruksjon av brystkasse (mastektomi) (Horbach et al., 2015; Kailas et al., 2017).

Indre genitalkirurgi inkluderer, men er ikke begrenset til, orkiektomi (fjerning av testikler, o.a.), hysterektomi (fjerning av livmor, o.a.), salpingo-ooforektomi (fjerning av eggledere og eggstokker, o.a.), vaginoplastikk (konstruksjon av vagina, o.a.), og kolpektomi/vaginektomi (fjerning av vagina, o.a.) (Horbach et al., 2015; Jiang et al., 2018). I vaginoplastikk konstrueres vaginalveggen av hud fra penis, hudtransplantasjon, en kombinasjon av disse, eller en del av tarmen. Fjerning av livmor/eggstokker kan gjøres en del av gangen, eller alt på en gang (hysterektomi, salpingo-ooforektomi, og kolpektomi). Hvis kolpektomi gjennomføres må også en

hysterektomi gjennomføres. Eggstokkene kan forbli der de er, hvis pasienten ber om dette. En potensiell fordel ved å la én eller begge eggstokker bli er fruktbarhetsbevaring, mens en ulempe er potensialet for å utvikle en patologisk tilstand i eggstokken/e, inkludert kreft (De Roo et al., 2017).

Ekstern genitalkirurgi inkluderer, men er ikke begrenset til, vulvoplastikk (konstruksjon av vulva, o.a.), metoidioplastikk (utnytter forstørret klitoris etter testosteronbehandling, o.a.), og falloplastikk (konstruksjon av penis, o.a.), (Djordjevic et al., 2008; Frey et al., 2016). Hårfjerning er generelt nødvendig før man gjennomfører eksterne genitale prosedyrer (Marks et al., 2019). Vulvoplastikk kan inkludere dannelse av mons pubis («venusberget», o.a.), kjønnslepper, klitoris og urinveisåpning. Forlenging av urinrøret er en valgmulighet for både metoidioplastikk og falloplastikk, men er forbundet med en klart økt komplikasjonsrate (Schechter & Safa, 2018). For falloplastikk er det nødvendig med sårpleie og fysioterapi for å håndtere sårene på donorstedet/ene (van Caenegem, Verhaeghe et al., 2013). Fysioterapi for bekkenområdet kan også være en viktig tilleggsintervensjon etter kirurgi for å håndtere urintømming og seksuell funksjon (Jiang et al., 2019). Dialog, gjensidig forståelse og klar kommunikasjon i et etablert felles språk mellom pasienter, helsepersonell og kirurger vil bidra til å kunne ta gjennomtenkte avgjørelser vedrørende tilgjengelige kirurgiske inngrep.

#### Anbefaling 12.20

**På grunn av demonstrert forbedring i psykososial funksjon og livskvalitet anbefaler vi at helsepersonell igangsetter og opprettholder kjønnsbekreftende hormonbehandling for berettigede\* TKN-personer som trenger dette. For støttende tekst, se Anbefaling 12.21.**

#### Anbefaling 12.21



**Vi anbefaler at helsepersonell opprettholder den eksisterende hormonbehandlingen hvis TKN-personens psykiske helse forverres, og vurderer grunnen til forverringen, med mindre dette er kontraindikert.**

Det har blitt dokumentert høyere forekomst av psykiske helseproblemer, slik som depresjon, suicidalitet, angst, redusert selvtillit og posttraumatisk stresslidelse i TKN-befolkningen enn i andre grupper (Arcelus et al., 2016; Becerra-Culqui et al., 2018; Bouman et al., 2017; Eisenberg et al., 2017; Heylens, Elaut et al., 2014; Witcomb et al., 2018). Modellen for kjønnsbasert minoritetsstress gir oss evidens på flere medierende og modererende faktorer for disse misforholdene (Hendricks & Testa, 2012; Meyer, 2003). Faktorer som medierer og modererer misforhold i psykisk helse som er unike for TKN-personer, inkluderer erfaringer med diskriminering, overgrep, feilkjønn, familiens avvisning og internalisert transfobi (Hendricks & Testa, 2012). Faktorer som har en positive effekt på psykisk helse inkluderer familiens aksept, støttende sosiale og romantiske relasjoner, tilhørighetsfølelse i TKN-miljøet/r, beskyttelse gjennom bekreftende og inkluderende politikk, å ha dokumentasjon på oppdatert registrert navn og kjønnsstatus, og gjennomført fysisk kjønnsstransisjon basert på individuelle mål om kroppslig iscenesetting av kjønnsidentitet (Bauer et al., 2015; Bockting et al., 2013; Bouman et al., 2016; Davey et al., 2014; de Vries et al., 2014; Du Bois et al., 2018; Gower, Rider, Brown et al., 2018; Hendricks & Testa, 2012; Keo-Meier et al., 2015; Meier et al., 2013; Pflum et al., 2015; Ryan et al., 2010; Smith et al., 2018).

Hormonbehandling har vist seg å innvirke positivt på psykisk helse og livskvalitet for TKN-ungdommer og voksne som begynner på slik behandling (Aldridge et al., 2020; Allen et al., 2019; Bauer et al., 2015; Nobili et al., 2018; Russell et al., 2018; Ryan, 2009). I mange tilfeller er hormonbehandling

regnet som en livreddende intervensjon (Allen et al., 2019; Grossman & D'Augelli, 2006; Moody et al., 2015). Mange studier har funnet forbindelse mellom oppstart på hormonbehandling og forbedret psykisk helse for ungdommer og voksne (Aldridge et al., 2020; Costa et al., 2016; de Vries et al., 2014; Kuper et al., 2020; Nguyen et al., 2018; White Hughto & Reisner, 2016), inkludert økt livskvalitet (Gorin-Lazard et al., 2012; Gorin-Lazard et al., 2013; Murad et al., 2010; Newfield et al., 2006; Nobili et al., 2018; White Hughto & Reisner, 2016), redusert angst og depresjon (Aldridge et al., 2020; Colizzi et al., 2014; Davis & Meier, 2014; de Vries, Steensma et al., 2011; Gómez-Gil et al., 2012; Rowniak et al., 2019), redusert stress og mindre paranoia (Keo-Meier & Fitzgerald, 2017). En prospektiv, kontrollert studie som brukte Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) demonstrerte signifikant forbedring i flere områder av psykisk funksjon hos transmenn etter kun 3 måneder med testosteronbehandling (Keo-Meier et al., 2015). Selv om det er høyere forekomst av autismespektersymptomer i TKN-populasjonen, har man ikke funnet at disse symptomene øker etter oppstart på hormonbehandling (Nobili et al., 2020).

Ettersom en reduksjon av depressive symptomer kan være forbundet med en redusering i selvmordsrisiko, kan det være skadelig å holde tilbake hormonbehandling basert på depresjon eller suicidalitet (Keo-Meier et al., 2015; Levy et al., 2003). Turban, King et al. (2020) sammenlignet ungdommer som trengte pubertetsblokkere og hadde tilgang til dette med de som ikke hadde tilgang, og fant en redusert sannsynlighet for at førstnevnte er suicidale i løpet av livet (Turban, King et al., 2020). En fersk systematisk gjennomgang fant at pubertetsundertrykking for TKN-ungdommer var forbundet med et bedret sosialliv, redusert suicidalitet i voksen alder, og bedret psykisk funksjonsnivå og

livskvalitet (Rew et al., 2020). Fordi evidens viser at hormonbehandling er direkte forbundet med reduserte symptomer på angst og depresjon, anses praksisen med å holde tilbake hormonbehandling til symptomene behandles i tradisjonell psykiatri å ha iatrogenisk effekt (skadevirkning forårsaket av helsepersonell, o.a.) (Keo-Meier et al., 2015). Hvis psykiatrisk behandling er indikert kan det påbegynnes eller justeres samtidig, uten å avbryte hormonbehandling.

*\* For kriterier for behandlingsberettigelse for ungdommer og voksne, vennligst se Kapittel 5 – Vurdering av voksne, Kapittel 6 – Ungdommer, og Vedlegg D.*

## KAPITTEL 13 Kirurgi og postoperativ pleie

Medisinsk nødvendig kjønnsbekreftende kirurgi (GAS) (forkortelse for «gender-affirmation surgery», og brukes noe i Norge; det finnes ikke tilsvarende på norsk. Derfor brukes den engelske forkortelsen her, i oversatt tekst. O.a.), refererer til en konstellasjon av prosedyrer som er designet til å få en persons kropp til å samsvare med vedkommendes kjønnsidentitet (se Kapittel 2 – Universell anvendbarhet for å lese om medisinsk nødvendighet, Anbefaling 2.1). Dette kapitlet gir anbefalinger for kirurgi og postoperativ pleie for voksne og unge TKN-personer. Vennligst se Kapittel 5 – Vurdering av voksne, og Kapittel 6 – Ungdommer, for vurderingskriteriene relatert til kirurgi for voksne og ungdommer, respektivt. I [Vedlegg D](#) kan du finne et sammendrag av anbefalingene og vurderingskriteriene. I en anerkjennelse av den mangfoldige og heterogene populasjonen av individer som identifiserer seg som trans og kjønnsnormbrytende, kan kjønnsbekreftende kirurgiske intervensjoner kategoriseres langs et spektrum av prosedyrer for de som ble tillagt den kroppslige kjønns-kategorien mann ved fødselen (AMAB) (En forkortelse for «assigned male at birth», og brukes noe i Norge; det finnes ikke tilsvarende på norsk. Derfor brukes den engelske her, i oversatt tekst. O.a.) og de som ble tillagt den kroppslige kjønns-kategorien kvinne (AFAB) (tilsvarende forkortelse for «assigned female at birth», o.a.).

Nyere forskningslitteratur støtter fordelene ved GAS for TKN-personer som har blitt selektert på hensiktsmessige måter. Selv om det forekommer komplikasjoner er mange av disse små, eller kan ivaretas og behandles lokalt uten at pasienten er innlagt på sykehus (Canner et al., 2018; Gaither et al., 2018; Morrison et al., 2016). Videre er komplikasjonsraten konsistent med ratene for andre kirurgiske prosedyrer (altså prosedyrer som ikke er kjønnsbekreftende).

Hos personer som er AFAB har kjønnsbekreftende brystkirurgi, eller «toppkirurgi» (altså «subkutan mastektomi»), blitt studert i prospektive (Agarwal et al., 2018; Frederick et al., 2017; Top & Balta, 2017; van de Grift, Elaut et al., 2017; van de Grift et al., 2016), retrospektive (Bertrand et al., 2017; Claes et al., 2018; Esmonde et al., 2019; Lo Russo et al., 2017; Marinkovic & Newfield, 2017; Poudrier et al., 2019; Wolter et al., 2015; Wolter et al., 2018), og kryss-seksjonelle kohortstudier (Olson-Kennedy, Warus et al., 2018; Owen-Smith et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., 2018; van de Grift, Elfering et al., 2018). Effektiviteten ved toppkirurgi har blitt demonstrert innen flere domener, inkludert en konsistent og direkte bedring i helserelatert livskvalitet, signifikant reduisering i kjønnsdysfori, og vedvarende økt tilfredshet ved egen kropp og utseende. I tillegg er prosenten som angrer fortsatt veldig lav, og varierer fra 0 til 4%. Ytterligere mål for behandlingsresultat, som depresjon, angst og seksuell funksjon, demonstrerte også fordelaktig effekt av toppkirurgi, men studiene var ikke tilstrekkelig sterke til å trekke definitive konklusjoner. Selv om det er behov for videre undersøkelser for å trekke mer definitive konklusjoner, demonstrerer evidensen at toppkirurgi er en trygg og effektiv intervensjon.

Det har blitt publisert færre studier av kjønnsbekreftende brystkirurgi blant personer som er AMAB; disse inkluderer 2 prospektive (Weigert et al., 2013; Zavlin et al., 2018), 1 retrospektiv kohortstudie (Fakin et al., 2019), og 3 kryss-seksjonelle kohortstudier (Kanhai et al., 2000; Owen-Smith et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., 2018). Alle studiene rapporterer en konsistent og direkte forbedring i pasienttilfredshet, inkludert generell tilfredshet, tilfredshet med kroppsbilde, og kroppsbilde etter kirurgi. Owen-Smith et al. (2018) demonstrerte en positiv trend i retning forbedring av score for både depresjon og angst, med økende grad av kjønnsbekreftende intervensjoner. Dog var det ingen statistisk sammenligning av folk som gjennomførte

toppkirurgi med noen annen gruppe. Kjønnsbekreftende vaginoplastikk (konstruksjon av vagina, o.a.) er en av de oftest rapporterte kjønnsbekreftende kirurgiske intervensjonene; 8 prospektive (Buncamper et al., 2017; Cardoso da Silva et al., 2016; Kanhai, 2016; Manero Vazquez et al., 2018; Papadopoulos, Zavlin et al., 2017; Tavakkoli Tabassi et al., 2015; Wei et al., 2018; Zavlin et al., 2018), 15 retrospektive kohortstudier (Bouman, van der Sluis et al., 2016; Buncamper et al., 2015; Hess et al., 2016; Jiang et al., 2018; LeBreton et al., 2017; Manrique et al., 2018; Massie et al., 2018; Morrison et al., 2015; Papadopoulos, Lelle et al., 2017; Raigosa et al., 2015; Salgado et al., 2018; Seyed-Foroortan et al., 2018; Sigurjonsson et al., 2017; Simonsen et al., 2016; Thalairivithan et al., 2018), og 3 kryss-seksjonelle kohortstudier har nylig blitt rapportert (Castellano et al., 2015; Owen-Smith et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., 2018).

Selv om det ble brukt forskjellige metoder for måling, viste resultatene rapportert i alle studiene konsistent både et høyt nivå av pasienttilfredshet (78–100%) og tilfredshet med seksuell funksjon (75–100%). Dette var spesielt tydelig ved bruk av nyere kirurgiske teknikker. Kjønnsbekreftende vaginoplastikk var også forbundet med lav grad av komplikasjoner og lav insidens av angring (0–8%).

Nyere litteratur gir et bilde på den økte kliniske interessen for metoidioplastikk (utnytter forstørret klitoris etter testosteronbehandling, o.a.) og falloplastikk (konstruksjon av penis, o.a.), noe man kan se reflektert i 3 prospektive kohortstudier (Garaffa et al., 2010; Stojanovic et al., 2017; Vukadinovic et al., 2014), 6 retrospektive kohortstudier (Cohanzad, 2016; Garcia et al., 2014; Simonsen et al., 2016; van de Grift, Pigot et al., 2017; van der Sluis et al., 2017; Zhang et al., 2015), og 4 kryss-seksjonelle studier (Castellano et al., 2015; Owen-Smith

et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., 2018; Wierckx, Van Caenegem et al., 2011), som undersøkte risikoer og fordeler ved disse prosedyrene.

Når det gjelder urinering, kunne 75–100% av deltagerne i studien tømme blæren stående. Med hensyn til seksuell funksjon rapporterte mellom 77 og 95% av deltagerne tilfredshet med dette. De fleste av disse studiene rapporterte om generelt høye nivåer av postoperativ tilfredshet (83–100%), med høyere nivåer i studiene der nyere teknikker var i bruk. To prospektive og to retrospektive kohortstudier vurderte spesifikt angring etter kirurgi, og fant ingen transmenn som opplevde å angre. Selv om studiene hadde begrensninger, var de rapporterte resultatene konsistente og direkte.

## Anbefalinger

13.1- Vi anbefaler at kirurger som utfører kjønnsbekreftende kirurgi har følgende kvalifikasjoner:

- 13.1.a- Opplæring og dokumentert veiledning i kjønnsbekreftende prosedyrer;
- 13.1.b- Vedlikehold av en aktiv praksis innenfor kjønnsbekreftende prosedyrer;
- 13.1.c- Kunnskap om kjønnsnormbrytende identiteter og uttrykk;
- 13.1.d- Videreutdanning i feltet kjønnsbekreftende kirurgi;
- 13.1.e- Registrering av egne kirurgiske resultater.

13.2- Vi anbefaler at kirurger vurderer, i forkant av brystforstørrelse eller mastektomi, om trans- og kjønnsnormbrytende personer har noen risikofaktorer for brystkreft.

13.3- Vi anbefaler at kirurger i løpet av den preoperative prosessen informerer trans- og kjønnsnormbrytende personer som skal gjennomgå kjønnsbekreftende prosedyrer om nødvendigheter med hensyn til etterpleie, reise og opphold, og viktigheten av postoperativ oppfølging.

13.4- Vi anbefaler at kirurger forsikrer seg om at reproduktive alternativer har blitt diskutert med trans- og kjønnsnormbrytende personer før gonadektomi (fjerning av gonadene, o.a.) gjennomføres.

13.5- Vi foreslår at kirurger vurderer å tilby gonadektomi til berettigede\* voksne trans- og kjønnsnormbrytende personer når de beviselig har tolerert minimum seks måneder med hormonbehandling (med mindre hormonbehandling eller undertrykking av gonadefunksjon ikke er klinisk indikert eller prosedyren ikke samsvarer med pasientens ønsker, mål, eller uttrykk for individuell kjønnsidentitet).

13.6- Vi foreslår at helsepersonell vurderer kjønnsbekreftende genitalprosedyrer for berettigede\* voksne trans- og kjønnsnormbrytende personer som søker slike intervensjoner når de beviselig har vært stabile i sine nåværende behandlingsregimer (som kan inkludere minst seks måneder med hormonbehandling eller lenger hvis nødvendig for det ønskede kirurgiske resultatet, med mindre hormonbehandling enten ikke er ønsket eller er medisinsk kontraindusert).

13.7- Vi anbefaler at kirurger vurderer kjønnsbekreftende kirurgiske intervensjoner for berettigede\* trans- og kjønnsnormbrytende ungdommer når det kan vises til at en flerfaglig tilnærming som inkluderer psykisk og somatisk helse har vært involvert i avgjørelsesprosessen.

13.8- Vi anbefaler at kirurger konsulterer et flerfaglig team av profesjonsutøvere innen helsefeltet for trans- og kjønnsnormbrytende personer når berettigede\* personer etterspør individuelt tilpasset (tidligere kalt «ikke-standard») kirurgi som del av en kjønnsbekreftende intervensjon.

13.9- Vi foreslår at kirurger som ivaretar trans- og kjønnsnormbrytende personer som har gjennomgått metoidioplastikk (utnytter forstørret klitoris etter testosteronbehandling, o.a.)/faloplastikk (konstruksjon av penis, o.a.) oppfordrer til livslang urologisk oppfølging.

13.10- Vi anbefaler at kirurger som ivaretar trans- og kjønnsnormbrytende personer som har gjennomgått vaginoplastikk (konstruksjon av vagina, o.a.) oppfordrer til oppfølging med deres primære kirurg, allmennlege eller gynekolog.

13.11- Vi anbefaler at pasienter som angrep sine kjønnsrelaterte kirurgiske intervensjoner blir hjulpet av et flerfaglig ekspertteam.

\*For kriterier for behandlingsberettigelse for ungdommer og voksne, vennligst se Kapittel 5 - Vurdering av voksne, Kapittel 6 - Ungdommer, og [Vedlegg D](#).

I senere år har kjønnsbekreftende ansiktskirurgi fått økt oppmerksomhet, og nyere litteratur tilsier at dette er fordelaktig. Åtte nye publikasjoner inkluderer én prospektiv kohortstudie (Morrison et al., 2020), fem retrospektive kohortstudier (Bellinga et al., 2017; Capitán et al., 2014; Noureai et al., 2007; Raffaini et al., 2016; Simon et al., 2022), og to kryss-seksjonelle studier (Ainsworth & Spiegel, 2010; van de Grift, Elaut et al., 2018). Alle åtte studiene demonstrerte tydelig at deltagerne var veldig tilfredse med resultatet av sine kirurgiske inngrep (mellom 72% og 100% av dem). I tillegg var de vesentlig mer tilfredse med ansiktsutseendet sitt, enn folk som ikke hadde gjennomgått kirurgiske inngrep. En prospektiv, internasjonal kohortstudie basert i flere sentre, fant at kjønnsbekreftende ansiktskirurgi vesentlig forbedret folks livskvalitet, både over

lengre og medium lengde tid (Morrison et al., 2020). Resultatene var direkte og konsistente, men noe upresise på grunn av visse begrensninger ved studien. Selv om kjønnsbekreftende ansiktskirurgi for personer som er AFAB er et nytt felt, som er i vekst, viser begrenset forskning tilsvarende fordeler hos utvalgte pasienter. Det anbefales at flere studier gjennomføres.

Ytterligere prosedyrer og/eller intervensjoner, slik som hårfjerning (i forkant av ansikts- og/eller genitalkirurgi) kan være påkrevet som del av den preoperative prosessen. Se Kapittel 15 – Primærhelse. Videre kan det være viktig (eller påkrevet) med konsultasjon om fysioterapi for bekkenregionen, både før og etter kirurgi.

**Representative kirurgiske intervensjoner**



## inkluderer (for komplett liste, se [Vedlegg E](#) og slutten av dette kapittelet):

AMAB: ansiktsfeminiserende kirurgi (inkludert chondrolaryngoplastikk/stemmebåndskirurgi (reduksjon av adamseplet, o.a.), kjønnsbekreftende brystkirurgi, kirurgisk kroppsforming, orkiektomi (fjerning av testikler, o.a.), vagino-/vulvoplastikk (konstruksjon av vagina/vulva, o.a.) (med/uten dybde), estetiske prosedyrer, og prosedyrer designet for å forberede personer for kirurgi (som hårfjerning).

AFAB: ansiktsmaskuliniserende kirurgi, kjønnsbekreftende brystkassekirurgi, hysterektomi (fjerning av livmor, o.a.)/ooforektomi (fjerning av eggstokker, o.a.) metoidioplastikk (inkludert plassering av testikkelproteser), falloplastikk (inkludert plassering testikkel-/penisprotese), kirurgisk kroppsforming, estetiske prosedyrer, og prosedyrer designet for å forberede personer for kirurgi (som hårfjerning).

Det er viktig at kirurger forstår indikasjonen(e) og relevansen av planlegging av tidsforløpet for GAS. Dette er spesielt viktig når de skal ivareta ungdommer (se Kapittel 6 – Ungdommer).

Det er viktig at kirurgen og pasienten tar del i en felles beslutningsprosess i en tilnærming som inkluderer 1) en flerfaglig tilnærming; 2) en forståelse av pasientens mål og forventninger; 3) en diskusjon omkring de kirurgiske alternativene og risikoene og fordelene forbundet med disse; og 4) en informert plan for pleie i etterkant (se Kapittel 5 – Vurdering av voksne). Disse anbefalingene er designet for å muliggjøre individualisert tilnærming til ivaretagelse. Hensiktsmessig postoperativ pleie er essensielt for å optimalisere resultatet (Buncamper et al., 2015; Lawrence, 2003), og det er viktig at pasienter er informert om

postoperative behov (inkludert lokalt tilgjengelig<sup>5168</sup> sårpleie, aktivitetsbegrensninger, fravær fra arbeid eller skole, osv.). I tillegg er det viktig at kirurgen, ved behov, er tilgjengelig for å yte og legge til rette for postoperativ ivaretagelse, henvise til spesialister, eller begge. Dette kan inkludere behov for pågående støtte (fra både pårørende og helsepersonell, som kan inkludere fastlege og helsepersonell som jobber med psykisk helse, eller begge), og behov for rutinemessig primærhelse (som kreftscreening av brystet, urologisk/gynekologisk pleie, osv.).

Med økningen i både offentlig interesse og antallet kjønnsbekreftende kirurgiske prosedyrer (Canner et al., 2018; Ross, 2017; Shen et al., 2019), er det nødvendig for kirurger med både ytterligere opplæring, registrering av resultater, og videreutdanning (Schechter et al., 2017).

Alle anbefalingene i dette kapittelet er basert på en grundig gjennomgang av evidens, vurdering av fordeler og skadevirkninger, verdier og preferanser blant helsepersonell og pasienter, og ressursbruk og gjennomførbarhet. I noen tilfeller anerkjenner vi at evidensen er begrenset og/eller at tjenester eventuelt ikke er tilgjengelige eller ønskelige.

### Anbefaling 13.1

**Vi anbefaler at kirurger som utfører kjønnsbekreftende kirurgi har følgende kvalifikasjoner:**

- a. Opplæring og dokumentert veiledning i kjønnsbekreftende prosedyrer;
- b. Vedlikehold av en aktiv praksis innenfor kjønnsbekreftende prosedyrer;
- c. Kunnskap om kjønnsnormbrytende identiteter og uttrykk;
- d. Viderutdanning i feltet kjønnsbekreftende kirurgi;
- e. Registrering av egne kirurgiske resultater.

Kirurger som tilbyr GAS kan ha et mangfold av forskjellig bakgrunner og spesialiseringer innen kirurgi. De vanligste kirurgiske

spesialitetene inkluderte plastikkirurgi, urologi, gynekologi, øre-, nese-, halskirurgi og maxillofacial kirurgi (Jazayeri et al., 2021). Som med andre kirurgiske domener anbefaler vi at kun kirurger som er sertifiserte av sine respektive nasjonale organer tilbyr GAS. Videre er det anbefalt at kirurger som ivaretar TKN-personer har fått sertifisert opplæring i kjønnsbekreftende prosedyrer og prinsipper ved kjønnsbekreftende omsorg (Schechter et al., 2017; Schechter & Schechter, 2019). Det sistnevnte inkluderer, men er ikke begrenset til, kunnskap og kjønnsnormbrytende identiteter og uttrykk og hvordan disse virker inn på pasienters mål, forventninger og resultater. Det er viktig at kirurger som tilbyr GAS er godt kjent med tilgjengelige prosedyrer og kan innhente informert samtykke. Hvis kirurger ikke kan tilby en etterspurt prosedyre, kan de henvise videre til en second opinion. Kirurger som tilbyr GAS forventes å delta i kontinuerlig videreutdanning i GAS feltet (som møter, konferanser, seminarer, osv.) for å holde seg oppdatert på relevant kunnskap. Vi anbefaler at kirurgiske resultater registreres og kommuniseres til pasienten som del av prosessen med informert samtykke (Schechter et al., 2017).

I tillegg må sykehus, institusjoner og legekontorer som tilbyr GAS ha kunnskap om kulturell kompetanse (som språk, terminologi, osv.). Det kan kreve stadig og jevnlig kursing av ansatte.

### Anbefaling 13.2

**Vi anbefaler at kirurger vurderer, i forkant av brystforstørrelse eller mastektomi, om TKN-personer har noen risikofaktorer for brystkreft.**

Før gjennomføring av brystforstørrelse eller mastektomi må pasienter informeres om, og vurderes for, risikofaktorer for brystkreft, inkludert genetiske mutasjoner (som BRCA1, BRCA2), familiehistorie, alder, stråling, østrogeneksponering og mengden brystvev som forventes å være igjen etter inngrep (Brown, Lourenco et al., 2021; Brown &

Jones, 2015; Colebunders et al., 2014; Gooren et al., 2013; Salibian et al., 2021; Weyers et al., 2010). Brystkreftscreening balanserer identifisering av kreft med valget av hensiktsmessige bilder, tester og prosedyrer. Per i dag finnes ikke evidensbaserte retningslinjer for screening (Salibian et al., 2021), men det har nylig blitt lagt fram forslag til retningslinjer av American College of Radiology (Brown, Lourenco et al., 2021). Fordi kreftfaren blant mennesker som etterspør kjønnsbekreftende brystforstørrelse eller mastektomi ligner faren i den generelle befolkningen (selv når hormonbruk tas med i betraktning), bør eksisterende retningslinjer for kreftscreening følges (Brown & Jones, 2015; Gooren et al., 2013; Salibian et al., 2021; Weyers et al., 2010). Disse retningslinjene kan endres; helsepersonell må derfor holde seg oppdatert på disse retningslinjene. Folk som gjennomgår kjønnsbekreftende, brystrelatert kirurgi bør overvåkes for brystkreft, noe som bør følges opp i primærhelsetjenesten.

### Anbefaling 13.3

**Vi anbefaler at kirurger i løpet av den preoperative prosessen informerer TKN-personer som skal gjennomgå kjønnsbekreftende prosedyrer om nødvendigheter med hensyn til etterpleie, reise og opphold, og viktigheten av postoperativ oppfølging.**

Detaljer om tidsforløpet, teknikken og varigheten av postoperative hensyn og behov deles med pasienten i den preoperative fasen slik at det kan gjøres hensiktsmessig planlegging. Dette inkluderer en diskusjon om den forventede rekkefølgen av kirurgiske prosedyrer (og reisemessige behov i forbindelse med dette). Gitt det lave antallet kirurger som spesialiserer seg på GAS er det vanlig å måtte reise for slike prosedyrer. I forkant av en operasjon bør en kirurg gi pasienten en postoperativ oppfølgingsplan. Kirurgen bør diskutere delene av pasientens tids- og reiseplan, den forventede delen av oppholdet der vedkommende er innlagt versus ikke innlagt, og potensialet for at det er behov for fleksibilitet

i reiseplanene (særlig om komplikasjoner oppstår). Gitt kompleksiteten og kostnadene ved reise og opphold bør endringer i planen for tilsyn og pleie deles med pasienten så tidlig som mulig. Kirurger bør legge til rette for at pleie og tilsyn overtas og viderføres av lokalt helsepersonell når pasienten returnerer til sitt bosted.

Postoperativ pleie og oppfølging er viktig. Kjønnsbekreftende kirurgiske prosedyrer har ofte spesifikke krav til etterpleie, slik som postoperative ressurser (stabilt og trygt bosted; ressurser til reise og oppfølging/tilsyn), instruksjoner angående positive vaner for helsen (f.eks. personlig hygiene, et sunt liv, preventive tiltak mot urinveisinfeksjoner og seksuelt overførbare sykdommer) (Wierckx, Van Caenegem et al., 2011)), postoperative forsiktighetsregler eller begrensninger av hverdagslige aktiviteter (f.eks., bading, fysisk aktivitet, trening, råd om næringsinntak, gjenopptak av seksuell aktivitet) (Capitán et al., 2020), postoperativ plan for gjenopptakelse av medisiner (som antikoagulerende medisiner, hormoner, osv.) og detaljerte aktiviteter for egenpleie (f.eks., rutiner for blokking og skylking etter vaginoplastikk (konstruksjon av vagina, o.a.), aktivering av penisprotese, strategier for å optimalisere urineringsfunksjon etter falloplastikk, og anbefalinger for pleie etter hårtransplantasjon) (Capitán et al., 2017; Falcone et al., 2018; Garcia, 2018; Hoebeke et al., 2005). Noen aspekter ved postoperativ egenpleie kan introduseres før operasjonen, og forsterkes etter den er gjennomført (Falcone et al., 2018). Ettersom det kan oppstå utfordringer slik som sårproblemer, vanskeligheter med blokking og urinveisinfeksjoner (Dy et al., 2019), gir oppfølgingsperioden en mulighet for å gripe inn, dempe og forhindre komplikasjoner (Buncamper et al., 2016; Garcia, 2021).

#### Anbefaling 13.4

Vi anbefaler at kirurger forsikrer seg om at

**reproduktive alternativer har blitt diskutert med TKN-personer før gonadektomi (fjerning av gonadene, o.a.) gjennomføres.**

Infertilitet er ofte en konsekvens av både kjønnsbekreftende hormonbehandling (midlertidig) og GAS (permanent), og fruktbarhetspreservering blir diskutert i forkant av medisinske intervensjoner, kirurgiske intervensjoner, eller begge (Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020; Jahromi et al., 2021; Jones et al., 2021). Kirurgiske intervensjoner som endrer reproduktiv anatomi eller funksjon kan begrense framtidige reproduktive muligheter i forskjellig grad (Nahata et al., 2019). Derfor er det avgjørende å diskutere risiko for infertilitet og muligheter for fruktbarhetsbevaring med TKN-personer og deres familier før man setter igang med noen av disse intervensjonene, og at temaet tas opp igjen på jevnlig basis senere (Hembree et al., 2017).

For spesifikke anbefalinger om reproduktive muligheter, se Kapittel 16 – Reproduktiv helse.

#### Anbefaling 13.5

**Vi foreslår at kirurger vurderer å tilby gonadektomi til berettigede\* voksne TKN-personer når de beviselig har tolerert minimum seks måneder med hormonbehandling (med mindre hormonbehandling eller undertrykking av gonadefunksjon ikke er klinisk indikert eller prosedyren ikke samsvarer med pasientens ønsker, mål eller uttrykk for individuell kjønnsidentitet). For støttende tekst, se Anbefaling 13.6.**

#### Anbefaling 13.6

**Vi foreslår at helsepersonell vurderer kjønnsbekreftende genitalprosedyrer for berettigede\* voksne TKN-personer som søker slike intervensjoner når de beviselig har vært stabile i sine nåværende behandlingsregimer (som kan inkludere minst seks måneder med hormonbehandling eller lenger hvis nødvendig**

for det ønskede kirurgiske resultatet, med mindre hormonbehandling enten ikke er ønsket eller er medisinsk kontraindikert).

GAHT (Forkortelse for gender affirming hormone therapy. Ingen tilsvarende norske forkortelser er i bruk, så vi bruker GAHT. O.a) fører til anatomiske, fysiologiske og psykologiske foreandringer. Begynnelsen av de anatomiske effektene (f.eks. klitorisvekst, vaginalatrofi) kan begynne kort etter behandlingsstart, og maksimal effekt er forventet etter 1-2 år (T'Sjoen et al., 2019). Avhengig av det kirurgiske resultatet som kreves kan det være nødvendig med en periode med hormonbehandling (f.eks. tilstrekkelig virilisering av klitoris i forkant av metoidioplastikk (utnytter forstørret klitoris etter testosteronbehandling, o.a.)/falloplastikk (konstruksjon av penis, o.a.), eller foretrukket av psykologiske grunner, anatomiske grunner, eller begge (brystvekst og strekking av hud i forkant av brystforstørrelse, mykere hud og endringer i fettfordelingen i ansiktet i forkant av kjønnsbekreftende ansiktskirurgi) (de Blok et al., 2021).

For personer som ikke tar hormoner i forkant av kirurgiske intervensjoner er det viktig at kirurger gjennomgår implikasjonene av dette for den foreslåtte operasjonen.

For personer som ikke tar hormoner og skal få gjennomgå en gonadektomi, kan en hormonstatningsplan utvikles sammen med foreskrevende helsepersonell før operasjonen gjennomføres.

#### Anbefaling 13.7

**Vi anbefaler at kirurger vurderer kjønnsbekreftende kirurgiske intervensjoner for berettigede\* TKN-ungdommer når det kan vises til at en flerfaglig tilnærming som inkluderer psykisk og somatisk helse har vært involvert i avgjørelsesprosessen.**

Vesentlig evidens (som observasjonsstudier

(Monstrey et al., 2001; Stojanovic et al., 2017)<sup>5171</sup>, litteraturgjennomganger og ekspertuttalelser (Esteva de Antonio et al., 2013; Frey et al., 2017; Hadj-Moussa et al., 2019; Pan & Honig, 2018), etablerte retningslinjer (Byne et al., 2018; Chen, Fuqua et al., 2016; Hembree et al., 2017; Karasic & Fraser, 2018; Klein, Paradise et al., 2018; Weissler et al., 2018) og en tematisk innholdsanalyse (Gerritse et al., 2018) støtter viktigheten av en flerfaglig (som i medisin, psykisk helse og kirurgi) tilnærming til TKN-helse.

En flerfaglig tilnærming er spesielt viktig når man skal bistå ved utfordringer med psykisk helse, hvis en TKN-person som skal gjennomgå kjønnsbekreftende kirurgi opplever slike utfordringer (de Freitas et al., 2020; Dhejne et al., 2016; van der Miesen et al., 2016). I tillegg kan primærhelsetjenesten og spesialister bidra med støtte omkring avgjørelser vedrørende rett tidspunkt for kirurgi, kirurgisk resultater og forventninger, hormonbehandling før/etter prosedyren, og optimalisering av helsetilstand (Elamin et al., 2010; Hembree et al., 2017).

For spesifikke anbefalinger angående preoperative vurderinger med ungdommer, se Kapittel – Ungdommer.

#### Anbefaling 13.8

**Vi anbefaler at kirurger konsulterer et flerfaglig team av profesjonsutøvere innen feltet TKN-helse når berettigede\* TKN-personer etterspør individuelt tilpasset (tidligere kalt «ikke-standard») kirurgi som del av en kjønnsbekreftende intervensjon.**

Kjønnsidentiteter kan presentere langs et spektrum, og uttrykket for en persons identitet kan variere ganske bredt blant individuelle mennesker (Beek et al., 2015; Koehler et al., 2018). Selv om det generelle målet for en spesifikk prosedyre vanligvis involverer redusering av kjønnsdysfori (van de Grift, Elaut et al., 2017) eller oppnåelse av



kjønnskongruens, kan kjønnsnormbrytende presentasjoner føre til forespørsler enkelte kan anse som «ikke standard» (Beek et al., 2015; Bizic et al., 2018). Individuelt tilpassede kirurgiske forespørsler kan defineres som 1) en prosedyre som endrer en persons kjønnsuttrykk uten å nødvendigvis sikte etter å uttrykke et alternativt, binært kjønn; 2) en «ikke standard» kombinasjon av veletablerte prosedyrer; eller 3) begge.

Involvering at et flerfaglig team er ment å veilede og informere pasienten, i tillegg til å forsikre seg om at deres mål kan oppnås. Pasienten og kirurgen trenger å samarbeide for å forsikre seg om at pasientens forventninger er realistiske og oppnåelige, og de foreslåtte intervensjonene er trygge og teknisk gjennomførbare. Pasienten og dennes kirurgiske team må gjennomføre en avgjørelsesprosess sammen (Cavanaugh et al., 2016). Denne samtykkeprosessen må informere om og adressere irreversibiliteten ved noen prosedyrer, at noen prosedyrer er nyutviklet, og den begrensede informasjonen tilgjengelig om langtidsvirkningene av enkelte prosedyrer.

### Anbefaling 13.9

**Vi foreslår at kirurger som ivaretar TKN-personer som har gjennomgått metoidioplastikk (utnytter forstørret klitoris etter testosteronbehandling, o.a.)/fallopplastikk (konstruksjon av penis, o.a.) oppfordrer til livslang urologisk oppfølging.**

Postoperative komplikasjoner som følge av metoidioplastikk/fallopplastikk involverer urinveiene og seksuell funksjon (Kang et al., 2019; Monstrey et al., 2009; Santucci, 2018; Schardein et al., 2019). Rapporterte urinrørskomplikasjoner (relatert til forlengelse av urinrøret) inkluderer uretrastrikturer (innsnevring av urinrør, o.a.) 35–58%, fistler i urinrøret 15–70% (Monstrey et al., 2009; Santucci, 2018; Schardein et al., 2019), divertikler (utposninger), mucocele (cyster,

o.a.) forårsaket av gjenværende vaginalt vev, og hårvekst i neo-uretra (det nykonstruerte urinrøret, o.a.) (Berli et al., 2021; Veerman et al., 2020). Komplikasjoner relatert til seksuell funksjon inkluderer begrenset eller fraværende taktil og/eller erogen følelse, vanskeligheter med orgasme, og komplikasjoner med penisprotese (Kang et al., 2019; Santucci, 2018). Komplikasjoner relatert til penisproteser estimeres å innebære infeksjon (insidens 8-12%), dysfunksjon, erosjon av urinrøret, ekstrasjon (utpressing, o.a.) av protesen gjennom huden, og forskyvning av protesens skjelettfeste (Falcone et al., 2018; Kang et al., 2019; Morrison et al., 2016). Selv om de fleste komplikasjoner med urinveier og proteser oppstår umiddelbart eller nesten umiddelbart i den postoperative perioden, kan de oppstå når som helst. Tidlig påvisning av komplikasjoner kan redusere morbiditet; for eksempel kan man behandle en uretrastriktur før den leder til fistler som i tur kan forårsake erosjon av penisprotesen med infeksjon som resultat, hvilket krever full eksplantasjon (fjerning av protesen, o.a.) (Blecher et al., 2019).

Rutinemessig oppfølging for å vurdere eventuelle tidlige tegn på uretrastrikturer (eller andre urinveisproblemer) inkluderer ultralyd av blæren der det måles mengde resturin etter tømning (for å screene for, og vurdere alvorlighetsgraden til, uretrastrikturer i neo-uretra), fluoroskopisk uretrografi (for å identifisere og vurdere alvorlighetsgraden til neo-uretrastrikturer, fistler og divertikler), og en uretroskopi for å undersøke urinrør og blære. TKN-personer som er AFAB kan også ha urinveisproblemer som ikke nødvendigvis er forbundet med kjønnsrelatert transisjonering (nyrestein, hematuri, og urogenitalkreft; fruktbarhetspreservering) (Sterling & Garcia, 2020a, 2020b).

### Anbefaling 13.10

**Vi anbefaler kirurger som ivaretar TKN-personer som har gjennomgått vaginoplastikk**



(konstruksjon av vagina, o.a.) oppfordrer til oppfølging med deres primære kirurg, allmennlege eller gynekolog.

Vaginoplastikk er en trygg prosedyre (Hontscharuk, Alba, Hamidian Jahromi et al., 2021). Selv om det kan forekomme komplikasjoner er de fleste av disse selvbegrensede eller kan behandles med mindre intervensjoner (Hontscharuk, Alba, Hamidian Jahromi et al., 2021). Mindre komplikasjoner inkluderer slikt som at det forekommer granulasjonsvev, intravaginal hårvekst, forsinket eller forstyrret sårheling (eller begge), estetiske utfordringer og forsnevring av skjedeåpningen (Ferrando, 2020; Kloer et al., 2021). Selv om disse komplikasjonene vanligvis er selvbegrensede, kan de innvirke på pasientens velvære etter operasjonen. I tillegg kan de enten forbli udiagnostisert eller feildiagnostisert hvis pasienter ikke har tilgang til hjelp fra helsepersonell som har ekspertise innen TKN-helse. Vi anbefaler at pasienter blir fulgt opp av sin primære kirurg, med jevne mellomrom – for eksempel to uker, tre måneder, seks måneder og ett år etter operasjonen. Tettere oppfølging kan være indikert for enkelte.

I løpet av en TKN-persons liv behøves også ytterligere gynekologisk ivaretagelse. Dette kan gjøres flere steder. Noen i primærhelsetjenesten, en gynekolog eller kirurgen som gjorde det kjønnsbekreftende inngrepet kan gjennomføre en spekulumundersøkelse for å se etter granulasjonsvev, hår og sår; dette kan være nødvendig også etter den umiddelbare postoperative perioden (Grimstad, McLaren et al., 2021; Suchak et al., 2015; van der Sluis et al., 2020). Hvis laboratorieprøver bekrefter at en person har en urinveisinfeksjon, seksuelt overførbare sykdommer eller andre fluktueringer i den vaginale bakterifloraen, kan vedkommende behandles i følge relevante retningslinjer utformet med tanke på den ciskjønnede populasjonen (Hooton, 2012;

Sherrard et al., 2018). Manuelle prostataundersøkelser gjøres, basert på retningslinjer utformet for populasjoner av cispersoner, via den vaginale kanalen, ettersom prostata er lokalisert i skjedens fremre vegg (Carter et al., 2013).

Andre komplikasjoner inkluderer neovaginal stenose, rektovaginal fistel og betennelse (intestinal vaginoplastikk) (Bustos et al., 2021). Disse krever en kombinasjon av ikke-kirurgiske og kirurgiske intervensjoner, og konsultering med, og muligens henvisning tilbake til, den opprinnelige kirurgen og ytterligere kirurgiske konsulenter (som en kolorektal kirurg), om det er behov for det. Ettersom bekkenbunnen kan fungere dårlig hos 30–40% av pasientene både før og etter vaginoplastikk, er det viktig i den postoperative perioden at det også finnes tilgjengelige fysioterapeuter som fokuserer på bekkenbunnsfunksjon (Jiang et al., 2019).

#### Anbefaling 13.11

**Vi anbefaler at pasienter som angrer sine kjønnsrelaterte kirurgiske intervensjoner blir hjulpet av et flerfaglig ekspertteam.**

Prosentandelen som angrer sin kjønnsbekreftende kirurgi er veldig lav (mellom 0.3% og 3.8%) (De Cuypere & Vercruyse, 2009; Defreyne, Motmans et al., 2017; Hadj-Moussa et al., 2019; Hadj-Moussa, Agarwal et al., 2018; Hadj-Moussa, Ohl et al., 2018; Landén et al., 1998; Narayan et al., 2021; van de Grift, Elaut et al., 2018; Wiepjes et al., 2018). Den høyeste insidensen av angring ble rapportert på en tid da de kirurgiske teknikkene var mindre raffinerte, flerfaglig ivaretagelse var mindre etablert praksis, og *Standards of Care* ikke fantes eller ikke var så anerkjent som nå (Landén et al., 1998). Angring kan være midlertidig eller permanent, og kan klassifiseres som (Narayan et al., 2021) sosial angring (forårsaket av vanskeligheter i familiære, religiøse, sosiale eller profesjonelle deler av livet), medisinsk angring (grunnet

langvarige medisinske komplikasjoner, skuffelse over kirurgiske resultater, eller utilstrekkelig preoperativt arbeid med avgjørelsesprosessen), og genuin kjønnsrelatert angring (for det meste basert på hva pasienten opplever som feildiagnostisering, utilstrekkelig utforsking av kjønnsidentitet, eller begge deler). Denne klassifiseringen stemmer overens med tidligere diskuterte positive og negative prediktive faktorer (De Cuypere & Vercruyse, 2009; Gils & Brewaeyns, 2007; Pfäfflin & Junge, 1998).

Et flerfaglig team kan bidra til å identifisere hva som er årsaken til angringen, og hvor stabil den nye forespørselen om kirurgi er over tid (Narayan et al., 2021). Etter at man har gjennomført en slik evaluering, og tatt i betraktning en persons omstendigheter, kan det være indikert med medisinske og/eller kirurgiske intervensjoner. Da enten med intensjon om å fortsette en transisjon, eller gjennomgå kirurgiske prosedyrer for å returnere til anatomien som tilsier den kroppslige kjønnsategorien de ble tillagt ved fødselen. For videre informasjon se Kapittel 5 – Vurdering av voksne.

*\*For kriterier for behandlingsberettigelse for ungdommer og voksne, vennligst se Kapittel 5 – Vurdering av voksne, Kapittel 6 – Ungdommer, og Vedlegg D*

## KJØNNSEBEKREFTENDE KIRURGISKE PROSEDYRER

Ettersom feltets forståelse av de mange aspektene ved kjønnsinkongruens øker, og teknologien utvikles og åpner for

ytterligere behandlinger, er det imperativt å forstå at listen ikke er ment å være uttømmende. Dette er spesielt viktig gitt hvor lang tid det oftest tar mellom oppdaterte utgaver av SOC, en periode der det kan foregå en evolusjon i forståelse og behandlingformer.

---

### ANSIKTSKIRURGI

Panne

- Panneredusering
- Panneforstørrelse
- Panneløft

Forflytning av hårlinjen og/eller hårtransplantasjon

Ansiksløft / løft av midtre del av ansikt (etter modifikasjon av den underliggende skjelettstrukturen)

- Platysmaplastikk

Blefaroplastikk

Rhinoplastikk (+ / - fyllere)

Kinn

- Fettransplantasjon

Leppe

Underkjeve

Omforming av hake

Chondrolaryngoplastikk

- Implantat
- Fettransplantasjon
- Forkorting av overleppe
- Leppeforstørrelse (inkluderer autolog og ikke-autolog)
- Redusering av kjevevinkel
- Forstørrelse
- Osteoplastikk
- Alloplastikk (implantatbasert)
- Stemmebåndskirurgi (se kapittelet Stemme og Kommunikasjon)

### BRYSTKIRURGI

Mastektomi

- Mastektomi med bevaring av brystvorte-areola eller rekonstruksjon alt etter som hva som er medisinsk nødvending for en spesifikk pasient
- Mastektomi uten bevaring av brystvorte-areola eller rekonstruksjon alt etter som hva som er medisinsk nødvending for en spesifikk pasient

Fettsuging

Brystrekonstruksjon (brystforstørrelse)

- Implantat og/eller vevsekspander
- Autolog (inkluderer basert på flap eller fettransplantasjon)

### GENITALKIRURGI

Falloplastikk

(med/uten scrotoplastikk)

- Med eller uten forlenging av urinrøret
- Med eller uten protese (penisprotese eller testikkelprotese)
- Med/uten kolpektomi/kolpogleisis

Metoidioplastikk

- Med/uten scrotoplastikk
- Med eller uten forlenging av urinrøret
- Med eller uten protese (penisprotese eller testikkelprotese)
- Med/uten kolpektomi/kolpogleisis

Vaginoplastikk (inversion, peritoneal, intestinal)

- Kan inkludere bevaring av penis og/eller testikkel

Vulvoplastikk

- Kan inkludere inngrep som beskrives som "flat front"

### GONADEKTOMI

Orkiektomi

Hysterektomi og/eller salpingo-ooforektomi

### KIRURGISK KROPPSFORMING

Fettsuging

Fettransplantasjon

Implantater

Monsplastikk / redusering av mons

- Pektoral-, hofte-, gluteal-, leggimplantat

### ANDRE INNGREP

Hårfjerning: Hårfjerning fra ansikt, kropp og genitalområdet for kjønnsbekreftelse eller som en del av preoperativ forberedelsesprosess (se uttalelse 15.14 angående hårfjerning)

Tatovering (for eksempel brystvorte/areola)

Livmorstransplantasjon

Penistransplantasjon

- Elektrolyse
- Hårfjerning med laser

## KAPITTEL 14 Stemme og kommunikasjon

Mennesker kommuniserer ikke bare for å utveksle ideer om virkeligheten, men også for å presentere seg selv uttad som sosiokulturelle vesener og for å forhandle om hvordan vi skal tiltales og hvordan det skal henvises til oss. Likeledes om hvordan vi vil behandles av andre på måter som får oss til å føle oss trygge og respekterte (Azul et al., 2022). Menneskets stemme er allment ansett som en av de sentrale virkemidlene som bidrar til å formidle kjønn som en av dimensjonene i det menneskelige mangfoldet. Like fullt må vi også vurdere andre former for og aspekter ved kommunikasjon (f.eks. artikulasjon, ordvalg, gester og lytterens oppfatning og meningstillegging (Azul, 2015; Azul & Hancock, 2020). Uttrykket «stemme og kommunikasjon» brukes gjennomgående i dette kapitlet og omfatter den praksisen som skaper mening, der alle i en sosial utveksling deltar i henhold til egne behov, ønsker, identifiseringsmåter og evner.

Selv om en binær forståelse av kjønn har dominert forskningslitteraturen på dette området, impliserer tilnærmingen dette kapitlet anbefaler et bredt, inkluderende syn på kjønnsidentifisering (f.eks. transfeminin, transmaskulin, kjønnsflytende, ikke-binær, genderqueer (i anglifisert bruk på norsk, særlig fra tidlig 2000-tall til noe ut på 2010-tallet, o.a.), ikke-kjønn), og forståelsen av at kjønn ikke eksisterer isolert, men fungerer i samspill med andre aspekter av menneskelig mangfold (f.eks. urfolksstatus, etnisitet/rase, seksualitet, funksjonsvariasjon, tro/religion/spiritualitet). Anbefalingene i dette kapitlet gjelder for alle TKN-personer som etterspør profesjonell hjelp til stemmebruk og kommunikasjon, inkludert barn, ungdom, yngre og eldre voksne, og folk som ønsker å transisjonere eller detransisjonere, uavhengig av deres valg av

framgangsmåte.

Ikke alle TKN-personer opplever utfordringen med eller ønsker hjelp med stemmebruk og kommunikasjon, men de som gjør det opplever ofte hindringer for tilgang til slik hjelp. Selv om andelen varierer fra land til land, og blant deler av TKN-populasjonen, tilsier statistikken at TKN-personer ikke har tilgang til hjelp med stemmebruk og kommunikasjon når og hvordan de ønsker (Eyssel et al., 2017; James et al., 2016; Oğuz et al., 2021; Södersten et al., 2015; Veale et al., 2019). I disse studiene er andelen TKN-personer som ønsker stemme- og kommunikasjonstrening eller stemmekirurgi generelt høyere enn andelen som har gjennomgått slike intervensjoner. Med få unntak er tilgang til stemmetrening vanligvis bedre enn tilgang til stemmekirurgi. Grupper som er ytterligere marginalisert i sine samfunn, som TKN-personer av marginaliserte raser/etnisiteter, opplever enda større grad av diskriminering og begrenset tilgang (James et al., 2016; Xavier et al., 2005).

Blant de vanligste hindringene informanter referer til er kostnader, manglende kjennskap til hvor de kan få tilgang til slike tjenester, og at slik hjelp ikke er tilgjengelig. I følge studier i USA (Hancock & Downs, 2021; Kennedy & Thibeault, 2020), Tyrkia (Oğuz et al., 2021) og på Aotearoa/New Zealand (Veale et al., 2019), er TKN-personers mangel på korrekt informasjon om muligheter for hjelp med stemmebruk og kommunikasjon en betydelig og generell hindring for at dette kan bli ivarettatt. Det er verdt å notere seg at i Sverige blir alle TKN-personer tilbudt støtte i stemmebruk og kommunikasjon når de har fått en kjønnsinkongruensdiagnose (Södersten et al., 2015). I tillegg kan vi se at kulturell sensitivitet kun sakte bedres blant helsepersonell som tilbyr slik støtte (Hancock & Haskin, 2015; Jakomin et al., 2020; Matthews et al., 2020; Sawyer et al., 2014). Hancock og Downs (2021) har gjort innledende arbeid med identifisering av spesifikke hindringer for støtte til stemmebruk og

kommunikasjon, og utvikling av effektive måter å fjerne disse hindringene på.

Formålet med dette kapittelet er å tilby veiledning til helsepersonell, og både støtte og fremme trivsel og velvære blant alle TKN-personer som opplever utfordringer med eller ubehag rundt egen stemmebruk og kommunikasjonspraksis, og/eller responser fra andre og andres tillegging av mening i kommunikasjonen (Azul et al., 2022).

Tilnærminger TKN-personer kan bruke for å tilpasse sin stemmebruk og kommunikasjonspraksis, enten enkeltvis eller kombinert, inkluderer egeninitierte endringer, som videre kan støttes av ressurser TKN-personer finner fram til for å styre sin stemmebruk og kommunikasjonspraksis. Likeledes søke atferdsendring som kan støttes av stemme- og kommunikasjonsspesialister (heretter referert til som «stemme- og kommunikasjonstrening»); og endring som følge av androgenbasert hormonbehandling og/eller stemmebåndskirurgi.

Forskningsgrunnlaget som finnes per idag inkluderer ikke egeninitiert endring, men fokuserer på de tre sistnevnte tilnærmingene.

En «stemme- og kommunikasjonsspesialist» er en med kunnskap om det pågående og dynamiske agentskapet som både den som snakker og den som lytter praktiserer. De kan bidra med relevante profesjonelle tiltak som inkluderer de adferdsmessige, hormonelle, kirurgiske og relevante prosessene som omhandler biofysiologi, sosiokulturell meningsdannelse, og ekstern innvirkning (Azul & Hancock, 2020). Denne spesialisten er i stand til å gjennomføre hensiktsmessige vurderinger som kan informere TKN-personens valg og støtte vedkommendes videre utforskning av sine

mål og valg av intervensjoner, ved å tilby kulturelt våken og personorientert veiledning. Spesialisten har kunnskap og kompetanse i tilnærminger til slike adferdsmessige stemme- og kommunikasjonstiltak.

Praksiser som er mottakelige for atferdsendring inkluderer: tale- og sangstemme, oppmerksom tilstedeværelse, avslapning, pust, pitch og pitch-område, stemmekvalitet, resonans/klang, lydstyrke, projisering, ansiktsuttrykk, gester, kroppsholdning, bevegelse, og hvordan en presenterer seg for andre. Videre inkluderer det hvordan en beskriver hvem man er og hvordan man ber om kulturelt våken og tilstedeværende behandling og tiltaleform fra andre, og lærer seg selvsikker og motstandskraftig respons på feilkjønn, og stemmebruk og kommunikasjonspraksis med forskjellige mennesker i forskjellig sammenhenger i hverdagen (e.g., Hancock & Siegfriedt, 2020; Mills & Stoneham, 2017).

Stemme- og kommunikasjonstrening tilbys som del av en fullstendig og koordinert tilnærming til helse, inkludert støtte til medisinske, psykologiske og sosiale behov (Södersten et al., 2015). Like fullt er det ingen krav om at man skal ønske eller gjøre noe i tillegg (f.eks. hormonbruk, forespørsel om kirurgi, eller mengde tid fungerende uttad i en kjønnsrolle). Formålet med å støtte TKN-personer med hensyn til stemmebruk og kommunikasjon er:

- Å informere klientene om faktorene som virker inn på fungerende stemme- og kommunikasjonspraksiser, og hvordan klientens identitet kommuniseres (taler, lytter, profesjonelle praksiser, og eksterne materielle, biofysiologiske og sosiokulturelle faktorer);
- Å gjøre klientene i stand til å kommunisere sin opplevelse av tilhørighet i det sosiokulturelle rom (f.eks. når det gjelder kjønn) i hverdagslige møter på en måte som samsvarer med hvordan klienten ønsker å uttrykke seg, og å utvikle, opprettholde og venne seg til stemme, stemmekvalitet og



- kommunikasjonspraksis som støtter klientens mål på en måte som ikke skader selve talemekanismen;
- Å tilby opplæring i fungerende stemmebruk for klienter som presenterer med begrenset stemmefunksjon (f.eks. som resultat av overbelastning av talemekanismen);
  - For å støtte klienter i utvikling av kapasitet til å forhandle selvsikkert med ønskede former for henvendelse og hvordan andre skal henvise til dem (f.eks. navn, pronomen, titler) og respondere på feilkjønnning på en kompetent måte som bidrar til å øke og opprettholde klientens trivsel og velvære;
  - For å støtte klienter i utvikling av verktøy for problemløsning som behøves for å takle angst, stress og dysfori i samarbeid med helsepersonell som jobber med psykisk helse; og støtte dem i å navigere hindringer, nettopp for å øve, eller for dagligdags bruk av ens foretrukne stemme og kommunikasjonssform;
  - Å tilby, eller henvise klienter videre til, støttende ressurser som muliggjør utvikling av stemme- og kommunikasjonsevner, bevissthet rundt stemmebruk, og trivsel og velvære;
  - Å henvise klienten til, eller samarbeide med, andre spesialister, slik som helsepersonell som jobber med psykisk helse, stemmebåndskirurger og endokrinologer, som kan være bedre skikket til å møte de spesifikke behovene til nettopp den klienten. Dette kan være spesielt relevant i tilfeller der klienten står ovenfor unike utfordringer grunnet flere hindringer for å oppnå helse, trivsel og velvære, eller når klienten ønsker å få gjennomført stemmebåndskirurgi eller hormonbehandling.

Det er to typer stemmebåndskirurgi som er relevante for TKN-populasjonene: pitch-forhøyende (f.eks., glottoplastikk med retroflytting av fremre comisur,

cricothyroid tilpasning (CTA), feminiserende stemmebåndskirurgi, stemmejustering med laser (laser-assisted voice adjustment (LAVA)) (Anderson, 2007; Anderson, 2014; Brown, 2000; Casado, 2017; Geneid, 2015; Gross, 1999; Kelly et al., 2018; Kanagalingam, 2005; Kim, 2017; Kim, 2020; Kocak, 2010; Kunachak, 2000; Mastronikolis, 2013; Mastronikolis et al., 2013; Matai, 2003; Meister, 2017; Mora, 2018; Neumann, 2004; Nuyen et al., 2022; Orloff, 2006; Pickuth, 2000; Remacle, 2011; Thomas & MacMillan, 2013; Tschan, 2016; Van Borsel, 2008; Wagner, 2003; Wendler, 1990; Yang, 2002) og pitch-senkende (f.eks., thyroplastikk type III, forstørring av vocal folden med injeksjon) (Bultynck et al., 2020; Isshiki et al., 1983; Kojima, et al. 2008; Webb et al., 2021). Rapporterte akustiske fordeler ved pitch-forhøyende kirurgi inkluderer både forhøyet pitch (gjennomsnittlig frekvens ( $f_0$ )) og forhøyet Min  $f_0$  (den laveste frekvensen i det fysiologiske pitch-området). TKN-personers graderte egenrapportering viser generell tilfredshet med stemmen etter kirurgi, selv om de som er interessert i mer omfattende endringer i hvordan stemmen kommer til uttrykk, kan trenge å endre adferd og stemmebruk med hjelp av en stemme- og kommunikasjonsspesialist i tillegg til stemmebåndskirurgi (Brown, Chang et al. 2021; Kelly et al., 2018; Nuyen et al., 2022). Potensielle skadevirkninger av pitch-forhøyende kirurgi kan vurderes og imøtekommes i stemmetrening med en stemme- og kommunikasjonsspesialist.

Rapporterte skadevirkninger etter pitch-forhøyende kirurgi inkluderer stemmeproblemer som dysfoni (smerter eller vanskeligheter ved stemmedannelse, o.a.), svak stemme, begrenset for stemmefunksjonsområde ved tale, spesielt i øverste del (senket Max  $f_0$ , i det fysiologiske pitch-området), heshet, ustabil stemme, og senking av frekvensverdiene over tid (Kelly et al., 2018; Song & Jiang, 2017), selv om forekomsten av disse konsekvensene ikke er konsistente. Det finnes begrenset forskning på pitch-senkende kirurgi. Like fullt, studier som inkluderte åtte TKN-personer som valgte å

gjennomgå thyroplastikk type III etter stadig utilfredshet med hormonbehandling (Bultynck et al., 2020), og en person som fikk forstørring av vocal folden med injeksjon etter testosteronbehandling og stemmetrening (Webb et al., 2020), rapporterte statistisk signifikant senkning av grunnfrekvensen, oppfattet som pitch.

Østrogenbehandling av TKN-personer er ikke forbundet med målbare endringer av stemmen (Mészáros et al., 2005). Derimot har testosteronbehandling av TKN-personer vist seg å resultere i både ønskede og uønskede endringer i kjønns- og funksjonsrelaterte aspekter ved stemmebruk (Azul, 2015; Azul et al., 2017, 2018, 2020; Azul & Neuschaefer-Rube, 2019; Cosyns et al., 2014; Damrose, 2008; Deuster, Di Vincenzo et al., 2016; Deuster, Matulat et al. 2016; Hancock et al., 2017; Irwig et al., 2017; Nygren et al., 2016; Van Borsel et al., 2000; Yanagi et al., 2015; Ziegler et al., 2018). Ønskede endringer forbundet med testosteronbehandling inkluderer lavere pitch, flere som oppfatter stemmen deres som mannsstemme, og økt tilfredshet med stemmen. Rapportert misnøye med testosteronbehandling inkluderer mangel på eller utilfredsstillende grad av senket pitch, dysfoni, svak stemme, begrenset pitch-område ved sang, og en ustabil stemme. Disse områdene kan vurderes og imøtekommes i stemmetrening med en stemme- og kommunikasjonsspesialist.

Alle anbefalingene i dette kapittelet er basert på en grundig gjennomgang av evidens, vurdering av fordeler og skadevirkninger, verdier og preferanser blant pasienter og de som tilbyr helsetjenester, og ressursbruk og gjennomførbarhet. I noen tilfeller anerkjenner vi at evidens er begrenset, og/eller at tjenestene ikke er tilgjengelige eller ønskelige.



logopedier, sangpedagoger, stemmetrener) varierer fra sted til sted, men spesifiserer typisk ikke kriterier for å jobbe med spesifikke populasjoner. Det generelle pensumet i formalisert utdanning til disse profesjonene inkluderer ofte ikke spesifikke eller tilstrekkelig opplæring i hvordan jobbe med TKN-populasjoner (Jakomin et al., 2020; Matthews et al., 2020). Generell kunnskap og evner relatert til stemmemekanismen og mellommenneskelig kommunikasjon er grunnleggende, men utilstrekkelig for å gjennomføre kulturelt oppmerksom, personsentrert ivaretagelse av TKN-personer som fungerer, og er effektiv, inkluderende og tilgjengelig (Hancock, 2017; Russell & Abrams, 2019).

Profesjonsutøvere på dette området bør få helhetlig utdanning som inspirerer dem til å utvikle selvbevissthet, kulturell ydmykhet, og kulturell oppmerksomhet, for å være i stand til å være respektfulle og oppmerksomme på kjønns mangfold og andre aspekter ved et menneskes identifiseringsmåter. De kan vise seg i et mangfold av uttrykk og implisere diverse behov for støtte (Azul, 2015; Azul et al., 2022). Klienters preferanser for navn, registrering av kjønn og bruk av pronomen må respekteres i all kommunikasjon med og om klienten (inkludert journalføring, rapporter, eposter). Utdanningen må også informere tilrettelegging av øvingsfasiliteter, klinikk og administrativ praksis, slik at TKN-personer føler seg velkomne, trygge og respekterte når de tar opp sine utfordringer eller problemer med stemme- og kommunikasjonsteamet.

Stemme- og kommunikasjonsspesialister som jobber med TKN-personer vil trenge praktisk kunnskap om anvendelige intervensjonsprinsipper, mekanismer og effektivitet. De vil også trenge kompetanse i undervisning og modellering av stemme- og kommunikasjonsmodifikasjonsferdigheter og grunnleggende forståelse av TKN-helse, inkludert hormonelle og kirurgiske

behandlinger og psykososiale utfordringer som er spesifikke for TKN-personer. Utdanningen må inkludere metodologiske tilnærminger og praksisformer som har blitt utviklet innen TKN-miljøer og vist seg effektive, og burde ideelt sett presenteres av, eller i samarbeid med, TKN-personer med personlig erfaring med å få støtte med stemme og kommunikasjon.

### Anbefaling 14.3.

**Vi anbefaler at helsepersonell innen TKN-helse, som jobber med TKN-personer som er misfornøyd med sin stemme- og kommunikasjonsfunksjon, vurderer å tilby henvisning til stemme- og kommunikasjonsspesialister for stemmerelatert støtte, vurdering og opplæring.**

Når en stemme- og kommunikasjonsspesialist er tilgjengelig, er vedkommende godt posisjonert til å tilby informasjon og veiledning til en TKN-person som uttrykker utilfredshet med stemme- eller kommunikasjonsfunksjon. Forskning viser at stemme- og kommunikasjonsspesialister gir støtte på en slik måte at en klients tilfredshet med stemmebruk og kommunikasjon kan heves, og dermed redusere kjønnsdysfori og forbedre kommunikasjonsrelatert livskvalitet (Azul, 2016; Block, 2017; Deuster, Di Vincenzo et al., 2016; Hancock, 2017; Hancock et al., 2011; Hardy et al., 2013; Kelly et al., 2018; McNamara, 2007; McNeill et al., 2008; Owen & Hancock, 2010; Pasricha et al., 2008; Söderpalm et al., 2004; Watt et al., 2018).

Det finnes empiri som viser at adferdsfokuset hjelp til stemmebruk for TKN-personer som er AMAB (AMAB: En forkortelse for «assigned male at birth», og brukes noe i Norge; det finnes ikke tilsvarende på norsk. Derfor brukes den engelske her, i oversatt tekst. O.a.), er effektiv i oppnåelse av de ønskede stemmeendringene (Oates, 2019). Syv studier studier fra før 2020 gir empirisk bevis på effektiviteten av stemmetrening, selv om basisen er noe svak (Carew et al., 2007; Dacakis, 2000; Gelfer & Tice, 2013; Hancock et al., 2011; Hancock & Garabedian, 2013; McNeill et al., 2008; Mészáros



et al., 2005). Stemmetreningsmetodene brukt i disse syv studiene lignet hverandre, og indikerte at stemmetrening effektivt kan løfte gjennomsnittlig grunnleggende frekvens (gjennomsnittlig pitch), grunnleggende frekvensområde (pitch-område), tilfredshet med stemmen, egen og andres oppfatning av feminin stemmekvalitet, stemmerelatert livskvalitet, og deltagelse i sosial- og yrkesliv. Svakheter ved de aktuelle studiene inkluderer mangel på randomiserte kontrollerte forsøk som evaluerer stemmetrening, små utvalg, utilstrekkelig langtidsoppfølging, og mangel på kontroll over potensielt forstyrrende variabler. I 2021 kom en annen systematisk gjennomgang av effektene av adferdsmessig stemmetrening for personer som er AMAB fram til lignende konklusjoner (Leyns et al., 2021).

Fram til nylig fantes nesten ikke forskning som utforsket effektiviteten av stemmetrening med TKN-personer som er AFAB (Tilsvarende forkortelse for «assigned female at birth» brukes her, o.a.). Det finnes dog noe lovende, men svak, forskning som viser effektivitet, fra en case studie (Buckley et al., 2020) og fra et prospektivt studie av stemmetrening i gruppe (Mills et al., 2019).

#### Anbefaling 14.4.

**Vi anbefaler at helsepersonell som jobber med TKN-personer som vurderer stemmekirurgi vurderer å tilby henvisning til en stemme- og kommunikasjonsspesialist som kan gi pre- og postoperativ støtte.**

Denne anbefalingen er ikke ment for å kreve at TKN-personer gjennomgår prekirurgisk stemmetrening. Derimot er det anbefalt at all tilgjengelig støtte tilbys for å gi individualisert og opplysende veiledning som er kritisk for å ivareta på en personsentrert måte. Anbefalingen handler om at TKN-personens egen vurdering skal være så informert som nødvendig, ut fra individualisert og informerende rådgivning

med en stemme- og kommunikasjonsspesialist, basert på stemmevurdering, forsøk med stemmetrening, og diskusjon rundt forventede resultater og kirurgiske risikoeer.

For de fleste typer stemmebåndskirurgi er stemmetrening anbefalt både før og etter inngrepet, for å sørge for at stemmemekanismen er forberedt på inngrepet og for å sikre at funksjonell stemmebruk kommer tilbake (Branski et al., 2006; Park et al., 2021). Spesielt for pitch-forhøyende kirurgi er det en annen grunn til forsøksvis å tilby stemmetrening; det finnes indikasjoner på at enkelte aspekter forbedres med trening, men ikke ved kirurgien (f.eks. faktorer relevante for intonasjon og grad av naturlighet, slik som maksimal *f0* pitch i området for tale; Kelly et al., 2018).

Antallet og kvaliteten på studier som evaluerer pitch-senkende kirurgi er per idag utilstrekkelig, særlig når det gjelder sammenligning av resultater med og uten andre intervensjoner (som testosteron) (Bultynck et al., 2020). Det finnes flere teknikker og studier av pitch-forhøyende kirurgi, men kvaliteten på forskningen er fremdeles lav. Resultater av slik kirurgi har blitt sammenlignet med resultater av å ikke gjøre noe kirurgisk inngrep (Anderson, 2007, 2014; Brown et al., 2000; Geneid et al., 2015; Gross, 1999; Kim, 2017; Kocak et al., 2010; Kunachak et al., 2000; Matai et al., 2003; Meister et al., 2017; Neumann & Welzel, 2004; Orloff et al., 2006; Pickuth et al., 2000; Remacle et al., 2011; Thomas & Macmillan, 2013; Tschan et al., 2016; Van Borsel et al., 2008; Yang et al., 2002), en annen type kirurgisk teknikk (Mora, 2018), kun stemmetrening (Kanagalingam, 2005; Mastronikolis, 2013; Wagner, 2003), og kirurgi i sammenheng med stemmetrening (Casado, 2017; Kelly et al., 2018). I de elleve studiene som rapporterer om deltagerne hadde stemmetrening i forkant av pitch-forhøyende kirurgi, hadde de fleste deltagerne stemmetrening i forkant, men forble utilfredse med stemmen og etterspurte kirurgisk intervensjon. Derfor reflekterer de fleste studiene av kirurgiske resultater den kombinerte effekten av stemmetrening og kirurgisk intervensjon.



Det er ukjent hvilke egenskaper ved klienter som kan bidra til å forutsi hvem som vil etterspørre kirurgi etter stemmetrening.

#### Anbefaling 14.5

**Vi anbefaler at helsepersonell som jobber med TKN-helse informerer TKN-personer som skal begynne på testosteronbehandling om de potensielle og variable effektene av denne behandlingen på stemme og kommunikasjon.**

Forskning på effekten av androgen hormonbehandling på stemme og kommunikasjon blant TKN-personer peker på ulike og uforutsigbare effekter for individuelle klienter. Selv om et antall studier har vist effekter på stemmen som samsvarer med TKN-personers forventninger og ønsker, finnes evidens med høy kvalitet som demonstrerer at TKN-personer ikke alltid er fornøyde med de stemmemessige resultatene av testosteronbehandling, og mange opplever vanskeligheter, slik som utilfredsstillende senking av pitch, forstyrret stemmekvalitet, stemmevolum, stemmens utholdenhet, pitch-område og fleksibilitet (Azul, 2015, 2016, 2017, 2018; Cosyns et al., 2014; Nygren et al., 2016; Ziegler et al., 2018). En nylig metaanalyse av 19 studier som undersøkte effektene av minst ett år med testosteronbehandling, anslo at 21% av deltagerne ikke oppnådde normativ frekvens blant cismenn, 21% av deltagerne rapporterte manglende samsvar mellom stemme og kjønn og stemmeproblemer, og 16% var ikke fullstendig fornøyde med stemmen sin (Ziegler, 2018).

For folk som ønsker å behandles med androgener bør korrekt, informativ rådgivning være gitt før oppstart muliggjøre utvikling av realistiske forventninger, for å unngå skuffelse over den permanente innvirkningen testosteron har på stemme og kommunikasjon. I tillegg, TKN-personer som ikke har tilgang til, eller ikke ønsker å

behandles med testosteron, men ønsker å <sup>5183</sup>endre stemmen sin – og de som er misfornøyde med virkningen av testosteronbehandling – kan veiledes av en stemme og kommunikasjonsspesialist om alternative, og flere, muligheter for hjelp (f.eks. adferdsmessig stemme- og kommunikasjonstrening, pitch-senkende kirurgi).

## KAPITTEL 15 Primærhelse

Primærhelse er det bredeste av fagfeltene innen helse, og er definert som «integrerte, tilgjengelige helsetjenester som ytes av helsepersonell som er ansvarlige for å adressere en stor del av de personlige behovene for helsehjelp, for utvikling av varige forhold til pasienter, og virke i kontekst av familie og lokalsamfunn.» (Institute of Medicine, 1996).

Primærhelsetjenesten omfatter et bredt spekter av helsepersonell, inkludert allmennleger, sykepleiere, spesialister i sykepleie, legesekretærer og indremedisinere (gjelder ikke i Norge, o.a.). De kommer fra ulike utdanningsveier, opplæringer og spesialiteter. Gitt typen utdanning og hva spesialiseringen består i, er det varierende hva praksisen innebærer, og ikke alle i primærhelsetjenesten er nødvendigvis opplært eller kvalifisert til å tilby den fulle bredden av TKN-helse direkte. Det inkluderer psykisk helse, og ivaretagelse av bekkenområdet/kjønnsorganer eller postoperativ pleie etter kjønnsbekreftende prosedyrer. Leger og annet helsepersonell mottar lite utdanning i TKN-helse på noe tidspunkt i sin opplæring (Dubin et al., 2018), og derfor blir det meste av kompetansen per i dag tilegnet i praksis, enten uformelt eller gjennom muligheter for begrensede former for videreutdanning. Se også Kapittel 4 – Utdanning. Uansett, hvis helsepersonell er kompetente til å yte lignende tjenester til pasienter som er cispersoner, bør de også utvikle kompetanse på ivaretagelse av TKN-pasienter. Kompetansen listet under bør forstås som det som er innenfor vedkommende helsepersonell sin sertifisering og praksis. Like fullt bør alle innen primærhelse kunne ivareta den generelle helsen til TKN-pasienter enten direkte eller ved hensiktsmessig henvisning til annet helsepersonell, inkludert andre spesialister, for vurdering og behandling. Det er ingen forskning som tilsier at en kun kan tilegne seg kompetanse i ivaretagelse av

TKN-pasienter gjennom en formalisert eller sertifiserende prosess. Ved at vi eksplisitt legger fram anbefalt kompetanse kan primærhelsetjenesten og TKN-personer dele forventninger til den kunnskap, de evner og den kulturelle kompetansen som trengs for ivaretagelse av TKN-personer.

På grunn av de unike medisinske, kirurgiske og sosiale omstendighetene TKN-personer befinner seg i, trenger primærhelsetjenesten spesifikk kompetanse i ivaretagelse av TKN-personer i tillegg til det som er forventet av alle i primærhelsetjenesten, som ellers kan ivareta en mangfoldig populasjon, inkludert minoriteter i forhold til etnisitet/rase/seksualitet. Yrkesorganisasjoner på en rekke allmennmedisinske felt har publisert uttalelser og retningslinjer spesifikt om ivaretagelsen av TKN-personer (American College of Obstetricians and Gynecology, 2021; Italian Society of Gender, Identity and Health (SIGIS); the Italian Society of Andrology and Sexual Medicine (SIAMS); the Italian Society of Endocrinology (SIE), 2021; Polish Sexological Society, 2021; the Southern African HIV Clinicians' Society, 2021). Wylie et al. (2016) uttaler «I all hovedsak bør generell helse og velvære blant TKN-personer ivaretas i primærhelsetjenesten, uten differensiering fra tjenester som tilbys cispersoner (ikke-TKN), angående både fysiske, psykiske og seksuelle utfordringer. Spesifikk ivaretagelse i forbindelse med kjønnsstransisjonering er også gjennomførbart i primærhelsetjenesten». Det er mange eksempler på at disse tjenestene kan ytes trygt og effektivt utenfor spesialisthelsetjenesten, i ulike byer som Toronto og Vancouver i Canada, New York og Boston i USA, og i Sydney, Australia, (Radix & Einfeld, 2014; Reisner, Radix et al., 2016; Spanos et al., 2021).

### **Hormonbehandling**

Om en TKN-person mottar nødvendig kjønnsbekreftende hormonbehandling (GAHT) (Forkortelse for gender affirming hormone

therapy. Ingen tilsvarende norske forkortelser er i bruk, så vi bruker GAHT. O.a) fra en spesialist, som f.eks en endokrinolog, eller av noen i primærhelsetjenesten, kan avhenge av tilgjengelige, kunnskapsrike og imøtekommende helsepersonell og andre faktorer på nasjonalt nivå, som reguleringer og ressursbruk i helsevesenet (se anbefaling om medisinsk nødvendighet i Kapittel 2 – Universell anvendbarhet, Anbefaling 2.1). I store deler av verden er spesialisthelsetjenester for TKN-personer enten delvis eller helt utilgjengelige, noe som forsterker behovet for at alt helsepersonell gjennomgår opplæring i kjønnsbekreftende behandling og ivaretagelse. I noen land kan primærhelsetjenesten være påkrevet å henvise TKN-personer til spesialisthelsetjenesten (f.eks. kjønnsidentitetsklinikker), noe som resulterer i uakseptable utsettelse i tilgang til GAHT (Royal College of General Practitioners, 2019).

Hormonrelatert behandling omfatter flere intervensjoner, som pubertetsundertrykking, og enten oppstart med eller vedlikehold av hormonbehandling. Med opplæring kan kjønnsbekreftende hormonbehandling gjøres av de fleste i primærhelsetjenesten. Uansett om de fungerer som den primære foreskriveren av hormoner kan alle i primærhelsetjenesten være godt kjent med medikamentene, de foreslåtte prosedyrene for overvåkning, og potensielle bivirkninger forbundet med GAHT (se Kapittel 12 – Hormonbehandling). Ansatte i primærhelsetjenesten bør være i stand til å henvise til hensiktsmessig helsepersonell for at også de delene av transisjonsrelaterte behov som de selv ikke tilbyr, kan bli ivarettatt.

Dette kapitlet støtter argumentet at GAHT kan foreskrives av ansatte i primærhelsetjenesten eller andre ikke-spesialister – «Tatt i betraktning hindringene for tilgang til helsetjenester, og

viktigheten av GAHT for populasjonen, er det imperativt at primærhelsetjenesten er i stand til og villig til å gi TKN-pasienter GAHT» (Shires, 2017).

Ansatte i primærhelsetjenesten bes generelt om å ivareta en lang rekke tilstander og behov, inkludert det de har begrenset eller ingen erfaring med. Ofte innebærer dette å anvende mye brukte og lett tilgjengelige oppslagsverk og kilder, som retningslinjer fra profesjonsorganisasjoner, eller skaffe abonnement på nettbaserte kunnskapsbaser. Ansatte innen primærhelse anbefales å bruke en lignende tilnærming når de bes om å ivareta grunnleggende behov for GAHT, ved å bruke denne *Standards of Care* og i tillegg andre lett tilgjengelige ressurser (Cheung et al., 2019; Hembree et al., 2017; Oliphant et al., 2018; T'Sjoen et al., 2020). Det bør sies at de fleste av de mest brukte medikamentene i kjønnsbekreftende behandlingsregimer er velkjente innen vanlig primærhelsetjeneste. Dette inkluderer, men er ikke begrenset til, testosteron, østradiol, progesteron, andre progestagener, og spironolakton.

### **Psykisk helse**

Ansatte i primærhelsetjenesten bør både være kapable og villige til å vurdere og tilby støtte til psykisk helse, og til GAHT som kan lette kjønnsdysfori og tillate uttrykk for kjønn. De bør som et minimum være klar over disse behovene og inhente ytterligere støtte fra spesialister ved behov.

### **Preventiv ivaretagelse**

Allmennleger har erfaring med å gjøre helhetlig primær og sekundær kreftforebyggende innsats som del av rutinemessig primærhelsearbeid. Forskningsbaserte retningslinjer for kreftforebygging varierer globalt på grunn av forskjeller i nasjonale retningslinjer, og på tilgang til screeningutstyr på lokalt nivå. Så langt finnes det begrenset forskning på langsiktig effekt av GAHT på kreftrisiko (Blondeel et al., 2016; Braun et al., 2017). Vi har utilstrekkelig evidens til å anslå prevalensen av brystkreft og kreft i reproduktive organer i TKN-populasjoner (Joint et al., 2018). Uansett bør kreftscreening

gjennomføres, generelt sett, slik lokale retningslinjer anbefaler. Flere modifikasjoner er diskutert i detalj nedenfor, avhengig av type og varighet av hormonbruk, kirurgiske inngrep, eller begge deler. Ansatte i primærhelsetjenesten som ivaretar TKN-pasienter bør holde oppdaterte oversikter over hvilke organer TKN-pasienter har, slik at de rutinemessig kan tilby riktig screening.

Denne organfortegnelsen bør oppdateres basert på kirurgisk historie og enhver utvikling som har skjedd gjennom bruk av kjønnsbekreftende hormoner. Ikke alle innen primærhelse yter helsetjenester til folk i hele livsløpet. Like fullt, hvis de rutinemessig ivaretar barn, ungdommer, eller eldre cispersoner, bør de utvikle kompetanse i TKN-helse som tilsvarende angår disse aldersgruppene. Hvis de ikke er i stand til dette, bør de være i stand til på en hensiktsmessig måte å henvise til annet helsepersonell som ivaretar disse populasjonene.

Alle anbefalingene i dette kapittelet er basert på en grundig gjennomgang av evidens, vurdering av fordeler og skadevirkninger, verdier og preferanser blant pasienter og de som tilbyr helsetjenester, og ressursbruk og gjennomførbarhet. I noen tilfeller anerkjenner vi at evidens er begrenset, og/eller at tjenestene ikke er tilgjengelige eller ønskelige.

## Anbefalinger

15.1- Vi anbefaler at helsepersonell innhenter detaljert medisinsk historie fra trans- og kjønnsnormbrytende personer, som inkluderer tidligere og nåværende hormonbruk, gonadekirurgi og tilstedeværelse av tradisjonelle kardiovaskulære og cerebrovaskulære risikofaktorer, med mål om å tilby regelmessig risikovurdering i følge etablerte lokale retningslinjer.

15.2- Vi anbefaler at helsepersonell vurderer og overvåker kardiovaskulær helse hos trans- og kjønnsnormbrytende personer, ved bruk av aktuell vurdering av risikofaktorer og metoder for kardiovaskulær/cerebrovaskulær kontroll.

15.3- Vi anbefaler at helsepersonell i sin risikovurdering tilpasser seg den kjønnskategorien som ble tillagt ved fødsel, i samspill med behovene til trans- og kjønnsnormbrytende personer, og tar i betraktning hvor lenge hormoner har vært i bruk, doseringer, serumnivåer av kjønnsormoner, nåværende alder og alder da hormonbehandling ble igangsatt.

15.4- Vi anbefaler at helsepersonell veileder trans- og kjønnsnormbrytende personer om tobakksbruk og anbefaler å la være å bruke tobakk/nikotin i forkant av kjønnsbekreftende kirurgi.

15.5- Vi anbefaler at helsepersonell diskuterer og forholder seg til psykologiske, medisinske og sosiale aldringsrelaterte temaer med trans- og kjønnsnormbrytende personer.

15.6- Vi anbefaler at helsepersonell som ivaretar trans- og kjønnsnormbrytende personer som behandles med østrogen følger lokale retningslinjer for brystkreftscreening utviklet for ciskvinner, og tar i betraktning hvor lenge hormoner har vært i bruk, doseringer, nåværende alder, og alder da hormonbehandlingen ble igangsatt.

15.7- Vi anbefaler at helsepersonell som ivaretar trans- og kjønnsnormbrytende personer med bryster utviklet i samsvar med kjønnskategori tillagt ved fødsel, som ikke har gjennomgått kjønnsbekreftende brystrelatert kirurgi, følger lokale retningslinjer for brystkreftscreening utviklet for ciskvinner.

15.8- Vi anbefaler at helsepersonell anvender den samme respektive, lokale retningslinjen for screening (inkludert anbefaling om å ikke screene) som har blitt utviklet for ciskvinner, ved gjennomsnittlig og forhøyet risiko for utvikling av eggstokk- eller livmorkreft, når de ivaretar trans- og kjønnsnormbrytende personer med de samme risikofaktorene.

15.9- Vi fraråder rutinemessig fjerning av eggstokker eller livmor kun for å forebygge eggstokk- eller livmorkreft for trans- og kjønnsnormbrytende personer som får testosteronbehandling og ellers har en gjennomsnittlig risiko for kreftutvikling.

15.10- Vi anbefaler at helsepersonell følger lokale retningslinjer for screening av livmorhalskreft hos ciskvinner, og tilbyr slik screening til trans- og kjønnsnormbrytende personer som har eller har hatt en livmorhals.

15.11- Vi anbefaler at helsepersonell forklarer trans- og kjønnsnormbrytende personer at bruken av antiretrovirale medisiner ikke kontraindikerer kjønnsbekreftende hormonbehandling.

15.12- Vi anbefaler at helsepersonell innhenter detaljert medisinsk historie fra trans- og kjønnsnormbrytende personer som inkluderer tidligere og nåværende bruk av hormoner, gonadekirurgi og tilstedeværelsen av tradisjonelle risikofaktorer for osteoporose, og vurderer den optimale alderen for og nødvendigheten av screening for osteoporose.

15.13- Vi anbefaler at helsepersonell diskuterer skjeletthelse med trans- og kjønnsnormbrytende personer, inkludert behovet for å aktivt trene vektbærende ledd og knokler, sunt kosthold, kalsium og vitamin D tillegg.

15.14- Vi anbefaler at helsepersonell tilbyr trans- og kjønnsnormbrytende personer henvisning til hårfjerning i ansikt, på kropp og kjønnsorganer, som kjønnsbekreftende intervensjon eller som del av preoperativ forberedelse.

### Anbefaling 15.1

Vi anbefaler at helsepersonell innhenter detaljert medisinsk historie fra TKN-personer, som inkluderer tidligere og nåværende hormonbruk, gonadekirurgi og tilstedeværelse av tradisjonelle kardiovaskulære og cerebrovaskulære risikofaktorer, med mål om å tilby regelmessig risikovurdering i følge etablerte lokale retningslinjer. For støttende tekst, se Anbefaling 15.3.

### Anbefaling 15.2

Vi anbefaler at helsepersonell vurderer og overvåker kardiovaskulær helse hos TKN-personer, ved bruk av aktuell vurdering av risikofaktorer og metoder for kardiovaskulær/cerebrovaskulær kontroll. For støttende tekst, se Anbefaling 15.3.

### Anbefaling 15.3

Vi anbefaler at helsepersonell i sin risikovurdering tilpasser seg den

kjønnskategorien som ble tillagt ved fødsel, i samspill med behovene til TKN-personer, og tar i betraktning hvor lenge hormoner har vært i bruk, doseringer, serumnivåer av kjønnsormoner, nåværende alder og alder da hormonbehandling ble igangsatt.

Hjerte- og karsykdommer og slag er de ledende dødsårsakene i verden (World Health Organization, 2018). Omfattende data om minoriteter flere steder, sett i forhold til seksualitet, etnisitet og rase, viser at det er signifikante forskjeller i prevalensen av hjerte- og karsykdommer, i risikofaktorer for dette, og i resultatene av medisinske intervensjoner. Strukturelle faktorer som tilgang til behandling, økonomisk status, og grenseoverskridende belastninger relatert til minoritetsstress bidrar til disse ulikhetene (Flentje et al., 2020; Havranek et al., 2015; Streed et al., 2021). TKN-personer opplever ofte sosiale, økonomiske og diskriminerende



omstendigheter som ligner på de andre minoritetsgrupper med kjent kardiovaskulær risiko opplever (Carpenter et al., 2020; James et al., 2016; Reisner, Radix et al., 2016). TKN-personer har vist seg å oppleve økt effekt av interseksjonell belastning. Tilgang til kjønnsbekreftende ivaretagelse, inkludert GAHT, kan være en buffer mot den økte risikoen for hjerte- og karsykdommer på grunn av økt livskvalitet og redusert kjønnsdysfori og kjønnsinkongruens (Defreyne et al., 2019; Martinez et al., 2018). Ansatte i primærhelsetjenesten kan i stor grad forbedre TKN-helse gjennom screening og forebygging av hjerte- og karsykdommer og risikotilstander forbundet med disse – som tobakksbruk, diabetes, høyt blodtrykk, kolesterolnivåer og overvekt.

De få studiene, primært fra USA, som evaluerer prevalensen av hjerte- og karsykdommer, slag, eller risiko for hjerte- og karsykdommer blant TKN-personer uavhengig av GAHT, indikerer økt risiko for hjerte- og karsykdommer, inkludert høy forekomst av udiagnostiserte og ubehandlede risikofaktorer og utilfredsstillende forebygging – når sammenlignet med populasjoner av cispersoner (Denby et al., 2021; Malhotra et al., 2022; Nokoff et al., 2018). En populasjonsbasert studie viser at TKN-personer har større sjanse for diskriminering, psykisk uheld/plager, og negative erfaringer fra barndommen, og disse var igjen forbundet med økt sjanse for en kardiovaskulær tilstand (Poteat et al., 2021).

I studier fra USA, basert på data fra «The Behavioral Risk Factor Surveillance System», viser både transmenn og transkvinner høyere prevalens av hjerteinfarkt, slag og annen hjerte- og karsykdom, når sammenlignet med cismenn, ciskvinner eller begge. Resultatene varierer, avhengig av justering for tilleggsvariabler som rase, inntekt eller risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer (Alzahrani et al., 2019; Caceres et al., 2020;

Nokoff et al., 2018). Ikke-binære har også høyere sjanse for hjerte- og karsykdommer (Downing & Przedworski, 2018). Data på hormonbruk var ikke innhentet i disse studiene, som også er begrenset i og med bruken av egenrapportering av helsehistorie. I USA kan TKN-personer som etterspør GAHT ha høyere forekomst av udiagnostiserte og ubehandlede risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer sammenlignet med populasjonen av cispersoner (Denby et al., 2021), selv om dette ikke nødvendigvis gjelder globalt.

En stor case-control-studie fra flere sentre i USA i 2018, som involverte 10:1 sammenlignbare cispersoner som kontrollgruppe, fant ingen statistisk signifikant forskjell i forekomst av hjerteinfarkt eller slag mellom transkvinner og cismenn, og ingen forskjell i forekomst av hjerteinfarkt, slag eller venøs tromboembolisme mellom transmenn og cismenn eller ciskvinner. Det var en statistisk signifikant risiko ratio på 1.9 for venøs tromboembolisme blant transkvinner når sammenlignet med cismenn. En del av kohorten av transkvinner, som begynte med GAHT underveis (versus før) i den seks år lange studien, viste økt risiko for slag. Økning i forekomst av venøs tromboembolisme i den generelle kohorten av transkvinner, og i forekomst av slag i oppstartskohorten av transkvinner, demonstrerte at det gjennomsnittlige antallet eksponert for intervensjonen for at én person skulle få slag (ikke rapportert i artikkelen) var mellom 71 og 123 (Getahun et al., 2018). Andre studier har ikke demonstrert noen økning i kardiovaskulære hendelser eller slag blant transmenn i testosteronbehandling, selv om de studiene er begrensede på grunn av små utvalg, relativt kort oppfølgingstid, og den lavere alderen i utvalget (Martinez et al., 2020; Nota et al., 2019).

Studier fra Europa og USA, med

transkvinner som har fått feminiserende GAHT, indikerer i økende grad høyere risiko for hjerte- og karsykdommer, slag, eller begge deler, når sammenlignet med ciskvinner, og, i noen studier, cismenn (Getahun et al., 2018; Nota et al., 2019; Wierckx et al., 2013). Mange av disse studiene hadde betraktelige begrensninger; det var i varierende grad justering for risikofaktorer relatert til kardiovaskulær sykdom, små utvalg – spesielt når det gjelder eldre transkvinner – og både typer av GAHT og varighet var variabel (Connelly et al., 2019; Defreyne et al., 2019; Martinez et al., 2020). Videre var den generelle risikøkningen liten. I mange av disse studiene var majoriteten av transkvinner som opplevde kardiovaskulære hendelser eller slag over 50 år gamle, hadde en eller flere risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer, og tok diverse ulike hormontyper, inkludert, men ikke begrenset til, etinylostradiol, et syntetisk østrogen som fører til signifikant økt risiko for trombose og ikke er anbefalt for bruk i feminiserende behandlinger (Gooren et al., 2014; Martinez et al., 2020). Nyere, om enn begrenset, evidens, peker på at østrogenbasert GAHT er forbundet med økt risiko for hjerteinfarkt og slag, men det er uklart om denne begrensede ekstra risikoen er et resultat av GAHT eller allerede eksisterende risiko for hjerte- og karsykdommer. Det er ingen kjente studier som spesifikt adresserer hjerte- og karsykdommer og relaterte tilstander hos ikke-binære, hos personer som bruker en lav dose kjønnsbekreftende hormoner, eller blant voksne tidligere behandlet med pubertetsutsettende medikamenter.

Ansatte i primærhelsetjenesten kan best adressere risiko for hjerte- og karsykdommer ved GAHT, ved å vurdere TKN-personer for hjerte- og karsykdommer og modifiserbare risikofaktorer, som diabetes, høyt blodtrykk, høye kolesterolnivåer, overvekt og røyking. I tillegg kan de adressere hvordan minoritetsstress virker inn på risikoen for

hjerte- og karsykdommer (Streed et al., 2021). Videre kan de motvirke TKN-personers høyere risiko for hjerte- og karsykdommer ved å sørge for at diagnose blir gitt i god tid, at det arbeides med risikofaktorer, og at behandlingen ivaretar og tilpasser seg pågående kjønnsbekreftende intervensjoner.

Retningslinjer for risikovurdering varierer avhengig av nasjonal og internasjonal kontekst, og av vitenskapelig tilknytning blant de som har utviklet retningslinjene. Retningslinjer for forebygging av hjerte- og karsykdommer varierer også avhengig av hvordan og hvor ofte og hvilken måte andre ellers friske mennesker under 40 år bør sjekkes for risikofaktorer (Arnett et al., 2019; Piepoli et al., 2020; Précoma et al., 2019; Streed et al., 2021; WHO, 2007). Når en person er over 40, og dermed har økt kardiovaskulær risiko, anbefaler retningslinjene at det avtales jevnlig risikovurderinger med beregning av tiårig risiko, ut fra ligninger basert i store utvalg fra populasjonen. Eksempler på risikoutregninger inkluderer SCORE (anbefalt av The European Guidelines on CVD Prevention), Pooled Cohort Studies Equations (2013 AHA ACC Guideline on the Assessment of CVD risk), Framingham Risk scores, og Risk Prediction Charts fra Verdens Helseorganisasjon (WHO). WHO tabellene ble utviklet med basis i informasjon fra land i hver av WHOs regioner. Mange steder med lavt ressursnivå har ikke fasiliteter til å måle kolesterol eller glukose i blodserum, og det finnes tilgjengelige alternative tabeller uten disse målene.

Det skal sies at alle nåværende måter å regne ut risiko for hjerte- og karsykdommer på er kjønne, og bruker kjønn som signifikant risikovariabel. Det finnes per i dag ikke nok data om intervensjoner overfor risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer – i et livstidsperspektiv – for TKN-personer som har gjennomført medisinske og kirurgiske

intervensjoner. Derfor er det ikke mulig å tilpasse vurdering av risikofaktorer hos TKN-personer ut fra de som eksisterer for befolkningen forøvrig. Like fullt er det klart at både kroppslig kjønnskategori tillagt ved fødsel, og medisinsk transisjon, kan virke inn på parametrene som brukes til å regne ut risiko for hjerte- og karsykdommer (Connelly et al., 2019; Defreyne et al., 2019; Maraka et al., 2017; Martinez et al., 2020). Helsepersonell kan bruke forskjellige tilnærminger til risikoutregninger med TKN-personer, inkludert de som er basert på kroppslig kjønnskategori tillagt ved fødsel, de som er basert på det bekreftede kjønn, eller et vektet gjennomsnitt av de to, og da ta i betraktning hvor lenge en person har vært eksponert for GAHT. Selv om det mangler data på dette, er det trolig mest hensiktsmessig med bruk av bekreftet kjønn hos voksne TKN-personer der GAHT ble igangsatt i puberteten. Pasienter som har en mindre enn optimal bruk av GAHT, eller lengre perioder uten hormonerstatning etter gonadektomi før de er ca. 50 år gamle, kan trenge en enda mer nyansert tilnærming. Helsepersonell bør være oppmerksomme på karakteristikkene og begrensningene i risikoutregningene som brukes, og involvere pasientene i felles avgjørelsesprosesser om akkurat disse vurderingene.

Per i dag finnes ingen studier som sammenligner prevalensen av dyslipidemi i utvalg med cispersoner og utvalg med TKN-personer, mens de samtidig kontrollerer for hormonbruk. Som nevnt tidligere viser data fra andre populasjoner at tilstedeværelse av psykososialt stress i barndommen og relativt fravær av voksne, er forbundet med overvekt og unormal fettmetabolisme. Både testosteron- og østrogenbasert GAHT påvirker fettmetabolismen, selv om evidensen er begrenset av at hormonregimene er varierte og av andre variabler (Connelly et al., 2019; Defreyne et al., 2019; Deutsch, Glidden et al., 2015;

Maraka et al., 2017; Martinez et al., 2020). Generelt har østrogen en tendens til å øke HDL-kolesterol (High-Density Lipoprotein) og triglyserider med variabel effekt på LDL-kolesterol (Low Density Lipoprotein), mens testosteron i variabel grad påvirker triglyserider, reduserer HDL-kolesterol og øker LDL-kolesterolet. Hvordan det administreres kan også påvirke dette mønsteret, spesielt om det gis peroralt eller transdermalt østrogen, og virkningen dette har på triglyseridene (Maraka et al., 2017). Generelt er forskjellen i effektstørrelse minimal, og den helhetlige innvirkningen på kardiovaskulære og cerebrovaskulære resultater uklar. Det finnes ingen studier som undersøker effekten av hormoner på TKN-personer med preeksisterende dyslipidemi, som har påbegynt hormonbehandling etter fylte 50 år, eller undersøker effekten utover 2-5 år med behandling.

Det mangler studier som sammenligner prevalensen av høyt blodtrykk i trans- og cispopulasjoner, som har kontrollert for hormonbruk. Data fra andre populasjoner viser at kronisk og akutt psykososialt stress, inkludert opplevelser av diskriminering, kan føre til høyt blodtrykk (Din-Dzietham et al., 2004; Spruill, 2010). I studier basert på The Behavioral Risk Factor Surveillance System, en stor, nasjonal helsesurvey i USA, var det ingen forskjeller i rapportert høyt blodtrykk mellom transmenn eller -kvinner og ciskjønnede utvalg (Alzahrani et al., 2019; Nokoff et al., 2018).

Studier av testosteron- og østrogenbasert GAHT har vist inkonsistente effekter på systolisk og diastolisk blodtrykk. En retrospektiv studie av effektene testosteron- og østrogenbaserte GAHT regimer har på blodtrykk, rapporterte en liten reduksjon i systolisk blodtrykk ved igangsetting av østrogenbaserte regimer. Selv det var en liten økning (4 mm Hg) for gjennomsnittlig systolisk blodtrykk i oppfølging over lengre tid på testosteronbaserte regimer, var denne forskjellen på grensen av statistisk signifikans,

og av liten klinisk relevans (Banks et al., 2021). En systematisk gjennomgang konkluderte at det finnes utilstrekkelig data til å komme til konklusjoner om blodtrykkseffekten av kjønnsbekreftende hormonbehandling, gitt den begrensede kvaliteten på studiene (Connelly et al., 2021). Spironolakton, ofte brukt som androgenblokker i feminiserende GAHT, er et kaliumsparende vanddrivende middel og kan øke kaliumnivået når brukt sammen med ACE-hemmere eller angiotensinreseptor-blokkere, og salterstatninger. Det finnes ingen studier som har undersøkt effekten blant TKN-personer med preeksisterende høyt blodtrykk som har begynt å bruke hormoner etter fylte 50 år, eller som undersøker effekten utover 2-5 år med behandling. TKN-personer som får GAHT bør gjennomføre ytterlige blodtrykks-screening eller overvåkning som indikert av WPATHs retningslinjer for GAHT.

Kun en begrenset mengde data sammenligner prevalensen av diabetes i utvalg av TKN-personer og cispersoner, uavhengig av hormonbruk. Nyere data fra kohortstudien STRONG (Islam et al., 2021) fant at prevalensen og insidensen av type 2 diabetes var høyere i den transfeminine kohorten sammenlignet med ciskvinner, men ikke kontrollgruppen med cismenn. Det ble ikke sett noen signifikante forskjeller i prevalens eller insidens av type 2 diabetes i den transmaskuline kohorten, eller i TKN-populasjonen som helhet, etter oppstart på hormonbehandling. Men, det skal sies at den gjennomsnittlige varigheten av oppfølging for begge kohorter var 2.8 og 3.1 år, respektivt (Islam et al., 2021). Data fra andre populasjoner, inkludert seksuelle minoriteter, indikerer at kronisk og akutt psykososialt stress kan innvirke på utvikling og kontroll av type 2 diabetes (Beach et al., 2018; Kelly & Mubarak, 2015).

I studier basert på The Behavioral Risk Factor Surveillance System i USA, finnes ingen forskjeller i rapportert diabetes der

transmenn, transkvinner og ikke-binære, ble sammenlignet med cispersoner (Alzahrani et al., 2019; Caceres et al., 2020; Nokoff et al., 2018). Flere små studier har vist høyere enn forventet prevalens av polycystisk ovariesyndrom eller hyperandrogenisme blant transmenn (Feldman et al., 2016), tilstander forbundet med insulinresistens og risiko for diabetes. Selv om studier både av testosteron- og østrogenbasert GAHT viser varierende effekt på vekt/kroppsfett, glukosemetabolisme og insulinresistens (Defreyne et al., 2019), viser de fleste studiene ingen økning i diabetes eller forstadium til diabetes (Chan et al., 2018; Connelly et al., 2019). Det finnes ingen studier som undersøker virkningen av hormonbehandling blant TKN-personer med preeksisterende diabetes som har begynt å bruke hormoner etter fylte 50 år, eller undersøker effekten utover 2-5 år med behandling. Det er per idag ingen studier som spesifikt adresserer diabetes hos voksne som tidligere har blitt behandlet med pubertetsundertrykkende medikamenter.

Selv om det er til hjelp for hypotesegenerering og studier av etiologi å se på effektstudier av GAHT som viser et middels nivå av økt blodtrykk og lipidnivåer, bør framtidige studier fokusere på kardiovaskulære utfall som kan være interessante, med spesiell fokus på individuelle prediktorer som alder, type og dosering av hormoner, og totalt antall år eksponert for GAHT. Tolkning av data bør alltid ta i betraktning om den ciskjønnede kontrollgruppen har det samme kjønnet i betydningen kroppslig kjønnskategori tillagt ved fødselen, eller kjønnsidentitet.

#### Anbefaling 15.4

**Vi anbefaler at helsepersonell veileder TKN-personer om tobakksbruk og anbefaler å la være å bruke tobakk/nikotin i forkant av kjønnsbekreftende kirurgi.**

Tobakksbruk er en ledende årsak til hjerte-



og karsykdommer, lungesykdommer og kreft i verden (World Health Organization, 2020). TKN-personer har høyere prevalens av tobakksbruk enn cispersoner, noe som varierer på tvers av kjønnspekteret (Azagba et al., 2019; Buchting et al., 2017). Dette mønsteret samsvarer med andre populasjoner som opplever minoritetsstress (Gordon et al., 2021). Ansatte i primærhelsetjenesten kan bidra på områder som fungerer beskyttende mot tobakksbruk, som redusert eksponering for personlig eller strukturell diskriminering, tilgang til kjønnsbekreftende legitimeringsmåter, og fungerende helseforsikring (Kidd et al., 2018; Shires & Jafee, 2016).

Helserisikoen ved tobakksbruk påvirker TKN-personer uforholdsmessig mye, primært på grunn av dårligere tilgang til rimelig og kulturelt kompetent screening, og behandling av tobakksrelaterte sykdommer (Shires & Jafee, 2016). Røyking kan ytterligere øke risiko for hjerte- og karsykdommer og venøs tromboembolisme for TKN-personer som får feminiserende GAHT (Hontscharuk, Alba, Manno et al., 2021). Risikoen for generelle kirurgiske komplikasjoner, som sårheling, arrdannelse og infeksjoner vil også være dobbel eller trippel ved røyking (Yoong et al., 2020), noe som angår de som gjennomgår kjønnsbekreftende kirurgi. Data fra ciskjønnete populasjoner viser at røykeslutt før kirurgi, og ingen røyking på seks uker postoperativt, innebærer signifikant reduksjon av komplikasjoner (Yoong et al., 2020).

Det er per idag få studier av programmer for røykeslutt som spesifikt fokuserer på TKN-personer (Berger & Mooney-Somers, 2017). Det finnes dog begrenset evidens som peker på at ansatte i primærhelsetjenesten kan bidra til røykeslutt ved å adressere effektene av minoritetsstress (Gamarel et al., 2015) og inkorporere kjønnsbekreftende

intervensjoner, som GAHT (Myers & Safer, 2016).

Helsepersonell bør ta i betraktning de signifikante vanskelighetene folk med en nikotinvane opplever ved forsøk på å slutte. Nikotinsubstitutt og/eller andre hjelpemidler bør gjøres tilgjengelig, med vektlegging av individuelle preferanser og anerkjennelse av underliggende adferdshelse som bidrar til fortsatt nikotinbruk. Avgjørelser om tilnærming til GAHT eller kirurgi bør først og fremst inkludere en vurdering av «ikke skade» prinsippet ved medisinsk praksis, også med tanke på realitetene i en individuell pasient sine evner og behov.

#### Anbefaling 15.5

**Vi anbefaler at helsepersonell diskuterer og forholder seg til psykologiske, medisinske og sosiale aldringsrelaterte temaer med TKN-personer.**

Aldring presenterer spesifikke sosiale, fysiske og psykiske utfordringer for TKN-personer. Selv om litteraturen om aldring og eldre TKN-personer er begrenset, har mange eldre TKN-personer opplevd en hel livstid med stigma, diskriminering og undertrykking av sin kjønnsidentitet (Fabbre & Gaveras, 2020; Witten, 2017). Denne erfaringen har innvirkning på eldre TKN-personers samhandling med helsevesenet (Fredriksen-Goldsen et al., 2014; Kattari & Hasche, 2016; Walker et al., 2017). Det er større sjanse for at eldre TKN-personer rapporterer dårlig fysisk helse enn ciskjønnete LHB-personer, inkludert når man kontrollerer for sosiodemografiske faktorer (Fredriksen-Goldsen 2011; Fredriksen-Goldsen et al., 2014). Redusert tilgang til kulturell inkludering, og ulike sammensetninger av minoritetsstress, resulterer ofte i forsinket ivaretagelse, noe som potensielt forverrer kroniske tilstander som er vanlige ved aldring (Bakko & Kattari, 2021; Fredriksen-Goldsen et al., 2014).



Selv om det finnes få studier av medisinske intervensjoner blant eldre TKN-personer peker forskning på at de opplever en betraktelig høyere livskvalitet med medisinsk transisjon, selv sammenlignet med yngre, voksne TKN-personer (Cai et al., 2019). Selv om alder i seg selv ikke er en absolutt kontraindikasjon eller begrensning for kjønnsbekreftende medisinske eller kirurgiske intervensjoner, kan det være eldre TKN-personer ikke er klar over at det i dag er et større tilgjengelig utvalg av sosiale, medisinske eller kirurgiske muligheter som kan bidra til at de blir møtet på sine individuelle behov (Hardacker et al., 2019; Houllberg, 2019).

Selv om studier av psykisk helse blant eldre TKN-personer er begrenset, opplever de over 50 år signifikant høyere nivåer av depressive symptomer og stress sammenlignet med eldre cispersoner, både LHB og hetero (Fredriksen-Goldsen 2011, Fredriksen-Goldsen et al., 2014). Spesifikke risikofaktorer for eldre TKN-personer inkluderer kjønns- og aldersrelatert diskriminering, generelt stress, hemmelighold av identitet, overgrep og internalisert stigma. På sin side fungerer sosial støtte og tilhørighet som beskyttende faktorer (Fredriksen-Goldsen et al., 2014; Hoy-Ellis & Fredriksen-Goldsen, 2017; White Hughto & Reisner, 2018). Ansatte i primærhelsetjenesten kan hjelpe pasienter ved å oppmuntre til praktisering av spiritualitet/tro, selv-aksept og innsats for seg selv og sine rettigheter, og en aktiv og sunn livsstil. Alle disse forholdene er forbundet med motstandskraft og gode aldringsprosesser (McFadden et al., 2013; Witten, 2014).

Eldre TKN-personer opplever ofte sosial isolasjon, tap av støttende nettverk og brudd med nære venner og barn (Fredriksen-Goldsen 2011; Witten, 2017). De vanligste bekymringene rundt aldring blant TKN-personer handler om å miste evnen til å ta

vare på seg selv, som vil føre til opphold på sykehjem eller lignende fasiliteter (Henry et al., 2020). Selv om slike settinger gir tiltrengt assistanse, innebærer de også et potensiale for fysisk og emosjonell mishandling, for å nektes GAHT og for rutinemessig oppfølging av generell helse, for å «oute» dem, og for å nektes det å leve og kle seg som ens bekreftede kjønn (Auldridge et al., 2012; Pang et al., 2019; Porter et al., 2016). Eldre TKN-personer peker på boinstitusjoner, sosiale arrangementer og støttegrupper som de mest tiltrengte tjenestene (Auldridge et al., 2012; Witten, 2014).

Til tross for disse hindringene aldres de fleste TKN-personer på gode måter, styrket av selv-aksept, omsorgsfulle relasjoner og at noen hjelper dem og jobber på deres vegne (Fredriksen-Goldsen 2011; Witten, 2014). Folk som jobber med primærhelse bør adressere sentrale helseaspekter eldre TKN-personer kan oppleve, inkludert psykisk helse, kjønnsbekreftende medisinske intervensjoner, sosial støtte, og sykehjems-/langtidspleie i livets slutfase.

Utover den uavhengige effekten av faktorer som minoritetsstress og sosiale determinanter for eldre helse, mangler data om spesifikke helseproblemer som oppleves av TKN-personer som bruker GAHT sent i livet, de som begynte GAHT i yngre alder, og de som ønsker å fortsette eller begynne med GAHT i sine sjette, syvende, åttende eller senere tiår. Med en økende andel av TKN-personer som begynner med GAHT når de er yngre, inkludert noen som begynner i puberteten, er det enda viktigere med studier som undersøker hvordan behandling over flere tiår innvirker på langtidshelse.

#### Anbefaling 15.6

**Vi anbefaler at helsepersonell som ivaretar TKN-personer som behandles med østrogen følger lokale retningslinjer for brystkreftscreening**

utviklet for ciskvinner, og tar i betraktning hvor lenge hormoner har vært i bruk, doseringer, nåværende alder, og alder da hormonbehandlingen ble igangsatt.

TKN-personer som tar østrogenbasert GAHT utvikler bryster og bør derfor vurderes for brystkreftscreening. Eksogent østrogen kan være en av flere faktorer som bidrar til brystkreftisiko hos cispersoner. To publiserte kohortstudier evaluerte brystkreftprevalens blant transkvinner i Nederland (Gooren et al., 2013) og USA (Brown & Jones, 2015). Begge involverte retrospektive kohorter av kliniske utvalg med brystkreftdiagnose som det relevante utfallet, sammenlignet med en ciskjønn kontrollgruppe. Ingen av studiene involverte prospektiv screening for brystkreft og begge hadde betraktelige metodologiske begrensninger. Flere retningslinjer har blitt publisert (Deutsch, 2016a) som anbefaler en kombinasjon der man tenker «alder pluss antall år med østrogeneksponering» som det som avgjør behovet for å begynne med screening. Disse anbefalingene er kun basert på konsensus blant eksperter og har svakt evidensgrunnlag.

BRCA1 og 2 mutasjoner øker risikoen for brystkreft, men rollen kjønnsormon-eksponering eventuelt spiller i økningen er uklar (Rebbeck et al., 2005). Graden av risikoøkning ved kjønnsbekreftende hormonbehandling, hvis det finnes en, er ukjent. Pasienter som har en BRCA1 mutasjon bør få rådgivning rundt hva som er uvisst, og pasient og helsepersonell bør sammen gjennomføre en vurderings- og samtykkeprosess, der de mange fordelene ved GAHT også anerkjennes.

Brystkreftscreening blant transkvinner bør også ta i betraktning sannsynligheten for at en transkvinnes bryster kan ha høyere tetthet, ved mammografi. Bryster med høy tetthet, en historie der en har injisert f.eks

silikon, og brystimplantater kan komplisere tolkningen av mammografiske funn (Sonnenblick et al., 2018). Spesielle teknikker bør derfor brukes. Folk som har injisert partikler med silikon eller andre fyllmidler for å få større bryst, kan også utvikle komplikasjoner som skleroserende lipogranulomer (fettklumper som krymper vevet, o.a.), som gjør det vanskelig å se normalt vev på mammografi eller ultralyd.

#### Anbefaling 15.7

**Vi anbefaler at helsepersonell som ivaretar TKN-personer med bryster utviklet i samsvar med kjønnskategori tillagt ved fødsel, som ikke har gjennomgått kjønnsbekreftende brystrelatert kirurgi, følger lokale retningslinjer for brystkreftscreening utviklet for ciskvinner.**

For TKN-personer som ble tillagt den kroppslige kjønnskategorien kvinne ved fødselen og utviklet bryster i en pubertet som samsvarer med kjønnskategorien tillagt ved fødselen / en pubertet uten ekstern hormonintervensjon, er det teoretisk sett en bekymring for at eksponering for testosteron, og aromataseomdannet østrogen som konsekvens av testosteronbehandling, er risikofaktorer for utvikling av brystkreft. Begrenset, retrospektiv data har ikke demonstrert økt risiko for brystkreft blant transmenn (Gooren et al., 2013; Grynberg et al., 2010), men det mangler prospektiv og komparativ data. De fleste i denne gruppen vil ha noe gjenværende brystvev, og det er derfor viktig for helsepersonell å være klar over at risikoen for brystkreft ikke er null i denne populasjonen. Når det per i dag ikke er etablert noen tilnærming til brystkreftscreening i denne gruppen som har gjennomgått kirurgisk brystfjerning tilsvarende cismenn med BRCA genmutasjon eller klar familiehistorie med dette, kan det være hensiktsmessig med scanning ved bruk av MRI eller ultralyd.

Nytten og gjennomføringen av disse tilnærmingene har ikke blitt studert. Brystscreening styrt av pasienten eller av helsepersonell er ikke anbefalt hos ciskvinner på grunn av potensiell skadevirkning ved både falskt positive resultater og unødige funn (av kreft som ville ha trukket seg tilbake uten behov for intervensjon). Derfor bør enhver tilnærming til screening av denne gruppen foregå i kontekst av at pasient og helsepersonell tar felles avgjørelser, etter vurdering av potensielle skadevirkninger, fordeler og ukjente faktorer ved disse tilnærmingene.

#### Anbefaling 15.8

**Vi anbefaler at helsepersonell anvender den samme respektive, lokale retningslinjen for screening (inkludert anbefaling om å ikke screene) som har blitt utviklet for ciskvinner, ved gjennomsnittlig og forhøyet risiko for utvikling av eggstokk- eller livmorkreft, når de ivaretar TKN-personer med de samme risikofaktorene.**

Dagens konsensusbaserte retningslinjer anbefaler ikke rutinemessig screening for eggstokkreft for ciskvinner. Det har blitt rapportert casestudier med tilfeller av eggstokkreft blant transmenn (Dizon et al., 2006; Hage et al., 2000). Det finnes per idag ingen evidens som tilsier at testosteronbehandling fører til økt risiko for eggstokkreft, men langvarige prospektive studier mangler (Joint et al., 2018).

#### Anbefaling 15.9

**Vi fraråder rutinemessig fjerning av eggstokker eller livmor kun for å forebygge eggstokk- eller livmorkreft for TKN-personer som får testosteronbehandling og ellers har en gjennomsnittlig risiko for kreftutvikling.**

TKN-personer med eggstokker som tar testosteronbasert GAHT har ofte enten mangel på eller uregelmessig egggløsning,

eller opplever andre variasjoner i lutealfasefunksjon og produksjon av progesteron. Denne tilstanden, kombinert med den mulige økningen i østrogeneksponering fra aromataseomdannet eksogent testosteron, tar opp en mulig bekymring for livmorslimhinnen ved overdreven eller uhindret østrogeneksponering, selv om den kliniske betydningen er ukjent. Histologiske studier av livmorslimhinnen hos TKN-personer har heller funnet atrofi enn hyperplasi (Grimstad et al., 2018; Grynberg et al., 2010; Perrone et al., 2009). I en stor kohort av transmaskuline personer som gjennomførte hysterektomi med ooforektomi, ble det rapportert godartet histopatologi i eggstokkene i alle tilfellene (n = 85) (Grimstad et al., 2020). Selv om prospektiv data om utfall mangler, finnes det utilstrekkelig evidens per i dag til å si at transmenn rutinemessig bør fjerne livmor eller eggstokker kun for å forebygge kreft i livmorslimhinnen eller eggstokkene. Selvfølgelig bør uforklarlige tegn/symptomer på kreft i livmorslimhinnen eller eggstokkene bli vurdert på en hensiktsmessig måte.

#### Anbefaling 15.10

**Vi anbefaler at helsepersonell følger lokale retningslinjer for screening av livmorhalskreft hos ciskvinner, og tilbyr slik screening til TKN-personer som har eller har hatt en livmorhals.**

Personer med livmorhals bør gjennomføre rutinemessig screening og preventive tiltak for livmorhalskreft i følge aldersbaserte retningslinjer og regional praksis. Dette inkluderer vaksine mot humant papillomavirus (HPV) og screening ifølge lokale retningslinjer, inkludert, hvis tilgjengelig, samtidig testing for celleforandringer og HPV (cotesting). Det er viktig at helsepersonell er bevisste på å gjennomføre spekulumundersøkelse på en måte som minimerer smerte og ubehag/plager for transmaskuline personer.

Det er lavere sannsynlighet for at TKN-personer med livmorhals har gjennomført konvensjonell screening for livmorhalskreft, enten fordi undersøkelsen kan forverre dysforien og/eller fordi allmennleger og pasienter er feilinformert om behovet for denne typen screening (Agenor et al., 2016; Potter et al., 2015). Videre kan testosteronbehandling føre til atrofi/atrofiske endringer i de indre kjønnsorganene, og varigheten av testosteronbruk er assosiert med større sannsynlighet for å ikke få tatt en tilstrekkelig god celleprøve til screening for livmorhalskreft (Peitzmeier et al., 2014). Alternativer til spekulumundersøkelse og celleprøve fra livmorhalsen, så som vattpinner som brukes av helsepersonell eller pasienten selv for å teste for høy risiko for HPV-smitte, kan være spesielt fordelaktig for screening av personer med livmorhals.

Forskning er underveis i USA som undersøker, i den transmaskuline populasjonen, metoden der de selv innhenter testmateriale vaginalt for å teste for høy risiko for HPV-smitte. Slik testing for HPV viste seg å være absolutt akseptabelt blant transmenn, og var 71.4% følsom for høy risiko for HPV (med negativ prediktiv verdi på 94.7%) og spesifisitet på 98.2% (Reisner et al., 2018). Det er behov for videre studier for å evaluere skadevirkningene av primærscreening for HPV blant transmenn, med hensyn til den potensielle økningen i skadevirkninger forbundet med invasive undersøkelser og kolposkopier.

#### Anbefaling 15.11

**Vi anbefaler at helsepersonell forklarer TKN-personer at bruken av antiretrovirale medisiner ikke kontraindikerer kjønnsbekreftende hormonbehandling.**

Prevalensen av Humant Immunsviktvirus (HIV) er uforholdsmessig høy i TKN-

populasjoner. En stor metaanalyse etablerte nylig at den globale prosentvise sjansen for HIV-smitte er 66 for transfeminine personer og 6.8 for transmaskuline (Stutterheim et al., 2021). Ansatte i primærhelsetjenesten har unike muligheter til å gi avgjørende skolering og implementere prevensjonsstrategier, spesielt for å redusere hyppigheten av HIV blant TKN-personer. Mistillit til helsepersonell basert på tidligere erfaringer med diskriminering og transfobi virker inn på forebygging av HIV og står i veien for tilknytninger til innsats som gjøres for HIV-omsorg (Sevelius et al., 2016). Både stigma, mangel på tilstrekkelig opplæring, og innebygde makthierarkier innen medisinske etablissementer, bidrar til ambivalens og usikkerhet blant helsepersonell når de skal ivareta TKN-personer (Poteat et al., 2013). Til slutt, mangel på inkludering og kjønnsbekreftende praksis i helsevesenet kan føre til at TKN-personer ikke føler seg trygge nok til å diskutere følsomme temaer, som en HIV-diagnose og det at de unngår helsevesenet på grunn av frykt (Bauer et al., 2014; Gibson et al., 2016; Seelman et al., 2017).

Helsepersonell bør være klar over denne komplekse konteksten mange TKN-personer står i når de skal oppsøke hjelp til enten kjønnsbekreftende hormoner, preeksposisjonsprofylakse for HIV (PrEP), eller begge deler. Det kan være mange feilaktige oppfatninger om tryggheten ved å få kjønnsbekreftende hormonbehandling samtidig med antiretrovirale medisiner for HIV-forebygging eller behandling.

Det har kun blitt gjennomført begrensede direkte studier av interaksjoner mellom antiretrovirale medisiner og kjønnsbekreftende hormoner (ART/GAHT). En subanalyse av transkvinner og transfeminine personer i den multinasjonale iPrEx-studien kunne peke på dårlig effektivitet i denne gruppen i



analysen av behandlingsintensjon, selv om effektiviteten blant TKN-deltakerne som tok medisinen som foreskrevet lignet den hos homofile cismenn. Dette tyder på at opptak, og overholdelse av PrEP-instruksjer, forblir utfordrende i denne befolkningen. To studier av effektene av GAHT på tenofovir diphosphate (Grant et al., 2021) og tenofovir diphosphate og emtricitabine (antivirale midler, o.a.) (Shieh et al., 2019) fant at det var lite sannsynlig at de signifikant senkede nivåene av ART medisin hadde noen klinisk betydning. I det hele tatt er data om interaksjonen mellom hormonbaserte prevensjonsmidler og antiretrovirale medisiner betryggende med hensyn til innvirkningen hormoner har på ART (Nanda et al., 2017). Fordi østradiol delvis metaboliseres av cytokrom P450 (CYP) 3A4 og 1A2 enzymer, kan det potensielt finnes legemiddelinteraksjoner med andre medisiner som induserer eller hemmer disse nedbrytningsbanene, for eksempel ikke-nukleosid revers transkriptase hemmere (NNRTI, f.eks. efavirenz (EFV) og nevirapin (NVP)). De fleste land inkluderer imidlertid integrasehemmere som foretrukne førstevalg blant ART-regimer; disse har minimal eller ingen legemiddelinteraksjoner med kjønnsbekreftende hormoner og trygt kan brukes (Badowski, 2021; Department of Health and Human Services. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents, 2021). Hvis det finnes bekymringer knyttet til potensielle interaksjoner bør helsepersonell etter behov overvåke hormonnivåer i blodet. TKN-personer som lever med HIV og tar antiretrovirale medisiner bør altså gis veiledning som forsikrer dem om at det er trygt å ta disse samtidig med GAHT.

#### Anbefaling 15.12

**Vi anbefaler at helsepersonell innhenter detaljert medisinsk historie fra TKN-personer som inkluderer tidligere og nåværende bruk av hormoner, gonadekirurgi og tilstedeværelsen av tradisjonelle risikofaktorer for osteoporose, og vurderer den optimale alderen for og**

**nødvendigheten av screening for osteoporose. For støttende tekst, se Anbefaling 15.13.**

#### Anbefaling 15.13

**Vi anbefaler at helsepersonell diskuterer skjeletthelse med TKN-personer, inkludert behovet for å aktivt trene vektbærende ledd og knokler, sunt kosthold, kalcium og vitamin D tillegg.**

Både østrogen og testosteron støtter produksjon og fornyelse av benmassen. Reduserte kjønnsormonnivåer er forbundet med høyere risiko for osteoporose i alderdommen (Almeida et al., 2017). TKN-personer kan motta medisinske og/eller kirurgiske intervensjoner som har potensiale til å innvirke på skjeletthelsen, slik som kjønnsormoner, androgenblokkere og gonadektomi. Derfor er det nødvendig med en detaljert medisinsk historie, som inkluderer tidligere og nåværende bruk av hormoner, og gonadekirurgi, for å etablere behovet for å screene for osteoporose.

Flere observasjonsstudier har sammenlignet bentetthet (BMD) hos TKN-personer før og etter kjønnsbekreftende hormonbehandling sammenlignet med en kontrollgruppe av cispersoner matchet på grunnlag av kjønnskategori registrert ved fødsel.

Lav bentetthet kan være tilstede før oppstart på hormonbehandling. En studie viste lavere gjennomsnittlig bentetthet hos transkvinner i lårhalsen, i hoftene og i ryggraden, enn i en kontrollgruppe av cismenn på samme alder (Van Caenegem, Taes et al., 2013). En annen studie avslørte høy prevalens av lav bentetthet målt blant TKN-ungdommer før de startet pubertetsblokkere (Lee, Finlayson et al., 2020). Forfatterne av begge studiene konkluderte at lavt nivå av fysisk aktivitet kan være en viktig del av forklaringen av disse funnene.

Akselereringen i tap av benmasse kan skje etter gonadektomi hvis hormoner avbrytes eller hvis hormonnivået ikke er optimalt. I en



studie hadde 30% av transkvinner som hadde gjennomgått gonadektomi lav bentetthet, og det var korrelasjon mellom dette og lavere nivåer av 17- $\beta$  østradiol og overholdelse av GAHT regimet (Motta et al., 2020).

Undersøkelse av effektene av GAHT på bentetthet har vist at TKN-personer som får østrogenbehandling viser forbedring i bentetthet. En systematisk gjennomgang og metaanalyse av effekten av kjønnshormoner på skjeletthelse hos TKN-personer inkluderte ni kvalifiserte studier av transkvinner (n = 392) og åtte kvalifiserte studier av transmenn (n = 247) som ble publisert mellom 2008 og 2015. Metaanalysen avslørte at blant transkvinner var det en statistisk signifikant økning av bentetthet i korsryggen (men ikke i lårhalsen) sammelignet med det som ble målt i utgangspunktet/ved baseline. Blant transmenn var det ingen statistisk signifikante endringer i bentetthet i korsrygg, lårhals og hofte ved 12 og 24 måneder etter oppstart på testosteron sammenlignet med det som ble målt i utgangspunktet/ved baseline (Singh-Ospina et al., 2017). Siden publiseringen av denne studien har the European Network for Investigation of Gender Incongruence (ENIGI) study, et prospektivt observasjonsstudium basert i flere sentre (Belgia, Norge, Italia og Nederland), publisert resultater for bentetthet blant 231 transkvinner og 199 transmenn et år etter oppstart med GAHT (Wiepjes et al., 2017). Transkvinner viste økt bentetthet i korsrygg, hofter og lårhals, og blant transmenn så man økt bentetthet i hoftene. En studie rapporterte om null benbrudd blant TKN-personer ved 12 måneder etter oppstart på hormoner, hos 53 transmenn og 53 transkvinner (Wierckx, van Caenegem et al., 2014). Ingen studier tilsier at GAHT bør være en indikator for økt grad av screening for osteoporose. Derimot vil opphold i GAHT blant de som har gjennomgått gonadektomi indikere slik økt screening.

Retningslinjer for klinisk praksis inkluderer

anbefalinger for screening for osteoporose blant TKN-personer (Deutsch, 2016a; Hembree et al., 2017; Rosen et al., 2019). Både International Society for Clinical Densitometry og Endocrine Society foreslår måling og vurdering av utgangsverdier av bentetthet før oppstart på hormoner. Videre anbefalinger angående screening av bentetthet er basert på flere faktorer, inkludert kroppslig kjønnskategori registrert ved fødsel, alder, og ytterligere tradisjonelle risikofaktorer for osteoporose, som tidligere benbrudd, medisinbruk med høy risiko, tilstander assosiert med tap av bentetthet og lav kroppsvekt (Rosen et al., 2019). Spesifikt sier ISCD retningslinjene at testing er indikert for TKN-personer hvis de har gjennomgått gonadektomi eller behandling som innebærer at de egenproduserte hormonnivåene senkes før oppstart på GAHT, ved hypogonadisme men ingen planer om å ta GAHT, eller kjente indikasjoner på testing av bentetthet (Rosen et al., 2019). Imidlertid er forskningsgrunnlaget for anbefalingene svakt.

Den anbefalte måten å screene for osteoporose er «dual energy x-ray absorptiometry» (DXA) av korsrygg, hofter, og lårhals (Kanis, 1994). I midlertid er ikke DXA-testing av bentetthet tilgjengelig i mange land med lav- og medium inntektsnivå, og screening med DXA gjøres kun i noen få land, der USA er et unntak.

Ansatte i primærhelsetjenesten bør diskutere måter å optimalisere skjeletthelse med TKN-personer. I tillegg bør de gi informasjon om viktigheten av ernæring og mosjon/trening for å opprettholde bentetthet. TKN-personer med, eller med risiko for, osteoporose, bør informeres om fordelene ved trening av vektbærende ledd og knokler i tillegg til styrke- og motstandstrening, for å begrense tap av benmasse (Benedetti et al., 2018). Ernæring er essensielt for skjeletthelse. Ernæringsmangel, inkludert utilstrekkelig

kalsiuminntak og lavt vitamin D, kan føre til lav grad av benmineralisering. Vitamin D og kalsiumsupplementer har vist seg å redusere insidensen både av hoftefrakturer og frakturer generelt (Weaver et al., 2016). Selv om det er relevant for alle populasjoner, er denne diskusjonen spesielt relevant i TKN-populasjoner siden det der har blitt registrert høy prevalens av lavt vitamin D nivå (Motta et al., 2020; Van Caenegem, Taes et al., 2013).

#### Anbefaling 15.14

**Vi anbefaler at helsepersonell tilbyr TKN-personer henvisning til hårfjerning i ansikt, på kropp og kjønnsorganer, som kjønnsbekreftende intervensjon eller som del av preoperativ forberedelse.**

Hårfjerning er nødvendig både for fjerning av ansiktshår (Marks et al., 2019) og i forberedelsen til enkelte kjønnsbekreftende inngrep, som vaginoplastikk (konstruksjon av vagina, o.a.), falloplastikk (konstruksjon av penis, o.a.), og metoidioplastikk (utnytter forstørret klitoris etter testosteronbehandling, o.a.) (Zhang et al., 2016). Permanent, preoperativ hårfjerning kreves for et hvert område av huden som enten skal være i kontakt med urin (som ved konstruksjon av neo-uretra) eller flyttes for å fungere på et delvis innelukket hulrom i kroppen (f.eks., brukt for å kle veggene i en neovagina) (Zhang et al., 2016). Hårfjerningsteknikker som brukes i kjønnsbekreftende behandling er elektrolyse (EHR) og laser (LHR) (Fernandez et al., 2013). EHR er per i dag den eneste metoden for permanent hårfjerning som er godkjent av US Food and Drug Administration, mens LHR er godkjent for permanent reduisering av hårvekst (Thoreson et al., 2020).

EHR involverer tilføring av elektrisitet gjennom en veldig tynn og butt nål som manuelt føres inn i hver enkelt hårsekk etter en (Martin et al., 2018). Siden metoden

anvender direkte mekanisk ødeleggelse av blodtilførselen til håret kan det brukes på alle hårfarger og hudtyper (Martin et al., 2018). EHR tar lang tid og er dyrt, siden det krever at hver hårsekk behandles individuelt, men er effektivt for permanent hårfjerning. Når det gjelder permanent hårfjerning på/rundt kjønnsorganene i forkant av kjønnsbekreftende kirurgi, må det gjennomføres av en som er kompetent på slik hårfjerning fordi metoden skiller seg fra den som anvendes i ansiktet og på kroppen ellers. EHR er mer smertefullt enn LHR, med mulige bivirkninger som erytem (rødhet i huden, o.a.), skorpedannelse og hevelse (Harris et al., 2014). Postinflammatorisk hyperpigmentering er en risiko for personer med mørkere hud (Richards & Meharg, 1995). Smerte kan kontrolleres med aktuelle lokalbedøvelses- og kjøleteknikker, og toleranse for EHR utvikler seg til en viss grad; mange vil tåle lengre økter (Richards & Meharg, 1995).

LHR bruker laserenergi til å sikte seg inn på hårsekker. Det er fordelaktig for større overflater. Mekanismen er fototermolyse, der lys fra en laser selektivt treffer melaninet (pigmentet, o.a.) i hårskaftet (Gao et al., 2018). Denne energien omgjøres til varme, noe som ødelegger hudfolliklene som produserer hår, og resulterer dermed i ødeleggelse av hårvekst. Videre behandling trengs for å oppnå best mulig resultat, og dette gjøres typisk med seks ukers mellomrom for å la nye sykluser av hår vokse ut (Zhang et al., 2016). Fordi LHR er innrettet mot melanin, kan resultatet være begrenset for de som har grått, blondt eller rødt hår.

Det finnes spesifikke hensyn en må ta i betraktning ved bruk av LHR på personer med mørkere hud (hudtype IV til VI på Fitzpatrick skalaen) (Fayne et al., 2018)). Det høyere melaninnholdet i overhuden kan bli påvirket på samme måte som det vevet som er målet for lyset eller laseren, som altså er

melaninen i skaftet til hårsekken. For at det skal skje en selektiv termolyse, sprer varme seg fra hårskaftet til stamcellene i folliklene, for å forårsake skade. Isteden for å nå fram til melaninen i hårskaftet, som er målet for behandlingen, kan det skje i mørkere hudtyper at lyset absorberes i overhuden og omdannes til varme der. Dette kan resultere i dårligere kliniske utfall og høyere grad av negative varmeeffekter, som hypo- eller hyper- pigmentering, blemmer og skorpedannelse (Fayne et al., 2018). Valg av bølgelengde til bruk i laseren er sentralt for å redusere risiko, og da er lengre bølgelengde anbefalt for å minimere absorberingen av lys i melaninen i overhuden, og dermed maksimere virkningen og minimere negative konsekvenser for melaninrike pasienter (Zhang et al., 2016). Bivirkninger fra LHR kan inkludere følelse av solbrenthet etter behandling, i tillegg til betennelse, rødhet, hyperpigmentering og hevelse. Det blinkende lyset har iblant induisert anfall hos pasienter som er sårbare for det, så pasienter bør screenes for denne risikoen.

Smerte og ubehag under prosedyren kan også utgjøre en betydelig hindring, og ansatte innen primærhelse bør være forberedt på å foreskrive lokale eller systemiske smertestillende midler, for eksempel en blanding av lokalbedøvelse (EMLA) eller et lavdose systemisk opioid. For de som planlegger genitalkirurgi har noen anbefalt tre måneder ventetid etter den siste planlagte hårfjerningsbehandlingen, for å forsikre at ingen ny hårvekst forekommer (Zhang et al., 2016).

## KAPITTEL 16 Reproduktiv helse

Alle mennesker, inkludert TKN-personer, har en reproduktiv rett til å bestemme om de vil ha barn eller ikke (United Nations Population Fund, 2014). Medisinsk nødvendig kjønnsbekreftende hormonbehandling (GAHT) ((Forkortelse for gender affirming hormone therapy. Ingen tilsvarende norske forkortelser er i bruk, så vi bruker dette. O.a)) og kirurgiske intervensjoner (se erklæring om medisinsk nødvendighet i Kapittel 2 – Universell anvendbarhet, Anbefaling 2.1) som endrer reproduktiv anatomi eller funksjon, kan i varierende grad begrense reproduktive muligheter (Hembree et al., 2017; Nahata et al., 2019). Det er derfor viktig å diskutere både risiko for fruktbarhetstap og muligheter for fruktbarhetsbevaring (FB) med TKN-personer og deres familier før noen av disse intervensjonene blir igangsatt eller gjennomført. I tillegg er det viktig å fortsette disse samtalene på jevnlig basis senere (Hembree et al., 2017). Etablerte muligheter for FB, som nedfrysing av embryo, egg og sædceller, kan være tilgjengelig for postpubertale TKN-personer (Nahata et al., 2019). Forskningsprotokoller for nedfrysing av vev fra eggstokker og testikler har også blitt studert og utviklet (Borgström et al., 2020; Nahata et al., 2019; Rodriguez-Wallberg, et al., 2019). Selv om både bruk av embryo, modne egg og sædceller har vist seg å fungere når anvendt innen kliniske settinger, ville nedfrost gonadevev enten kreve framtidig retransplantasjon som sikter på å oppnå fullt fungerende gameter (modne kjønnsceller, o.a.), eller bruk av laboriemetoder for cellekultur – en mulighet som fortsatt er på grunnforskningsnivå. Det skal nevnes at American Society for Reproductive Medicine nylig har fjernet betegnelsen «eksperimentell» fra sine retningslinjer om nedfrysing av vev fra eggstokker, men

evidens fra prepubertale barn er fortsatt begrenset (Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2019).

Individualisert ivaretagelse bør gis i kontekst av hver enkelt person sine mål om foreldreskap. Noe forskning peker på at det kan være mindre sannsynlighet for at TKN-personer har et ønske om genetisk relaterte barn, eller barn i det hele tatt, når sammenlignet med jevngamle cispersoner (Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020; Russell et al., 2016; von Doussa et al., 2015). Like fullt, flere andre studier har vist at mange TKN-personer 1) ønsker egne biologiske barn; 2) angret på at de gikk glipp av muligheten til FB; aog 3) er villige til å utsette eller avbryte hormonbehandling for å bevare fruktbarheten og/eller bli gravid (Armuand, Dhejne et al., 2017; Auer et al., 2018; De Sutter et al., 2002; Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020; Tornello & Bos, 2017).

Det har blitt rapportert mange hindringer for FB, som kostnad (som økes for de som ikke har dekkende helseforsikring), hastverk med å starte behandling, manglende evne til framtidsoverrettede avgjørelser, utilstrekkelig kunnskap og fordommer hos helsepersonell som innvirker på om de gir mulighet til FB, og generelt vanskeligheter med å få tilgang til FB (Baram et al., 2019; Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020). Utover dette kan TKN-personer oppleve forverret dysfori på grunn av diverse trinn i prosessen som føles umulig å skille fra kjønns-kategorien de ble tillagt ved fødselen (Armuand, Dhejne, et al., 2017; Baram et al., 2019). Når det er tilgjengelig kan et flerfaglig team, der ansatte i både somatisk og psykisk helse samarbeider med spesialister i kjønnsbekreftende fruktbarhetsbevaring, bidra til å takle noen av disse hindringene (Tishelman et al., 2019). TKN-personer bør forklares om forskjellen på fruktbarhet (bruken av egne gameter/reproduktivt vev) og graviditet. I tillegg til vurderinger rundt fruktbarhet, må det gjøres innsats for å sikre rettferdig, kvalitetsmessig

ivaretagelse som gjelder alle former for familieplanlegging og -utvidelse, i hele spekteret av reproduktive muligheter. Det inkluderer alternativer innen det som angår forplantning, som perinatal medisin, graviditet, fødsel og postpartum omsorg, samt familieplanlegging og prevensjonsmåter for å hindre ikke-planlagte graviditeter, og svangerskapsavbrudd hvis det er lovlig (Bonnington et al., 2020; Cipres et al., 2017; Krempasky et al., 2020; Light et al., 2018; Moseson, Fix et al., 2020). TKN-personer som ønsker å gjennomføre en graviditet bør bli ivaretatt i samsvar med standard retningslinjer før unnfangelse finner sted, og gis prenatal rådgivning og råd om bryst/amming i omgivelser som støtter folk med ulike kjønnsidentiteter og erfaringer (MacDonald et al., 2016; Obedin-Maliver & Makadon, 2016).

Alle anbefalingene i dette kapitlet er basert på en grundig gjennomgang av evidens, vurdering av fordeler og skadevirkninger, verdier og preferanser blant helsepersonell og pasienter, og ressursbruk og gjennomførbarhet. I noen tilfeller anerkjenner vi at evidens er begrenset og/eller at tjenester eventuelt ikke er tilgjengelige eller ønskelige.



### Anbefalinger

16.1- Vi anbefaler at helsepersonell som ivaretar trans- og kjønnsnormbrytende personer og foreskriver eller henviser til hormonbehandling/kirurgiske intervensjoner gir sine pasienter råd om:

- 16.1.a- Kjente virkninger av hormonbehandling/kirurgi på framtidig fruktbarhet;
- 16.1.b- Potensielle virkninger av behandlinger som ikke er forsket mye på og innebærer ukjent ir/reversibilitet;
- 16.1.c- Fruktbarhetsbevaring (FB) (både etablert og eksperimentell);
- 16.1.d- Psykososiale implikasjoner ved fravær av fruktbarhet.

16.2- Vi anbefaler at helsepersonell henviser trans- og kjønnsnormbrytende personer som er interessert i fruktbarhetsbevaring til spesialister på det, for videre samtaler.

16.3- Vi anbefaler at team som ivaretar trans- og kjønnsnormbrytende personer etablerer samarbeid med fertilitetsspesialister og fasiliteter for dette, for å bistå med spesifikk informasjon til rett tid, og fruktbarhetsbevaring, før de tilbyr medisinske og kirurgiske intervensjoner som kan påvirke fruktbarhet.

16.4- Vi anbefaler at helsepersonell veileder trans- og kjønnsnormbrytende ungdommer i pre- eller tidlig pubertet som etterspør kjønnsbekreftende behandling, og deres familier, om at per i dag er forskningsbaserte muligheter for fruktbarhetsbevaring begrenset.

16.5- Vi anbefaler at trans- og kjønnsnormbrytende personer med livmor, som ønsker å gjennomføre graviditet, blir relevant ivarettatt før unnfangelse, og får prenatal rådgivning angående: bruk av og avbrutt kjønnsbekreftende hormonbehandling, helsetiltak som angår graviditet, veer og fødsel, støtte vedrørende amming, og støtte etter fødselen som lokale retningslinjer tilsier - på en kjønnsbekreftende måte.

16.6. Vi anbefaler at helsepersonell diskuterer prevensjon med trans- og kjønnsnormbrytende personer som er seksuelt aktive på måter som kan føre til graviditet.

16.7. Vi anbefaler at helsepersonell som tilbyr måter å avbryte graviditet, forsikrer at tjenestene fungerer kjønnsbekreftende og inkluderer bistand til trans- og kjønnsnormbrytende personer.

### Anbefaling 16.1

**Vi anbefaler at helsepersonell som ivaretar TKN-personer og foreskriver eller henviser til hormonbehandling/kirurgiske intervensjoner gir sine pasienter råd om:**

- a. Kjente virkninger av hormonbehandling/ kirurgi på framtidig fruktbarhet;
- b. Potensielle virkninger av behandlinger som ikke er forsket mye på og innebærer ukjent ir/reversibilitet;
- c. Fruktbarhetsbevaring (FB) (både etablert og eksperimentell);
- d. Psykososiale implikasjoner ved fravær av fruktbarhet.

**TKN-personer tillagt den kroppslige kjønns kategorien kvinne ved fødselen.**

GAHT kan virke negativt inn på framtidig fruktbarhet (Hembree et al., 2017). Basert på dagens evidens vedrørende TKN-personer som ble tillagt den kroppslige kjønns kategorien kvinne ved fødselen (AFAB) (en forkortelse for «assigned female at birth»), og brukes noe i Norge; det finnes ikke tilsvarende på norsk. Derfor brukes

den engelske her, i oversatt tekst. O.a.), er disse risikoene som følger:

Gonadotropinfrigivende hormonagonister (GnRH) kan brukes for å undertrykke pubertet til ungdommer klare for maskuliniserende behandling. GnRH kan også brukes til å hindre menstruasjon. GnRH innvirker på modning av gameter, men gjør ikke permanent skade på gonadefunksjonen. Hvis GnRH-behandling avbrytes kan en derfor forvente at modning av egg reaktiveres.

Det finnes få studier som går detaljert inn i effektene av testosteron på reproduktiv funksjon blant transmenn (Moravek et al., 2020). Det har blitt demonstrert gjenoppretting av normal funksjon i eggstokker, med modning av egg, hos transmenn som har oppnådd naturlig befruktning. En retrospektiv studie av nedfrysing av egg viste ingen forskjell mellom transmenn og ciskvinner – matchet på alder og BMI – i det totale antallet egg som hentes ut, eller i antallet modne egg, (Adeleye et al., 2018, 2019). De første resultatene som evaluerer vellykkede fødsler etter kontrollert stimulering av eggstokker, der transmenn sammenlignes med ciskvinner, har

nylig blitt publisert (Leung et al., 2019). Testosteronbehandlingen ble stoppet før stimulering av eggstokkene. Generelt virker resultatene oppløftende, når det gjelder innflytelsen testosteron har på reproduktive organer og deres funksjon. Like fullt, det har ikke blitt gjennomført noen prospektive studier som evaluerer effekt av langvarig hormonbehandling på fruktbarhet (altså startet i puberteten), eller blant de som ble behandlet med GnRH i tidlig pubertet før behandling med testosteron. Det er viktig å ta i betraktning at påkrevde medikamenter og prosedyrer for nedfrysing av egg (en underlivsundersøkelse, vaginal ultralydmonitorering, og uthenting av egg) kan føre til økt kjønnsdysfori hos transmenn (Armuaud, Dhejne et al., 2017).

Kirurgiske intervensjoner hos transmenn vil selvfølgelig ha implikasjoner for reproduktiv kapasitet. Hvis pasienter ønsker hysterektomi (fjerning av livmor, o.a.) bør det tilbys mulighet for å bevare eggstokkene for å beholde mulighet for genetisk beslektede barn. Alternativt, hvis eggstokkene fjernes, enten separat eller i sammenheng med en hysterektomi, bør nedfrysing av egg tilbys som mulighet før kirurgi. Nedfrysing av eggstokkvev kan gjøres samtidig med fjerning av eggstokkene.

Selv om denne prosedyren ikke lenger anses som eksperimentell, kan mange transmenn ønske *in vitro* modning av follikler med umodne egg, noe som fremdeles er på undersøkelsesstadiet. Studier som evaluerer eggfunksjon har vist at egg, isolert fra transmenn med testosteroeksponeering da eggstokkene ble tatt ut, kan modnes *in vitro* for å utvikle normal metafase II med meiotisk spindelapparat (prosesser i svært tidlig stadium av fosterutvikling, o.a.) (De Roo et al., 2017; Lierman et al., 2017).

**TKN-personer tillagt den kroppslige**

**kjønnskategorien mann ved fødselen.**

Basert på nyere evidens om TKN-personer som ble tillagt den kroppslige kjønnskategorien mann ved fødselen (AMAB) (tilsvarende forkortelse for «assigned male at birth», og brukes her, o.a.), er virkningen ved medisinsk behandling som følger:

GnRH hindrer spermatogenese (utvikling av sædceller, o.a.). Data peker på at avbrutt behandling fører til at spermatogenese kommer igang igjen, selv om dette kan ta minst tre måneder, og sannsynligvis lenger (Bertelloni et al., 2000). Videre bør den psykologiske byrden ved å bli reekspontert for testosteron tas med i betraktningen.

Anti-androgener og østrogen resulterer i nedsatt sædproduksjon (de Nie et al., 2020; Jindarak et al., 2018; Kent et al., 2018). Spermatogenese kan begynne igjen etter at lengre behandling med anti-androgener og østrogen avbrytes, men data på dette er begrenset (Adeleye et al., 2019; Alford et al., 2020; Schneider et al., 2017). Testikkelvolumet minsker som effekt av kjønnsbekreftende hormoner (Matoso et al., 2018). Sædkvaliteten hos transkvinner kan også påvirkes negativt av spesifikke livsstilmønstre, som sjelden masturbering, og at genitaliene holdes tett inntil kroppen (som ved bruk av trange plagg for å «tucke» (Betyr å gjemme penis mellom bena. Det kalles gjerne bare tucking. O.a.)) (Jung & Schuppe, 2007; Mieusset et al., 1985, 1987; Rodriguez-Wallberg, Häljestig et al., 2021).

#### Anbefaling 16.2

**Vi anbefaler at helsepersonell henviser TKN-personer som er interessert i fruktbarhetsbevaring til spesialister på det, for videre samtaler.**

Forskning viser at mange voksne TKN-personer ønsker biologiske barn (De Sutter et al., 2002; Defreyne, van Schuylenbergh et al., 2020; Wierckx, Van Caenegem et al., 2012), men det er fortsatt svært variende hvor ofte de gjennomfører FB, særlig de unge (< 5%–40%) (Brik et al., 2019; Chen et al., 2017; Chiniara et al.,

2019; Nahata et al., 2017; Segev-Becker et al., 2020). I en nylig surveyundersøkelse anerkjente mange unge at deres følelser rundt det å få et eget biologisk barn kan endre seg i framtiden (Strang, Jarin et al., 2018). Ufrivillig sterilisering er et brudd på menneskerettighetene (Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2015; Equality and Human Rights Commission, 2021; Meyer III et al., 2001), og på grunn av bedre holdninger i samfunnet, framgang på fertilitetsfeltet og bekreftende helsetjenester for TKN-personer, bør man støtte muligheter for biologisk forelderskap for TKN-personer som er i transisjon. På grunn av innflytelsen kliniske uttalelser kan ha på TKN-personers FB og avgjørelser om foreldreskap, bør alternativer for FB utforskes parallelt med muligheter som fosterhjem, adopsjon, foreldreskap med noen som har barn, og andre alternative måter å være forelder (Bartholomaeus & Riggs, 2019). TKN-pasienter som har blitt tilbudt denne typen diskusjon, og har blitt gitt muligheten til å gjennomgå prosedyrer for FB, har omtalt erfaringen som generelt positiv (Armuand, Dhejne et al., 2017; De Sutter et al., 2002; James-Abra et al., 2015).

I andre pasientpopulasjoner har henvisninger til fertilitetseksperter og formelle fertilitetsprogrammer vist seg å øke andelen FB og øke tilfredshet blant pasientene (Kelvin et al., 2016; Klosky, Anderson et al., 2017; Klosky, Wang et al., 2017; Shnorhavorian et al., 2012). Holdninger blant leger har blitt undersøkt, og nyere studier indikerer både en bevissthet og et ønske om å tilby fruktbarhetsrelatert informasjon til barn og deres familier (Armuand et al., 2020). Det har samtidig blitt identifisert barrierer, inkludert mangel på kunnskap, trygghet og ressurser (Armuand, Nilsson et al., 2017; Frederick et al., 2018). I så måte har det blitt belyst at det finnes et behov for opplæring blant helsepersonell, med fokus på

fruktbarhetsrådgivning og muligheter for FB, til alle risikoutsatte personer, på en fordomsfri måte (Armuand, Nilsson et al., 2017). Foreldres råd har også vist seg å ha betraktelig innflytelse på hvor mange ungdommer og unge menn med kreft som gjennomfører FB (Klosky, Flynn et al., 2017). Selv om det finnes klare kliniske forskjeller mellom disse populasjonene, kan funnene bidra til å informere hva som er beste praksis for rådgivning og henvisning til FB for TKN-personer.

### Anbefaling 16.3

**Vi anbefaler at team som ivaretar TKN-personer etablerer samarbeid med fertilitetsspesialister og fasiliteter for dette, for å bistå med spesifikk informasjon til rett tid, og fruktbarhetsbevaring, før de tilbyr medisinske og kirurgiske intervensjoner som kan påvirke fruktbarhet.**

Nedfrysing av sædceller og egg er etablerte teknikker for FB og kan tilbys både de som er AMAB og AFAB, når de er i puberteten, sent i puberteten og som voksne, respektivt, men helst før oppstart på GAHT (Hembree et al., 2017; Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2019). Nedfrysing av embryo kan tilbys til voksne (postpubertale) TKN-personer som ønsker seg barn og har en tilgjengelig partner. Den framtidige bruken av nedfrosne gameter er også avhengig av gameter og reproduktive organer hos den framtidige partneren (Fischer, 2021; Maxwell et al., 2017).

Selv om sædparametre har vist seg negativt påvirket når FB gjennomføres etter at GAHT igangsettes (Adeleye et al., 2019), har en liten studie vist at når behandlingen stoppes endres sædparametrene tilbake til sammenlignbare med TKN-personer som aldri har fått GAHT. Når det gjelder stimulering av eggstokker, hvor mange egg som overlever nedfrysing, og påfølgende bruk av eggene i in-vitro fertilisering (IVF), er det ingen grunn til å tro det vil være et annet resultat av assistert befruktning (ART) for TKN-personer enn det som oppnås blant cispersoner ved assistert befruktning – annet enn individuelle forstyrrende faktorer relatert til

infertilitet – når gametene er lagret før noen medisinsk behandling (Adeleye et al., 2019). Bruken av egg i assistert befruktning resulterte i lignende grad i vellykkede forsøk blant TKN-personer, når sammenlignet med kontrollerte, matchede ciskjønnede pasienter (Adeleye et al., 2019; Leung et al., 2019; Maxwell et al., 2017).

Selv om dette er etablerte muligheter, gjennomgår ikke mange TKN-personer FB prosedyrer, verken i tidlig eller sen pubertet, eller i voksen alder, (Nahata et al., 2017), og mange opplever utfordringer når de gjør det. Ikke bare er kostnad en hindring (særlig i regioner uten forsikringsdekning), men prosedyrene er ofte fysisk og følelsesmessig ubehagelig og mange uttrykker bekymringer rundt det å utsette transisjonsprosessen (Chen et al., 2017; De Sutter et al., 2002; Nahata et al., 2017; Wierckx, Stuyver et al., 2012). Spesielt for de som er AFAB har den invaderende oppfølgingen med vaginal ultralydundersøkelse etter stimulering av eggstokkene, og uthenting av egg (og psykisk ubehag/plager i den forbindelse), blitt referert til som en hindring (Armuand, Dhejne et al., 2017; Chen et al., 2017). Det er også mulighet for at unge mennesker som går gjennom en transisjon eventuelt ikke kan se for seg hva foreldreskap er, og derfor ganske sannsynlig sier nei til muligheten for FB på det tidspunktet – mens de som voksne kan ha andre meninger om foreldreskap (Cauffman & Steinberg, 2000). Reduksjon i kjønnsdysfori grunnet transisjon kan også påvirke avgjørelser om mulig FB (Nahata et al., 2017). Ettersom forskning viser at TKN-personers perspektiv på fruktbarhet kan endre seg over tid (Nahata et al., 2019; Strang, Jarin et al., 2018), bør FB muligheter diskuteres på stadig tilbakevendende basis.

#### Anbefaling 16.4

**Vi anbefaler at helsepersonell veileder TKN-ungdommer i pre- eller tidlig pubertet som etterspør kjønnsbekreftende behandling, og**

**deres familier, om at per i dag er forskningsbaserte muligheter for fruktbarhetsbevaring begrenset.**

For prepubertale og tidlig pubertale barn er FB mulighetene begrenset til oppbevaring av gonadevev. Selv om denne muligheten er tilgjengelig for TKN-barn på samme måte som for prepubertale og tidlig pubertale ciskjønnede barn som er kreftpasienter, finnes ingen forskningslitteratur som beskriver bruk av denne tilnærmingen i TKN-populasjonen. Autotransplantering av eggstokkvev har resultert i over 130 levende fødsler hos ciskvinner. De fleste av disse pasientene unnfaget naturlig uten teknikker for assistert befruktning (Donnez & Dolmans, 2015; Jadoul et al., 2017), og flertallet lagret sitt eggstokkvev enten som voksne eller i puberteten. Selv om retningslinjen til American Society for Reproductive Medicine nylig fjernet merkelappen eksperimentell fra nedfrysing av eggstokkvev (Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2019), finnes veldig få case studie rapporter som beskriver vellykket graviditet i en kvinne etter å ha autotransplantert eggstokkvev frosset før puberteten. Demeestere et al. (2015) og Rodriguez-Wallberg, Milenkovic et al. (2021) beskrev tilfeller av vellykkede graviditeter som følge av transplantasjoner av vev ved 14 års alder, og nylig beskrev Matthews et al. (2018) en case der en jente med diagnosen talassemi fikk eggstokkvev frosset og transplantert inn 14 år etter. Hun unnfanget i ettertid gjennom IVF og fødte et sunt barn.

Per i dag er autotransplantasjon den eneste framtidige kliniske nytten av oppbevart eggstokkvev, noe som kan være uønsket for en TKN-person som er AFAB (på grunn av de potensielt uønskede effektene av østrogen). En laboratorieprosedyre som kunne gjøre det mulig å modne egg, fra eggstokkvev, *in vitro*, ville være den ideelle framtidige bruken av eggstokkvev for TKN-personer. Denne teknikken blir nå utforsket og optimalisert, men så langt kun på grunnforskningsnivå (Ladanyi et al., 2017; Oktay et al., 2010).



Uthenting av testikkelvev fra prepubertale barn har blitt dokumentert som en lavrisikoprosedyre (Borgström et al., 2020; Ming et al., 2018). Noen artikkelforfattere har også beskrevet denne tilnærmingen som teoretisk mulighet for TKN-personer (De Roo et al., 2016; Martinez et al., 2017; Nahata, Curci et al., 2018). Like fullt er det ingen rapporter som beskriver den kliniske eller undersøkingsmessige nytten ved denne FB muligheten for TKN-pasienter. Det forblir uvisst om klinisk bruk av autotransplantasjon av testikkelvev for mennesker er gjennomførbart, og *in vitro* modningsteknikker er fremdeles kun aktuelt på grunnforskningsnivå. Derfor blir denne teknikken nå ansett av spesialister som eksperimentell (Picton et al., 2015). Muligheten for å oppbevare vev fra gonader bør diskuteres i forkant av enhver genitalkirurgi som resulterer i sterilisering, men sannsynligheten for mulig bruk av dette vevet må også adresseres.

#### Anbefaling 16.5

**Vi anbefaler at TKN-personer med livmor, som ønsker å gjennomføre graviditet, blir relevant ivaretatt for unnfangelse, og får prenatal rådgivning angående: bruk av og avbrutt kjønnsbekreftende hormonbehandling, helsetiltak som angår graviditet, veer og fødsel, støtte vedrørende amming, og støtte etter fødselen som lokale retningslinjer tilsier – på en kjønnsbekreftende måte.**

De fleste TKN-personer som er AFAB beholder livmor og eggstokker og kan derfor unnfange og gjennomføre en graviditet, også etter lang tids testosteronbruk (Light et al., 2014). Mange transmenn ønsker barn (Light et al., 2018; Wierckx, van Caenegem et al., 2012) og er villige til å gå gravide (Moseson, Fix, Hastings et al., 2021; Moseson, Fix, Ragosta et al., 2021). Assistert befruktning har for mange transmenn utvidet muligheten til å unnfange og oppfylle sine ønsker i henhold til sin familieplanlegging (De Roo et al.,

2017; Ellis et al., 2015; Maxwell et al., 2017). Noen transmenn rapporterer psykisk isolasjon, dysfori relatert til graviditet og brystendring, og depresjon (Charter, 2018; Ellis et al., 2015; Hoffkling et al., 2017; Obedin-Maliver & Makadon, 2016). Samtidig har noen studier rapportert visse positive erfaringer med graviditet også (Fischer, 2021; Light et al., 2014). Ansatte innen psykisk helse bør involveres for å gi støtte i denne prosessen, og det bør tilbys rådgivning som adresserer når en bør stoppe med, og gjenoppta, kjønnsbekreftende hormonbehandling, og hvilke fødsels- og ammemuligheter som er tilgjengelige (Hoffkling et al., 2017). Avslutningsvis, det bør implementeres intervensjoner på mellommenneskelig og systemmessig nivå for å sikre alle personorientert, reproduktiv helsehjelp (Hahn et al., 2019; Hoffkling et al., 2017; Moseson, Zazanis et al., 2020; Snowden et al., 2018).

Gitt de potensielt skadelige effektene av testosteron på et embryo som utvikler seg, er det anbefalt å avbryte testosteron eller annen maskuliniserende hormonbehandling før unnfangelse og gjennom hele graviditeten. Likevel er den optimale tiden ukjent, for både avbrudd før graviditet, og gjenopptak etter. Etersom det å abryte kjønnsbekreftende hormonbehandling kan forårsake ubehag/plager og forverre dysfori hos transmenn, bør når og hvordan diskuteres allerede i den prenatal rådgivningen (Hahn et al., 2019). Fordi vi mangler informasjon om varighet av testosteroeksposering og risiko for medikamentinduserte misdannelser, bør testosteronbruk avbrytes før forsøk på unnfangelse og før bruk av prevensjon avbrytes. Videre finnes det lite informasjon om helseutfall for barn født av transmenn. I små kasus-serier uten kontrollgruppe, som har forsøkt å evaluere dette spørsmålet, har man ikke kunnet vise noen negative fysiske eller psykososiale forskjeller mellom babyer født av transmenn og babyer i den generelle befolkningen (Chiland et al., 2013).

#### **Amming**



I de begrensede studiene som evaluerer laktasjon (melkedannelse, o.a.) og amming, lyktes majoriteten av de TKN-personene som er AFAB som valgte å amme etter fødselen; forskning peker på at indusering av laktasjon kan delvis avhenge av rådgivning før unnfangelse og støtte til amming fra erfaren sykepleier (MacDonald et al., 2016; Wolfe-Roubatis & Spatz, 2015). Spesifikt bør TKN-personer som bruker testosteron informeres om at 1) selv om mengden er liten vil testosteron bli overført i melken, og 2) innvirkningen det har på det nyfødte barnet er ukjent, og derfor er det ikke anbefalt med testosteron mens man ennå ammer, men man kan begynne på det igjen etter man har sluttet å amme (Glaser et al., 2009). TKN-personer som er AFAB bør gjøres klar over at noen pasienter som er gravide kan oppleve uønsket brystvekst og laktasjon selv etter rekonstruktiv kirurgi, og bør derfor støttes hvis de ønsker å undertrykke laktasjon (MacDonald et al., 2016).

Det finnes også begrenset med informasjon om laktasjon hos TKN-personer som er AMAB, men mange uttrykker også ønske om å amme. Det finnes en case-rapport om en transkvinne som lyktes i å produsere melk og amme sin baby etter hormonbehandling ved bruk av en kombinasjon av østrogen, progesteron, domperidon og brystpumpe (Reisman & Goldstein, 2018), men melkens næringsmessige og immunologiske profil under disse forholdene har ikke blitt studert. Derfor må pasienter informeres om risikoene og fordelene ved denne tilnærmingen til mating (Reisman & Goldstein, 2018).

#### Anbefaling 16.6

**Vi anbefaler at helsepersonell diskuterer prevensjon med TKN-personer som er seksuelt aktive på måter som kan føre til graviditet.**

Det kan være mange TKN-personer som beholder sin reproduktive kapasitet, og de (hvis de beholder livmor, eggstokker og eggledere) eller deres seksualpartnere (for sædproduserende personer) kan oppleve graviditeter som ikke var planlagte (James et al., 2016; Light et al., 2014; Moseson, Fix et al., 2020). Derfor bør rådgivning rundt familieplanlegging, prevensjon og abort ta høyde for utvidete rammer/opplevelser av kjønn/kropp (Klein, Berry-Bibee et al., 2018; Obedin-Maliver, 2015; Stroumsa & Wu, 2018). Noen TKN-personer som er AFAB lar være å bruke prevensjon, basert på den failaktige antagelsen at testosteron fungerer pålitelig som prevensjon (Abern & Maguire, 2018; Ingraham et al., 2018; Jones, Wood et al., 2017; Potter et al., 2015). Like fullt tilsier nyere forståelse at testosteron ikke bør anses som pålitelig prevensjon fordi det ikke fullstendig undertrykker hypothalamus-hypofyse-gonade-aksen (Krempasky et al., 2020). Videre, det har forekommet graviditeter hos personer uten menstruasjon på grunn av testosteronbruk, en tilstand som kan vare lenger enn periodene de aktivt tar testosteron (Light et al., 2014). Graviditet kan også forekomme etter langtids bruk av testosteron (minst opp til 10 år), selv om effekten på egg og grunnleggende fruktbarhet er ukjent (Light et al., 2014).

TKN-personer som er AFAB kan bruke forskjellige typer prevensjon (Abern & Maguire, 2018; Bentsianov et al., 2018; Bonnington et al., 2020; Chrisler et al., 2016; Cipres et al., 2017; Jones, Wood et al., 2017; Krempasky et al., 2020; Light et al., 2018). Disse metodene kan brukes eksplisitt for å unngå graviditet, for å hindre menstruasjon, for unormalt blødningsmønster, eller andre gynekologiske behov (Bonnington et al., 2020; Chrisler et al., 2016; Krempasky et al., 2020; Schwartz et al., 2019). Det er veldig store hull i forskning som angår prevensjon for denne populasjonen. Ingen studier har undersøkt hvordan bruk av eksogene androgener (f.eks. testosteron) kan endre effektiviteten eller tryggheten ved bruk av hormonelle prevensjonsmidler (f.eks. kombinert østrogen og gestagener, eller kun gestagener) eller ikke-

hormonelle- eller barrieremetoder for prevensjon (f.eks., interne og eksterne kondomer, ikke-hormonelle spiraler, pessar, svamper, etc.).

TKN-personer med penis og testikler kan ha seksuell omgang med personer med livmor, eggstokker og eggledere av hvilket som helst kjønn. TKN-personer med penis og testikler kan produsere sæd selv når de tar kjønnsbekreftende hormoner (som østrogen), og selv om sædparametrene reduseres blant de som har brukt eller bruker kjønnsbekreftende hormoner, skjer ikke fullstendig azoospermi (ingen sædcelleproduksjon, o.a.), og sædaktiviteten er ikke fullstendig undertrykket (Adeleye et al., 2019; Jindarak et al., 2018; Kent et al., 2018). Om man vil unngå graviditet ved seksuell penis-i-vagina aktivitet mellom én med penis og testikler, og én med livmor, eggstokker og eggledere, må derfor prevensjon vurderes – uansett om en av dem tar kjønnsbekreftende hormoner. Per idag er prevensjon som er tilgjengelig for den sædproduserende parten primært barrieremetoder (som eksterne og interne kondomer), permanent sterilisering (altså vasektomi (fjerne litt av sædstrengene, o.a.)), og kjønnsbekreftende kirurgi (f.eks., orkiektomi (fjerning av testikler, o.a.), som også resulterer i sterilisering). Det anbefales prevensjonsrådgivning som tar i betraktning sædproduksjon, eggproduksjon og partnere med graviditetspotensiale (der det er relevant).

#### Anbefaling 16.7

**Vi anbefaler at helsepersonell som tilbyr måter å avbryte graviditet, forsikrer at tjenestene fungerer kjønnsbekreftende og inkluderer bistand til TKN-personer.**

Det har blitt rapportert om ikke planlagte graviditeter og aborter blant TKN-personer med livmor (Abern & Maguire, 2018; Light et al., 2014; Light et al., 2018; Moseson, Fix et

al., 2020), og dokumentert i surveyundersøkelser i klinikker som tilbyr abort (Jones et al., 2020). Like fullt, det mangler populasjonsbasert, epidemiologisk forskning på gjennomføring av abort, og erfaringer og preferanser blant TKN-personer som er AFAB som tar abort (Fix et al., 2020; Moseson, Fix et al., 2020; Moseson, Lunn et al., 2020). Uansett, gitt at kapasitet for graviditet finnes blant mange TKN-personer, og graviditetene ikke nødvendigvis er planlagte eller ønskede, er det nødvendig med tilgang til kjønnsbekreftende medisinske og kirurgiske abortprosedyrer.

## KAPITTEL 17 Seksuell helse

Seksuell helse har dyptgripende innvirkning på fysisk og psykisk trivsel og velvære, uansett kroppslig kjønnskategori tillagt ved fødsel, kjønnsidentitet eller seksuell orientering. Like fullt, stigma tilknyttet kroppslig kjønnskategori tillagt ved fødsel, kjønnsidentitet og seksuell orientering har innvirkning på en persons muligheter til å leve ut sin seksualitet og til å bli hensiktsmessig ivarettatt når det gjelder seksuell helse. Det er sånn i de fleste samfunn at cisnormativitet og heteronormativitet innebærer en antagelse om at alle mennesker er ciskjønnede og heterofile (Bauer et al., 2009) og at denne kombinasjonen er overlegen alle andre kjønnsidentiteter og seksuelle orienteringer (Nieder, Güldenring et al., 2020; Rider, Vencill et al., 2019). Hetero-cisnormativitet benekter den kompleksiteten som kjønnsidentitet, seksuell orientering og seksualitet innebærer, og tilsidesetter både mangfold og flyt/endring. Dette er spesielt viktig fordi blant TKN-personer er seksuelle identiteter, orienteringer og praksiser karakterisert av enorm variasjon (Galupo et al., 2016; Jessen et al., 2021; Thurston & Allan, 2018; T'Sjoen et al., 2020). Og videre er det slik at en sterk tverrkulturell tendens til allonormativitet, antagelsen om at alle opplever seksuell tiltrekning eller interesse i seksuell aktivitet, undergraver TKN-personers ulike erfaringer, spesielt for de innenfor et aseksuelt spektrum (McInroy et al., 2021; Mollet, 2021; Rothblum et al., 2020).

Verdens helseorganisasjon (WHO, 2010) understreker at seksuell helse avhenger av respekt for alle menneskers seksuelle helse, inkludert retten til å uttrykke ulike seksualiteter og bli behandlet med respekt – på måter som innebærer trygghet og frihet fra diskriminering og vold. Diskurser som angår seksuell helse har fokusert på agentskap og kroppslig autonomi, som inkluderer samtykke, seksuell tilfredsstillelse, partnerskap og familieliv

(Cornwall & Jolly, 2006; Lindley et al., 2021). I så måte definerer Verdens helseorganisasjon seksuell helse som «en tilstand av fysisk, følelsesmessig, psykisk og sosialt velvære som angår seksualitet, og ikke bare fravær av sykdom, dysfunksjon eller svakelighet. Seksuell helse krever en positiv og respektfull tilnærming til seksualitet og seksuelle relasjoner, samt muligheten til å ha seksuelle erfaringer preget av nytelse og trygghet, uten tvang, diskriminering og vold. For at seksuell helse skal oppnås og vedlikeholdes må alles seksuelle rettigheter respekteres, beskyttes og oppfylles» (WHO, 2006, p. 5). Dette inkluderer mennesker på det aseksuelle spekteret som eventuelt ikke opplever seksuell tiltrekning til andre, men likevel velger å være seksuelle iblant (f.eks. ved masturbasjon) og/eller er interesserte i å ha romantiske relasjoner (de Oliveira et al., 2021).

Forskningsmessig oppmerksomhet på seksuelle erfaringer og praksiser blant TKN-personer har økt i de senere år (Gieles et al., 2022; Holmberg et al., 2019; Klein & Gorzalka, 2009; Kloer et al., 2021; Mattawanon et al., 2021; Stephenson et al., 2017; Tirapegui et al., 2020; Thurston & Allan, 2018). Denne utvidelsen innen forskningslitteraturen reflekterer et sexpositivt rammeverk (Harden, 2014), et som anerkjenner både de positive aspektene, som seksuell nytelse (Laan et al., 2021), og de potensielle risikoene forbundet med seksualitet (Goldhammer et al., 2022; Mujugira et al., 2021). Like fullt, studier av TKN-personers seksualitet mangler ofte begrepsvaliditet, hensiktsmessig kontrollgruppe eller et prospektivt design (Holmberg et al., 2019). Videre fokuserer de fleste studiene eksklusivt på seksuell funksjon (Kennis et al., 2022) og ser bort fra seksuell tilfredsstillelse utover funksjonalitet. Dagens TKN-relaterte medisinske behandlinger har varierte effekter på seksualitet (Özer et al., 2022; T'Sjoen et al.,

2020) og det har vært gjort lite forskning på TKN-ungdommers seksualitet (Bungener et al., 2017; Maheux et al., 2021; Ristori et al., 2021; Stübler & Becker-Hebly, 2019; Warwick et al., 2022). Selv om det har blitt foreslått sexpositive tilnærminger til rådgivning og behandling for seksuelle vanskeligheter blant TKN-personer (Fielding, 2021; Jacobson et al., 2019; Richards, 2021) finnes det så langt ikke tilstrekkelig forskning på effektiviteten av slike intervensjoner. Med fokus på å fremme seksuell helse framholder World Association for Sexual Health (WAS) viktigheten av seksuell nytelse, og vurderer følgende aspekter som sentrale for å muliggjøre dette: selvbestemmelse, samtykke, sikkerhet, privatliv, selvtillit og muligheten til kommunikasjon og forhandling av seksuelle relasjoner (Kismödi et al., 2017). WAS framholder at seksuell nytelse er vesentlig for seksuelle rettigheter og menneskerettigheter (Kismödi et al., 2017). For å bidra til TKN-personers seksuelle helse må helsepersonell ha både TKN-relatert ekspertise og sensitivitet (Nieder, Güldenring et al., 2020). Med mål om å heve ivaretagelsen av seksuell helse blant TKN-personer til et nivå som er etisk gjennomtenkt, evidensbasert og av høy kvalitet, må helsepersonell ivareta med den samme omsorg (altså med TKN-relatert ekspertise), respekt (altså med TKN-relatert sensitivitet) og fokus på seksuell nytelse og tilfredsstillelse som de gjør med cispersoner (Holmberg et al., 2019).

I mange samfunn kan normbrytende kjønnsuttrykk føre til sterke (følelsesmessige) reaksjoner, også blant helsepersonell. Når helsepersonell initierer helserelatert kontakt eller etablerer en terapeutisk relasjon, er det derfor størst sannsynlighet for at de får til å gjøre det på en fordomsfri, åpen og innbydende måte hvis de reflekterer på de følelsesmessige, kognitive og samspillsreaksjonene de har overfor vedkommende (Nieder,

Güldenring et al., 2020). Videre handler TKN-relatert ekspertise om å kunne identifisere effekten TKN-personens interseksjonelle identiteter, og erfaringer med marginalisering og stigma, kan ha hatt på dem, totalt sett (Rider, Vencill et al., 2019). For å kunne tilstrekkelig adressere TKN-personers spesifikke fysiske, psykiske og sosiale situasjoner må helsepersonell vær klar over at disse forholdene generelt blir oversett som konsekvens av heterocisnormativitet og mangel på kunnskap og evner (Rees et al., 2021). Det er også viktig å vurdere kulturelle seksualitetsnormer. For eksempel er det sånn i noen afrikanske kulturer at forestillingen om sex som noe tabu begrenser antallet akseptable begreper en kan bruke når en skal registrere en seksuell historie (Netshandama et al., 2017). Kulturelt respektfullt språk kan muliggjøre åpne samtaler om seksualitet og redusere ambivalens og skam (Duby et al., 2016). I tillegg må helsepersonell være bevisste på hvordan seksuell identitet og orientering historisk sett har spilt en sentral rolle i en gatekeeping-funksjon, der mange TKN-personer har blitt ekskludert fra tilgang til kjønnsbekreftende behandling (Nieder & Richter-Appelt, 2011; Richards et al., 2014). De følgende anbefalingene sikter på å bedre ivaretagelsen av seksuell helse for TKN-personer.

Alle anbefalingene i dette kapittelet er basert på en grundig gjennomgang av evidens, vurdering av fordeler og skadevirkninger, verdier og preferanser blant helsepersonell og pasienter, og ressursbruk og gjennomførbarhet. I noen tilfeller anerkjenner vi at evidens er begrenset og/eller at tjenester eventuelt ikke er tilgjengelige eller ønskelige.



### **Anbefalinger**

17.1- Vi anbefaler at helsepersonell som ivaretar trans- og kjønnsnormbrytende personer tilegner seg hensiktsmessig kunnskap og evner til å adressere tematikk og behov som angår seksuell helse (det som er relevant for hva eget felt skal tilby).

17.2- Vi anbefaler at helsepersonell som ivaretar trans- og kjønnsnormbrytende personer diskuterer innvirkning kjønnsbekreftende behandlinger har på seksuell funksjon, nytelse og tilfredsstillelse.

17.3- Vi anbefaler at helsepersonell som ivaretar trans- og kjønnsnormbrytende personer tilbyr mulighet til å inkludere partner/e i seksualitetsrelatert ivaretagelse, hvis dette er hensiktsmessig.

17.4- Vi anbefaler at helsepersonell veileder trans- og kjønnsnormbrytende personer angående den potensielle effekten stigma og traumer har på risikofylt seksuell adferd, unngåelse av sex, og seksuell funksjon.

17.5- Vi anbefaler at alt helsepersonell som tilbyr behandling med mulig innvirkning på seksuell helse gir informasjon, spør om forventningene den trans-/kjønnsnormbrytende personen har, og vurderer vedkommendes nivå av forståelse for mulige endringer.

17.6.- Vi anbefaler at helsepersonell som ivaretar trans- og kjønnsnormbrytende personer veileder ungdommer og voksne om forebygging av seksuelt overførbare infeksjoner.

17.7- Vi anbefaler at helsepersonell som ivaretar trans- og kjønnsnormbrytende personer følger retningslinjer, både lokale og de fra Verdens helseorganisasjon, når det gjelder screening, forebygging og behandling av humant immunsviktvirus/seksuelt overførbare infeksjoner (HIV/SOI).

17.8- Vi anbefaler at helsepersonell som ivaretar trans- og kjønnsnormbrytende personer adresserer bekymringer for potensielle interaksjoner mellom antiretrovirale medikamenter og hormoner.

### Anbefaling 17.1

**Vi anbefaler at helsepersonell som ivaretar TKN-personer tilegner seg hensiktsmessig kunnskap og evner til å adressere tematikk og behov som angår seksuell helse (det som er relevant for hva eget felt skal tilby).**

Det er viktig at helsepersonell som adresserer TKN-personers seksuelle helse er godt kjent med den oftest brukte terminologien (se Kapittel 1 – Terminologi) og oppfordrer de som oppsøker ivaretagelse til å forklare ord de selv eventuelt ikke kjenner til. I denne sammenhengen er det også viktig at helsepersonell er innstilt på å ta en seksuell historie og tilby behandling (som egen kompetanse tilsier) på en kjønnsbekreftende måte og med en sexpositiv tilnærming (Centers for Disease Control, 2020; Tomson et al., 2021). Uansett bør helsepersonell tillegge terminologien TKN-personen bruker om sin egen kropp større vekt enn mer tradisjonelt akseptert eller brukt medisinsk terminologi (Wesp, 2016). Når man snakker om seksuelle praksiser er det anbefalt å fokusere på kroppsdeler (f.eks., «Har du sex med folk med penis, folk med vagina, eller begge deler?»; ACON, 2022) og hvilken rolle de har

i deres seksualitet (f.eks., «Når du har sex, er det noen del av din kropp som går inn i din partners kropp, som i deres kjønnsorganer, anus eller munn?»; ACON, 2022).

### Anbefaling 17.2

**Vi anbefaler at helsepersonell som ivaretar TKN-personer diskuterer innvirkning kjønnsbekreftende behandlinger har på seksuell funksjon, nytelse og tilfredsstillelse.**

For å lykkes med å ivareta på en kjønnsbekreftende måte er det essensielt at helsepersonell som tilbyr transisjonsrelaterte medisinske intervensjoner er tilstrekkelig informerte om de mulige effektene på seksuell funksjon, nytelse og tilfredsstillelse (T'Sjoen et al., 2020). Ettersom kliniske data indikerer at TKN-personer skårer signifikant lavere på seksuell nytelse sammenlignet med cispersoner, er dette ekstra viktig (Gieles et al., 2022). Hvis helsepersonell ikke kan tilby informasjon om effektene av sin behandling på seksuell funksjon, nytelse og tilfredsstillelse forventes de, som et minimum, å henvise pasienten noen kvalifisert til å tilby det. Hvis seksualitetsrelaterte effekter av deres behandling er ukjent, bør helsepersonell informere pasientene om det. Som introdusert over, utfordrer TKN-personers seksualitet ofte heteronormative syn. Det finnes uansett en stor



mengde litteratur (e.g., Bauer, 2018; Laube et al., 2020; Hamm & Nieder, 2021; Stephenson et al., 2017) som understreker spekteret av seksualitet som ikke møter forventninger om hva mannlig og kvinnelig seksualitet innebærer (verken cis eller trans), for ikke å snakke om andre kjønnsnormbrytere (f.eks. ikke-binære, ikke-kjønn, genderqueer (i anglifisert bruk på norsk, særlig fra tidlig 2000-tall til noe ut på 2010-tallet, o.a.)). Derfor bør disse aspektene grundig vurderes, ettersom cismatilitet, heteronormativitet og transisjonsrelaterte medisinske intervensjoner alle har stor innvirkning på seksuell helse.

Det er godt dokumentert at seksuell nytelse utgjør en faktor i forbedringen av seksuell, psykisk og fysisk helse (Anderson, 2013). Helsepersonell som ivaretar noens seksuelle helse må peke på seksuell nytelse og tilfredsstillelse som nøkkelfaktorer innen seksuell helse på lik linje med seksuell funksjon. Historisk sett har seksuell helse vær sykdomsfokusert, og dette er spesielt sant når det gjelder forskning og klinisk praksis i arbeid med TKN-pasienter. Selv om kompetent ivaretagelse av seksuell helse med hensyn til HIV og SOI er nødvendig, er det også nødvendig å integrere verdien av seksuell nytelse blant TKN-personer. Oppfordringer om å integrere seksuell nytelse som fokus i utdanning og intervensjoner for SOI-forebygging baserer seg på forståelsen om at nytelse er en motiverende faktor for adferd (Philpott et al., 2006). TKN-personer er opptatt av sin seksuelle nytelse, og trenger helsepersonell som har kunnskap om mangfoldet av seksuelle praksiser og om anatomisk funksjon som er spesifikk for helsemessig ivaretagelse av TKN-personer.

### Anbefaling 17.3

**Vi anbefaler at helsepersonell som ivaretar TKN-personer tilbyr mulighet til å inkludere partner/e i seksualitetsrelatert**

**ivaretagelse, hvis dette er hensiktsmessig.**

Når det er hensiktsmessig og relevant for kliniske temaer som skal tas opp, kan det øke TKN-pasientens seksuelle trivsel og velvære om seksuell(e) og/eller romantisk(e) partner(e) inkluderes i avgjørelsesprosesser som angår seksuell helse (Kleinplatz, 2012). TKN-personer kan velge blant et utvalg av transisjonsrelaterte medisinske intervensjoner og disse kan medføre blandede utfall i skiftende opplevelser av anatomisk dysfori (Bauer & Hammond, 2015). Når man skal diskutere innvirkning av medisinske intervensjoner på seksuell funksjon, nytelse og tilfredsstillelse, kan inkludering av partner(e) øke kunnskap om potensielle endringer og oppfordre til kommunikasjon mellom partnene (Dierckx et al., 2019). Fordi transisjonsprosessen ofte ikke gjøres helt alene, kan inkluderingen av seksuelle og/eller romantiske partnere i transisjonsrelatert ivaretagelse muliggjøre «samtransisjonering» (Lindley et al., 2020; Siboni et al., 2022; Theron & Collier, 2013), og kan støtte seksuell modning og tilpasning både i personen selv og i forholdet. Sosiale og psykologiske hindringer for seksuell funksjon og nytelse, inkludert kjønnsdysfori, stigmatisering, mangel på seksuelle og relasjonsmessige rollemodeller, og begrensede evner, kan virke negativt inn på den generelle seksuelle helsen (Kerckhof et al., 2019). Støttende og kjønnsbekreftende seksuell kommunikasjon mellom partnere øker nivået av seksuell tilfredsstillelse blant TKN-personer (Stephenson et al., 2017; Wierckx, Elaut et al., 2011).

Inkludering av seksuelle og/eller romantiske partnere gir ytterligere muligheter til å etablere realistiske forventninger, formidle nyttig og presis informasjon, og muliggjøre kjønnsbekreftende, positiv kommunikasjon relatert til seksuell helse. Det er dog viktig å anerkjenne at individuelle valg relatert til kjønns-helse og transisjon er pasienten sine, og ikke partnerens avgjørelser. Det er viktig at inkludering av partner i spørsmål om seksuell helse bare skjer når dette er hensiktsmessig og ønsket av

pasienten. Kontraindikasjoner kan inkludere en mellommenneskelig dynamikk som er mishandlende eller voldelig, og i såfall er pasientens sikkerhet viktigere enn å involvere en partner. Til slutt er det viktig at helsepersonell behandler alle på en bekreftende og inkluderende måte, inkludert seksuelle og romantiske partnere. Dette innebærer for eksempel å adressere og vurdere egne potensielle antagelser og fordommer om kjønn og seksualitet hos pasientens partner(e) eller om pasientens type relasjon.

#### Anbefaling 17.4

**Vi anbefaler at helsepersonell veileder TKN-personer angående den potensielle effekten stigma og traumer har på risikofylt seksuell adferd, unngåelse av sex, og seksuell funksjon.**

TKN-populasjonen er uforholdsmessig påvirket av stigma, diskriminering og vold (de Vries et al., 2020; European Union Agency for Fundamental Rights, 2020; McLachlan, 2019). Disse erfaringene er ofte traumatiske (Burnes et al., 2016; Mizock & Lewis, 2008) og kan skape hindringer for seksuell helse, funksjon og nytelse (Bauer & Hammond, 2015). For eksempel kan stigmatiserende narrativer om TKN-seksualiteter øke dysfori og seksuell skam, og øke potensialet for unngåelse av seksuell kommunikasjon, noe som er nødvendig for sikkerhet og optimalisering av nytelse (Stephenson et al., 2017). Forskning peker på at stigma, en historie med seksuell vold, og vanskeligheter med kroppsbildet, kan ha negativ innvirkning på seksuell selvtillit og agentskap – for eksempel evnen til å erklære hva som gir nytelse og til å kreve kondombruk (Clements-Nolle et al., 2008; Dharma et al., 2019). I tillegg kan kjønnsdysfori være forsterket av tidligere traumatiske opplevelser og stadig pågående traumerelaterte symptomer (Giovanardi et al., 2018). Det kan være vanskelig for noen TKN-personer å involvere kjønnsorganene de ble født med på seksuelle måter, og de kan velge å unngå

slik stimulering helt, noe som forstyrrer terning og/eller mulighet for å oppnå orgasme (Anzani et al., 2021; Bauer & Hammond, 2015; Iantaffi & Bockting, 2011) eller resulterer i komplekse følelser vedrørende orgasme (Chadwick et al., 2019). Helsepersonell som gir kjønnsbekreftende rådgivning og intervensjoner må ha kunnskap om spekteret av seksuelle orienteringer og identiteter (inkludert aseksuelle identiteter og praksiser) for å unngå antagelser om heteronormative, cisnormative og allonormative former for adferd eller tilfredsstillelse, samtidig som at de anerkjenner den potensielle effekten av stigma og traumer på seksuell helse og nytelse (Nieder, Gùldenring et al., 2020). Det kan til tider foregå noen grad av frakopling eller dissosiering, spesielt i tilfeller med akutte traumesymptomer (Colizzi et al., 2015). Det er viktig at helsepersonell er klar over disse potensielle effektene på seksuell helse, funksjon, nytelse og tilfredsstillelse, så de ved behov kan henvise pasienter til traumeinformerte rådgivere på seksuell helse / sexologer, ansatte innen psykisk helse, eller begge deler. Disse kan være av videre nytte og kan normalisere og validere TKN-pasienters utforskning av flere mulige måter å jobbe seg gjennom traumeresponser, veier til seksuell helse, og flere måter å oppleve seksuell nytelse.

#### Anbefaling 17.5

**Vi anbefaler at alt helsepersonell som tilbyr behandling med mulig innvirkning på seksuell helse gir informasjon, spør om forventningene TKN-personen har, og vurderer vedkommendes nivå av forståelse for mulige endringer.**

Transisjonsrelatert ivaretagelse kan virke inn på seksuell funksjon, nytelse og tilfredsstillelse på både positive og negative måter (Holmberg et al., 2018; Kerckhof et al., 2019; Thurston & Allan, 2018; Tirapegui et al., 2020). På den positive siden kan kjønnsbekreftende ivaretagelse bidra til å forbedre TKN-personers seksuelle funksjon og øke deres seksuelle nytelse og grad av tilfredsstillelse (Kloer et al., 2021; Özer et al., 2022; T'Sjoen et al., 2020). På den negative siden indikerer derimot data at det forekommer

problematiske konsekvenser av hormonelle og kirurgiske intervensjoner (Holmberg et al., 2018; Kerckhof et al., 2019; Stephenson et al., 2017; Weyers et al., 2009). Transisjonsrelaterte hormoner kan innvirke på humør, seksuelt begjær, evnen til ereksjon og ejakulasjon, og tilstanden til det genitale vevet, som igjen kan innvirke på seksuell funksjon, nytelse og uttrykk for seksualitet (Defreyne, Elaut et al., 2020; Garcia & Zaliznyak, 2020; Kerckhof et al., 2019; Klein & Gorzalka, 2009; Wierckx, Elaut et al., 2014). TKN-personer som ønsker å bruke sin originale genitalanatomi til penetrerende sex kan med fordel bruke medikamenter som imøtekommer hormonbehandlingens bivirkninger for seksuell helse, som erektil dysfunksjon, medikamenter for TKN-personer som tar østrogen eller antiandrogener, og lokal østrogenbehandling og/eller fuktgivende midler for TKN-personer som opplever vaginalatrofi eller tørrhet på grunn av testosteronbruk.

Seksuelt begjær, tenning og seksuell funksjon kan også påvirkes av bruken av psykotropiske stoffer (Montejo et al., 2015). Noen TKN-personer foreskrives medikamenter for depresjon (Heylens, Elaut et al., 2014), angst (Millet et al., 2017) eller andre utfordringer ved psykisk helse, og de potensielle bivirkningene for seksuell helse (Dhejne et al., 2016) bør tas i betraktning.

Mange typer kjønnsbekreftende kirurgi kan ha betraktelig innvirkning på erogen følsomhet, seksuelt begjær og tenning, og seksuell funksjon og nytelse. Virkingen av disse endringene kan være blandet (Holmberg et al., 2018). Kirurgi på brystet (brystreduksjon, mastektomi (fjerning av bryster, o.a.), og forstørrelse av bryster) og kirurgisk kroppsforming, for eksempel, kan gi ønskede endringer i form og uttrykk og dermed redusere psykisk ubehag/plager som kan forstyrre seksuell funksjon, men kan på en annen side påvirke erogen følsomhet

negativt (Bekeny et al., 2020; Claes et al., 2018; Rochlin et al., 2020). Spesifikt kan former for genitalkirurgi innvirke på seksuell funksjon og glede på negative måter, selv om kirurgien sannsynligvis oppleves som positiv fordi pasientens kropp samsvarer mer med opplevd kjønn, noe som potensielt åpner for nye måter å oppnå seksuell glede og tilfredsstillelse (Hess et al., 2018; Holmberg et al., 2018; Kerckhof et al., 2019).

Det finnes mange eksempler på dette i forskningslitteraturen:

- Kirurgi kan resultere i en reduksjon, eller en mulig økning, i erogen stimulering og/eller opplevd følsomhet sammenlignet med pasientens anatomi før kirurgien ble gjennomført (Garcia, 2018; Sigurjónsson et al., 2017).
- Et spesifikt kirurgisk alternativ kan være forbundet med spesifikke begrensninger i seksuell funksjon som kan manifestere seg umiddelbart, i framtiden, eller begge deler. Når pasienten vurderer forskjellige kirurgiske alternativer bør vedkommende ta dette i betraktning (Frey et al., 2016; Garcia, 2018; Isaacson et al., 2017).
- Postoperative komplikasjoner kan påvirke seksuell funksjon på negative måter enten ved å redusere kvaliteten av den (f.eks. ubehag eller smerte ved seksuell aktivitet) eller ved å utelukke tilfredsstillende/fungerende samleie (Kerckhof et al., 2019; Schardein et al., 2019).

Generelt er graden av fornøydhet med enhver form for medisinsk behandling sterkt preget av pasientens forventninger (Padilla et al., 2019). Videre, når pasienten har urealistiske forventninger før behandlingen er det mye mer sannsynlig at de blir misfornøyd med resultatet, med ivaretagelsen de har opplevd, og helsepersonell som har vært involvert (Padilla et al., 2019). Derfor er det både viktig å sørge for at pasienten har tilstrekkelig informasjon om behandlingsmulighetene, og å forstå og vurdere hva som er viktig for pasienten når det gjelder resultater (Garcia, 2021). Til slutt er det vesentlig at helsepersonell forsikrer seg om at pasienten

forstår potensielt negative konsekvenser av behandling på deres seksuelle funksjon og nytelse så de kan ta en velinformert avgjørelse. Dette er relevant både for å møte kravene til informert samtykke (altså diskusjon og forståelse) og for å sannsynliggjøre videre oppklaring for pasienter og, om ønskelig, deres partnere (Glaser et al., 2020).

#### Anbefaling 17.6

**Vi anbefaler at helsepersonell som ivaretar TKN-personer veileder ungdommer og voksne om forebygging av seksuelt overførbare infeksjoner.**

Verdens helseorganisasjon (WHO, 2015) anbefaler at de som jobber med primærhelse implementerer kortfattet seksualitetsrelatert informasjon til alle ungdommer og voksne. I så måte kan TKN-personer som er seksuelt aktive dra nytte av seksualitetsrelatert kommunikasjon eller rådgivning som sikter på forebygging av HIV/SOI. Disse samtalen er spesielt viktige fordi TKN-personer som gruppe i uforholdsmessig stor grad er utsatt for humant immunsviktvirus (HIV) og andre seksuelt overførbare infeksjoner (SOI), relativt til cispersoner (Baral et al., 2013; Becasen et al., 2018; Poteat et al., 2016). Riktig nok finnes lite data på SOI som ikke er HIV, som klamydia, gonoré, syfilis, viral hepatitt og herpes simplex-virus (Tomson et al., 2021). Det har blitt estimert, av The United Nations Joint Programme on HIV/AIDS, at det er tolv ganger så sannsynlig at transkvinner lever med HIV som at andre voksne gjør det (UNAIDS, 2019). I en metaanalyse gjennomførte de en vektet sammenstilling av prevalenstall og estimert en samlet global HIV-prevalens på 19% blant transkvinner som har sex med menn (Baral et al., 2013). HIV/SOI-risiko er konsentrert i undergrupper av TKN-populasjonen, der det er større sårbarhet på biologiske, psykologiske, mellommenneskelige og strukturelle

områder. Spesielt ser vi at transfeminine personer som har sex med cismenn, som tilhører rasemessige/etniske minoritetsgrupper, lever i fattigdom og selger sex for å overleve har forhøyet risiko for HIV/SOI (Becasen et al., 2018; Poteat et al., 2015; Poteat et al., 2016). Det finnes mindre kunnskap om HIV/SOI-risiko blant transmenn og andre kjønnsnormbrytere som er AFAB (En forkortelse for «assigned female at birth», og brukes noe i Norge; det finnes ikke tilsvarende på norsk. Derfor brukes den engelske her, i oversatt tekst. O.a.). Små studier i høyinntektsland indikerer laboratoriebekreftet HIV-prevalens på 0-4% blant transmaskuline personer (Becasen et al., 2018; Reisner & Murchison, 2016). Det finnes nesten ingen forskning på transmaskuline personer som har sex med cismenn i land med høy HIV-prevalens. Til tross for begrenset epidemiologisk data, rapporterer ofte transmaskuline personer som har sex med cismenn HIV/SOI-risiko som mottagende part i vaginal eller anal sex (Golub et al., 2019; Reisner et al., 2019; Scheim et al., 2017) og kan være mer utsatt for HIV-smitte ved vaginalt samleie enn ciskvinner (før overgangsalder) på grunn av hormonrelatert vaginalatrofi.

Helsepersonell bør supplere generelle retningslinjer ved å utvikle kunnskap og evner som trengs for å diskutere seksuell helse med TKN-personer, som blant annet bruk av kjønnsbekreftende språk (se Anbefaling 17.1 i dette kapittelet). Det er viktig at helsepersonell ikke gjør antagelser om HIV/SOI-risiko kun basert på en pasients kjønnsidentitet eller anatomi. For eksempel er det mange TKN-personer som ikke er seksuelt aktive, og TKN-personer kan eventuelt bruke proteser eller sexleker. For å kunne gi hensiktsmessig rådgivning bør helsepersonell spørre om de spesifikke seksuelle aktivitetene TKN-personer involverer seg i, og kroppsdelene (eller protesene) som er involvert i de aktivitetene (ACON, 2022). Helsepersonell som er godt forberedt (inkludert, men ikke begrenset til ansatte innen psykisk helse) kan også gi mer grundig veiledning til sine pasienter, og adressere de underliggende årsakene til HIV/SOI-risiko (se Anbefaling 17.3 i dette



kapittelet).

I alle tilfeller bør helsepersonell være følsomme når det gjelder TKN-personers kollektive og individuelle historier (f.eks. stereotyper og stigma om transseksualiteter og kjønnsdysfori), og bør forklare pasienter grunnene til å spørre om seksualitet, og at det er helt frivillig å svare. Når forebygging av HIV/SOI skal diskuteres bør helsepersonell referere til hele bredden av prevensjonsmuligheter, inkludert barrieremetoder, posteksposisjonsprofylakse (PeP), preeksposisjonsprofylakse (PrEP), og HIV-behandling for å forhindre videreføring av smitte (WHO, 2021). TKN-spesifikke betraktninger angående PrEP adresseres i Anbefaling 17.8.

#### Anbefaling 17.7

**Vi anbefaler at helsepersonell som ivaretar TKN-personer følger retningslinjer, både lokale og de fra Verdens helseorganisasjon, når det gjelder screening, forebygging og behandling av humant immunsviktvirus/sekstelt overførbare infeksjoner (HIV/SOI).**

TKN-voksne og ungdommer bør, som cispersoner, tilbys screening for HIV/SOI som eksisterende retningslinjer tilsier. Dette bør baseres i individuell risiko for å bli smittet av HIV/SOI, altså relatert til anatomi og adferd og ikke kun kjønnsidentitet. Der det ikke finnes tilgjengelige retningslinjer tilbyr WHO (2019a) globale anbefalinger; oftere screening er anbefalt for TKN-personer som har sex med cismenn, ettersom den populasjonen i så høy grad er påvirket av HIV.

Kjønnsbekreftende genitalkirurgi og kirurgiske teknikker har implikasjoner for SOI-risiko, og for behov for screening; dette er presentert i nyere retningslinjer fra The US Centers for Disease Control (Workowski et al., 2021). For eksempel har

transfeminine personer etter penisinverterende vaginoplastikk (konstruksjon av vagina, o.a.), med kun bruk av hud fra penis og scrotum som vaginavegger, trolig lavere risiko for urogenital klamydia (*Chlamydia trachomatis*) og gonoreé (*Neisseria gonorrhoeae*). Nyere kirurgiske teknikker som anvender slimhinne fra urinrør eller munn eller deler av bukhinnen som trekkes ned i den nye vaginaen, kan derimot i teorien øke mottagelighet for bakteriell SOI relativt til kun bruk av hud fra penis/scrotum (Van Gerwen et al., 2021). Etter vaginoplastikk er rutinemessig screening av neovagina anbefalt for alle transfeminine som er eksponert for smitte (Workowski et al., 2021). For transmaskuline som har gjennomført metoidioplastikk (utnytter forstørret klitoris etter testosteronbehandling, o.a.) med forlengelse av urinrøret, men ikke vaginektomi (fjerning av deler eller hele vagina, o.a.), bør testing av bakteriell urogenital SOI inkludere en vattpinneprøve fra livmormunnen, ettersom infeksjoner eventuelt ikke er tilstede i urinen (Workowski et al., 2021).

Videre er det viktig at helsepersonell tilbyr testing på flere deler av kroppen, ettersom TKN-pasienter ofte har SOI på andre kroppsdeler enn kjønnsorganene (Hiransuthikul et al., 2019; Pitasi et al., 2019). Som det står i anbefalingene fra WHO (2020) bør egenhendig uthenting av prøve som skal testes tilbys som alternativ, spesielt for pasienter som er ukomfortable eller uvillige til å la helsepersonell gjennomføre dette på grunn av kjønnsdysfori, traumehistorier eller begge deler. Der det er relevant kan HIV/SOI-testing gjøres samtidig med vanlig antistofftesting / serumtesting for overvåking av hormonnivåer – for å muliggjøre adkomst til helsehjelp (Reisner, Radix et al., 2016; Scheim & Travers, 2017).

#### Anbefaling 17.8

**Vi anbefaler at helsepersonell som ivaretar TKN-personer adresserer bekymringer for potensielle interaksjoner mellom antiretrovirale medikamenter og hormoner.**

For TKN-ungdommer og voksne som har



betraktelig risiko for HIV-smitte (generelt definert som en pågående relasjon der den ene er HIV-positiv, eller sex uten kondom utenfor et gjensidig monogamt forhold med en kjent HIV-negativ partner; WHO, 2017), er preeksposisjonsprofylakse (PrEP) en viktig mulighet for HIV-forebygging (Golub et al., 2019; Sevelius et al., 2016; WHO, 2021). For å bidra til bruk av PrEP, anbefalte US Centers for Disease Control i 2021 at alle seksuelt aktive voksne og ungdommer skulle informeres om PrEP og få tilbud om det hvis de ba om det (CDC, 2021). For behandling av folk som lever med HIV er TKN-spesifikke retningslinjer tilgjengelige i noen settinger (f.eks., Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents, 2019).

For både forebygging og behandling av HIV er det egne hensyn å ta for TKN-personer, når det gjelder dosering og administrering av antiretrovirale medisiner. For peroral PrEP er det kun daglig dosering som per i dag er anbefalt for TKN-personer, ettersom studier viser at effektiviteten ved å kun ta PrEP før aktuelle anledninger med emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate (TDF) har kun blitt demonstrert blant cismenn (WHO, 2019c). Videre skal det sies at selv om emtricitabine/tenofovir alafenamide (TAF) er et nytt alternativ av peroral PrEP, er det per tidlig 2022 ikke anbefalt for folk med risiko for HIV-smitte ved mottagende vaginal sex, grunnet mangel på evidens (CDC, 2021). Til slutt, langtidsvirkende formuleringer av både PrEP- og HIV-behandling er i økende grad tilgjengelige (f.eks., cabote-gravir for PrEP), men selv om de er anbefalt for alle som kan ha fordel av injiserbare alternativer, kan de indikerte injeksjonsstedene (som glutealmuskelen) fungere dårlig for de som har fått filler-behandling i mykvevet (Rael et al., 2020).

Det er lite evidens som tilsier interaksjoner mellom kjønnsbekreftende hormoner og

PrEP-medikamenter. Noen få små studier som primært anvender egenrapportert bruk av PrEP har vist redusert konsentrasjon av PrEP hos transkvinner som får hormonbehandling, men konsentrasjonen er likevel innenfor området med beskyttende virkning (Yager & Anderson, 2020). En senere studie av interaksjon mellom to medikamenter, som involverte direkte observert PrEP-behandling, fant ingen effekt av hormonbehandling på PrEP-konsentrasjon hos transkvinner, og fant at transkvinner og transmenn som får hormonbehandling oppnår høy grad av beskyttelse mot HIV-smitte (Grant et al., 2020). For mange TKN-personer er det aller viktigste at det er ikke funnet noen innvirkning av PrEP på hormonnivåer. Ved behandling av HIV kan spesifikke antiretrovirale medikamenter virke inn på hormonnivåer, men det kan man motvirke ved valg av alternative virkestoffer, overvåkning og justering av hormondosene, eller begge deler (Cirrincione et al., 2020), slik det er detaljert i retningslinjene fra US Department of Health and Human Services (Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents, 2019). Uansett presenterer bekymring for interaksjoner, spesielt de som kan begrense hormonskonsentrasjonen, en hindring for implementering og etterlevelse av antiretroviral forebygging og behandling av HIV (Radix et al., 2020; Sevelius et al., 2016). Derfor anbefaler vi at helsepersonell proaktivt adresserer slike bekymringer med kandidater for bruk av PrEP eller HIV-behandling. Integrering av PrEP eller HIV-behandling med hormonbehandling kan også redusere hindringer for implementering og etterlevelse (Reisner, Radix et al., 2016). Integrering kan oppnås ved å tilby det samme sted, eller ved koordinering med en HIV-spesialist hvis en som jobber med primærhelse ikke har den nødvendige ekspertisen. Noen TKN-personer kan ha fordel av kun PrEP, eller tjenester innen seksuell helse som tilbyr mer uforstyrrete møter og fleksibilitet, og derfor er det behov for differensierte modeller for ytelse av denne tjenesten (Wilson et al., 2021).

## KAPITTEL 18 Psykisk helse

Intensjonen bak dette kapitlet er å tilby veiledning til helsepersonell både innenfor og utenfor feltet psykisk helse som yter psykisk helsehjelp til voksne TKN-personer. Det er ikke meningen at det skal erstatte kapitlene om vurdering og evaluering av folk med tanke på hormonelle eller kirurgiske intervensjoner. Mange TKN-personer har ikke behov for terapi eller annen psykisk helsehjelp som del av sin transisjon, mens andre kan ha nytte av støtte fra personer og institusjoner innenfor feltet psykisk helse (Dhejne et al., 2016).

Noen studier har vist høyere prevalens av depresjon (Witcomb et al., 2018), angst (Bouman et al., 2017) og suicidalitet (Arcelus et al., 2016; Bränström & Pachankis, 2022; Davey et al., 2016; Dhejne, 2011; Herman et al., 2019) blant TKN-personer (Jones et al., 2019; Thorne, Witcomb et al., 2019) enn i den generelle befolkningen, spesielt blant de som har behov for medisinsk nødvendig kjønnsbekreftende medisinsk behandling (se anbefaling om medisinsk nødvendighet i Kapittel 2 – Universell anvendbarhet, Anbefaling 2.1). Å ha en identitet som transperson er dog ikke en psykisk lidelse, og disse høyere forekomstene har blitt knyttet til komplekse traumer, sosialt stigma, vold og diskriminering (Nuttbrock et al., 2014; Peterson et al., 2021). I tillegg ser vi at psykiatriske symptomer reduseres med riktig kjønnsbekreftende medisinsk og kirurgisk behandling (Aldridge et al., 2020; Almazan and Keuroghlian; 2021; Bauer et al., 2015; Grannis et al., 2021) og med tiltak som

reduserer nivået av diskriminering og minoritetsstress (Bauer et al., 2015; Heylens, Verroken et al., 2014; McDowell et al., 2020).

Tjenester innenfor psykiske helse må tilbys av personale, og implementeres i systemer, som respekterer pasienters autonomi og anerkjenner et generelt kjønnsmangfold. Helsepersonell som jobber med TKN-personers psykisk helse bør bruke aktiv lytting som metode for å oppfordre de som er usikre på sin kjønnsidentitet til å utforske dette. Helsepersonell som jobber med psykisk helse bør hjelpe sine klienter med å finne ut av egne veier å gå, i stedet for å jobbe ut fra, og pålegge klientene, sine egne narrativ og førforståelser. Selv om mange TKN-personer trenger medisinske eller kirurgiske intervensjoner, eller oppsøker psykisk helsehjelp, gjør ikke alle det (Margulies et al., 2021). Derfor bør ikke funn fra kliniske populasjoner ekstrapoleres til hele TKN-populasjonen. Å adressere psykisk uhelse og rusmisbruk er viktig, men bør ikke kunne fungere som hindring for transisjonsrelatert behandling. I stedet kan tiltak for å adressere psykisk uhelse og rusavhengighet bidra til vellykkede resultater i transisjonsrelatert behandling, noe som igjen kan øke livskvaliteten (Nobili et al., 2018).

Alle anbefalingene i dette kapitlet er basert på en grundig gjennomgang av evidens, vurdering av fordeler og skadevirkninger, verdier og preferanser blant helsepersonell og pasienter, og ressursbruk og gjennomførbarhet. I noen tilfeller anerkjenner vi at evidensen er begrenset og/eller at tjenester eventuelt ikke er tilgjengelige eller ønskelige.

## Anbefalinger

- 18.1- Vi anbefaler at helsepersonell som jobber med psykisk helse adresserer symptomer på psykisk uhelse som svekker en persons evne til å samtykke til kjønnsbekreftende behandling før slik behandling igangsettes.
- 18.2- Vi anbefaler at helsepersonell som jobber med psykisk helse tilbyr ivaretagelse og støtte til trans- og kjønnsnormbrytende personer for å adressere symptomer på psykisk uhelse som svekker evne til å delta i essensiell pre- og postoperativ pleie, før kjønnsbekreftende kirurgi gjøres.
- 18.3- Vi anbefaler at helsepersonell som jobber med psykisk helse vurderer potensiell negativ innvirkning på kirurgiske resultater når signifikante symptomer på psykisk uhelse eller rusavhengighet er tilstede, etter å ha tatt i betraktning detaljene omkring det spesifikke operative inngrepet.
- 18.4- Vi anbefaler at helsepersonell vurderer behovet for psykososial og praktisk støtte til trans- og kjønnsnormbrytende personer i periodene før og etter kjønnsbekreftende kirurgi.
- 18.5- Vi anbefaler at helsepersonell veileder og bistår trans- og kjønnsnormbrytende personer med å slutte med tobakk/nikotin i forkant av kjønnsbekreftende kirurgi.
- 18.6- Vi anbefaler at helsepersonell opprettholder den pågående hormonbehandlingen hvis trans- og kjønnsnormbrytende personer trenger innleggelse ved en psykiatrisk eller medisinsk avdeling, med mindre dette er kontraindikert.
- 18.7- Vi anbefaler at hvis trans- og kjønnsnormbrytende personer trenger innleggelse eller bo-opphold på grunn av psykisk lidelse, rusavhengighet eller medisinske forhold, sørger helsepersonell for at alle ansatte bruker korrekt navn og pronomen (som oppgitt av pasienten), og at personen har tilgang til toalett og sted å sove som samsvarer med kjønnsidentiteten.
- 18.8- Vi anbefaler at helsepersonell som jobber med psykisk helse oppmuntrer, støtter og styrker trans- og kjønnsnormbrytende personer så de kan utvikle og opprettholde sosiale støtteapparater, inkludert likesinnede, venner og familie.
- 18.9- Vi anbefaler at helsepersonell ikke gjør det påkrevet for trans- og kjønnsnormbrytende personer å gå i psykoterapi før igangsetting av kjønnsbekreftende behandling, selv om vi anerkjenner at psykoterapi kan være nyttig for noen av dem.
- 18.10- Vi anbefaler at det ikke tilbys «reparativ terapi» eller «konversjonsterapi» som sikter mot at en persons kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk skal samsvare mer med den kroppslige kjønns kategorien som ble tillagt ved fødsel.

### Anbefaling 18.1

**Vi anbefaler at helsepersonell som jobber med psykisk helse adresserer symptomer på psykisk uhelse som svekker en persons evne til å samtykke til kjønnsbekreftende behandling før slik behandling igangsettes.**

Pasienter antas generelt å være i stand til å samtykke til behandling. En individuell vurdering er nødvendig før man avgjør at en pasient med kognitiv svikt, psykose eller annen psykisk lidelse har svekket evne til å gi informert samtykke (Applebaum, 2007). Informert samtykke er et sentralt aspekt ved å tilby og gjennomføre helsehjelp. Helsepersonell må informere pasienten om risikoer, fordeler og alternativer til enhver behandling som tilbys, så vedkommende kan ta en informert, frivillig beslutning (Berg et al., 2001). Både ansatte i primærhelse, endokrinologer som skriver ut hormoner, og kirurger som gjennomfører inngrep, må innhente informert samtykke. Tilsvarende må helsepersonell som jobber med psykisk helse innhente informert samtykke til behandling innen psykisk helse, og kan og

kan hjelpe andre med å vurdere en persons kapasitet til å gi samtykke, når dette er til vurdering. Psykisk lidelse og rusavhengighet, spesielt kognitiv svekkelse og psykose, kan hindre en persons evne til å forstå risikoer og fordeler ved behandlingen (Hostiuc et al., 2018). På den annen side kan en person ha signifikant psykisk uhelse og fremdeles være i stand til å forstå risikoer og fordeler ved en spesifikk intervensjon (Carpenter et al., 2000). Det er viktig med flerfaglig kommunikasjon i utfordrende tilfeller, og når det er behov for det bør ekspertkonsultasjon benyttes (Karasic & Fraser, 2018). For mange pasienter kan det at det er vanskelig å forstå risikoer og fordeler ved en spesifikk behandling imøtekommes ved å bruke tid på rolig og grundig forklaring. For noen pasienter er det slik at det å behandle den underliggende tilstanden som står i veien for samtykkekapasitet – for eksempel å behandle en underliggende psykose – vil gjøre pasienter i stand til å samtykke til intervensjonen det er behov for. Symptomer som angst eller depresjon, som ikke påvirker evne til å samtykke, bør ikke være til hinder for kjønnsbekreftende medisinsk behandling. Dette særlig ettersom det er påvist at denne behandlingen reduserer slike symptomer (Aldridge et al., 2020).

### Anbefaling 18.2

**Vi anbefaler at helsepersonell som jobber med psykisk helse tilbyr ivaretagelse og støtte til TKN-personer for å adressere symptomer på psykisk uhelse som svekker evne til å delta i essensiell pre- og postoperativ pleie, før kjønnsbekreftende kirurgi gjennomføres.**

Manglende evne til å delta på en adekvat måte i før- og ettertiltak ved kirurgiske inngrep, på grunn av psykisk lidelse eller rusavhengighet, bør ikke anses som en hindring for tiltrengt transisjonsrelatert behandling. Det bør sees som indikasjon på at det bør tilbys psykisk helsehjelp og støtte (Karasic, 2020). Psykisk lidelse og rusavhengighet kan svekke pasientens evne til å delta i pre- og postoperativ pleie (Barnhill, 2014). Gjennomføring av avtaler hos helsepersonell, sårpleie, og andre prosedyrer for etterpleie (f.eks. dilatasjon (blokking, i hverdagspråk, o.a.) etter vaginoplastikk (konstruksjon av vagina, o.a)) kan være nødvendig for å sikre positive resultater. En pasient med rusavhengighet kan ha vanskeligheter med å overholde nødvendige avtaler med primærhelse og kirurg. En pasient med psykose eller alvorlig depresjon kan forsømme operasjonssåret, eller ikke være oppmerksomme på tegn på sårvæske som lekker (Lee, Marsh et al., 2016). Aktiv psykisk lidelse er forbundet med et større behov for videre akuttmedisinsk og kirurgisk pleie etter den primære operasjonen (Wimalawansa et al., 2014).

I disse tilfellene kan behandling av den psykiske lidelsen eller rusavhengigheten bidra til å oppnå gode resultater. Det å arrangere mer støtte til pasienten fra familie og venner, eller en helsearbeider som kommer på hjemmebesøk, kan hjelpe pasienten med å delta tilstrekkelig i pre- og postoperativ pleie så man kan avtale og gjennomføre kirurgi. Fordelene ved å utsette kirurgi for å yte psykisk helsehjelp, bør veies

opp mot risikoen ved å utsette kirurgi, og involvere vurdering av innvirkningen utsettelse har på psykisk helse, når det gjelder adressering av kjønnsdysfori (Byne et al., 2018).

### Anbefaling 18.3

**Vi anbefaler at helsepersonell som jobber med psykisk helse vurderer potensiell negativ innvirkning på kirurgiske resultater når signifikante symptomer på psykisk uhelse eller rusavhengighet er tilstede, etter å ha tatt i betraktning detaljene omkring det spesifikke operative inngrepet.**

Kjønnsbekreftende kirurgiske prosedyrer varierer med hensyn til innvirkningen det har på pasienten. Noen prosedyrer krever en større evne til å følge preoperativ planlegging og bidra i postoperativ pleie, for å oppnå best mulige resultater (Tollinche et al., 2018). Symptomer på psykisk uhelse kan innvirke på pasientens evne til deltagelse i planlegging og pre- og postoperativ pleie som er nødvendig for enhver kirurgisk prosedyre (Paredes et al., 2020). Prosessen med vurderingen av psykisk helse kan utgjøre en mulighet for å utvikle strategier for å adressere eventuell negativ innvirkning symptomer på psykisk uhelse kan ha på resultatet, og planlegge støtte for å styrke pasientens evne til å delta i planlegging og pleie. Det er dokumentert at kjønnsbekreftende kirurgiske prosedyrer har positiv effekt på kjønnsdysfori og psykisk helse (Owen-Smith et al., 2018; van de Grift, Elaut et al., 2017). Når pasient og helsepersonell avgjør om de skal gå videre med behandling veies disse fordelene opp mot risikoen ved enhver prosedyre. Helsepersonell kan hjelpe TKN-personer med å gå gjennom instruksjoner for forhåndsplanlegging og for etterpleie for hver kirurgiske prosedyre (Karasic, 2020). Pasient og helsepersonell kan i samarbeid kartlegge nødvendig støtte og ressursbruk, for å klare å holde avtaler for pre- og postoperativ pleie, anskaffelse av nødvendig utstyr, adressering av økonomiske forhold, og forholde seg til annen preoperativ koordinering og planlegging. I tillegg kan det utforskes forventninger om utseende og funksjon,

inkludert hvordan de forskjellige aspektene vil innvirke på kjønnsdysforien.

#### Anbefaling 18.4

**Vi anbefaler at helsepersonell vurderer behovet for psykososial og praktisk støtte til TKN-personer i periodene før og etter kjønnsbekreftende kirurgi.**

Uansett fagspesialisering har alt helsepersonell ansvar for å støtte pasientene i å få tilgang til medisinsk nødvendig behandling. Når helsepersonell jobber med TKN-personer som forbereder seg til kjønnsbekreftende kirurgiske prosedyrer, bør de vurdere nivået av psykososial og praktisk støtte det er behov for (Deutsch, 2016b). Dette er det første skrittet i å anerkjenne på hvilke områder det finnes behov for mer støtte, og å øke evnen til å jobbe samarbeidsorientert med denne personen for å lykkes med å navigere periodene før, under og etter kirurgi (Tollinche et al., 2018). I de pre- og postoperative periodene er det viktig å hjelpe pasienten med å optimalisere funksjonsevne, sikre stabile boligforhold, sikre sosial- og familiær støtte ved å vurdere deres unike situasjon, planlegge måter å møte medisinske komplikasjoner, navigere den potensielle effekten på arbeid og inntekt, og overkomme ytterligere vanskeligheter noen pasienter kan møte på, som å takle elektrolyse og å slutte å røyke (Berli et al., 2017). I et komplekst medisinsk system er ikke alle pasienter på en selvstendig måte i stand til å navigere prosedyrene som kreves for å få tilgang til behandling, og helsepersonell og støttespillere blant likesinnede kan støtte pasienter i denne prosessen (Deutsch, 2016a).

#### Anbefaling 18.5

**Vi anbefaler at helsepersonell veileder og bistår TKN-personer med å slutte med tobakk/nikotin i forkant av kjønnsbekreftende kirurgi.**

Transpopulasjoner har høyere rater av tobakk- og nikotinbruk (Kidd et al., 2018). Like fullt er mange ikke klar over den veldokumenterte helserisikoen forbundet med røyking (Bryant et al., 2014). Tobakksbruk øker risikoen for utvikling av helseproblemer (f.eks. trombose) hos personer som mottar kjønnsbekreftende hormonbehandling, og spesielt østrogen (Chipkin & Kim, 2017).

Tobakksbruk er forbundet med dårligere resultater ved plastisk kirurgi, inkludert generelle komplikasjoner, vevsnekrose, og behov for korrigerende kirurgi (Coon et al., 2013). Røyking øker også risikoen for postoperative infeksjon (Kaoutzanis et al., 2019). Tobakksbruk har vist seg å innvirke på tilheling i etterkant av et hvert kirurgisk inngrep, inkludert kjønnsrelaterte inngrep (f.eks. re/konstruksjon av bryst/brystkasse, genitalkirurgi) (Pluvy, Garrido et al., 2015). De som bruker tobakk har høyere risiko for hudnekrose, forsinket tilheling av sår, og arrdannelsestilstander grunnet hypoksi og vevsiskemi (Pluvy, Panouilleres et al., 2015). Derfor anbefaler kirurger å slutte med bruk av tobakk/nikotin før kjønnsbekreftende kirurgi, og å avstå fra røyking i opp til flere uker inn i den postoperative perioden, til såret har fullstendig grodd (Matei & Danino, 2015). Til tross for risikoen kan det være vanskelig å slutte. Bruk av tobakk og nikotin er avhengighetsdannende, og fungerer i tillegg som en taklingsmekanisme (Matei et al., 2015). Helsepersonell, inkludert de i primærhelsetjenesten og innen psykisk helse, som forholder seg til pasienter over tid før kirurgi, bør adressere tobakk-/nikotinbruk. De bør enten bistå TKN-personer med tilgang til programmer for røykeslutt eller tilby behandling direkte (f.eks. vareniklin eller bupropion).

#### Anbefaling 18.6

**Vi anbefaler at helsepersonell opprettholder den pågående hormonbehandlingen hvis TKN-personer trenger innleggelse ved en psykiatrisk eller medisinsk avdeling, med mindre dette er kontraindikert.**



TKN-personer som legges inn på psykiatrisk avdeling, til rusavhengighetsbehandling, eller på medisinske avdelinger, bør fortsette under innleggelsen den hormonbehandlingen de allerede får. Det finnes ikke evidens som støtter at hormonbehandling rutinemessig skal avsluttes i forkant av innleggelser på medisinske eller psykiatriske avdelinger. På sjelden basis kan en innlagt pasient diagnostiseres med en medisinsk komplikasjon som nødvendiggjør opphold i hormonbehandling, som for eksempel akutt venøs tromboemboli (Deutsch, 2016a). Det finnes ikke noe sterk evidens på at hormonbehandling, på rutinemessig basis, bør stoppes i forkant av kirurgi, og risiko og fordel for hver enkelt person bør vurderes før det eventuelt gjøres (Boskey et al., 2018).

Hormonbehandling har vist seg å forbedre livskvalitet og føre til mindre depresjon og angst (Aldridge et al., 2020; Nguyen et al., 2018; Nobili et al., 2018; Owen-Smith et al., 2018, Rowniak et al., 2019). Tilgang til kjønnsbekreftende medisinsk behandling er forbundet med en vesentlig reduksjon i risiko for selvmordsforsøk (Bauer et al., 2015). Det å stoppe disse pasientenes allerede faste hormonbehandling nekter dem disse velgjørende effektene, og kan derfor fungere kontra til mål ved sykehusinnleggelse.

Noe helsepersonell kan mangle kunnskap om at det er lav risiko for skade, og høyt potensiale for fordeler, ved å opprettholde transisjonsrelatert behandling ved innleggelse. Forskning som så på legestudier i USA og Canada avslørte at studentene mottok i gjennomsnitt fem timer med LHBT-relatert kursinnhold i hele det fireårige studiet (Obedin-Maliver et al., 2011). I følge en surveyundersøkelse blant leger innen akuttmedisin, som ofte er ansvarlige for å ta raske avgjørelser om

medisiner mens pasienter innlegges, viste at selv om 88% rapporterte at de hadde tatt hånd om transpersoner som pasienter, rapportert kun 17.5% at de hadde mottatt noen formell opplæring om denne populasjonen (Chisolm-Straker et al., 2018). Etterhvert som utdanning i relevante aspekter ved ivaretagelse av TKN-personer forbedres, vil en høyere andel helsepersonell bli bevisst på viktigheten av å opprettholde pasienters hormonbehandling under innleggelse.

#### Anbefaling 18.7

**Vi anbefaler at hvis TKN-personer trenger innleggelse eller bo-opphold på grunn av psykisk lidelse, rusavhengighet eller medisinske forhold, sørger helsepersonell for at alle ansatte bruker korrekt navn og pronomen (som oppgitt av pasienten), og at personen har tilgang til toalett og sted å sove som samsvarer med kjønnsidentiteten.**

Mange TKN-pasienter møter på diskriminering i en rekke helserelevante settinger, inkludert sykehus, psykiatriske institusjoner, og programmer for behandling av rusavhengighet (Grant et al., 2011). Når helsevesenet ikke tilrettelegger for TKN-personer forsterker de bare den samfunnsmessige ekskluderingen mange av disse har opplevd over lang tid (Karasic, 2016). Erfaringer med diskriminering i helsevesenet fører til at oppsøking av tiltrengt helsehjelp unngås, på grunn av forventet diskriminering (Kcomt et al., 2020).

En TKN-persons erfaring med diskriminering er prediktiv for suicidalitet (Rood et al., 2015; Williams et al., 2021). Minoritetsstress basert på kjønn, som forbundet med avvising og mangel på bekreftelse, har også vist seg forbundet med suicidalitet (Testa et al., 2017). Å nekte tilgang til toaletter som samsvarer med kjønnsidentitet er forbundet med økt suicidalitet (Seelman, 2016). Samtidig er bruken av TKN-personers valgte navn forbundet med lavere grad av depresjon og suicidalitet (Russell et al., 2018). For å redusere insidensen av selvmordsforsøk blant TKN-personer, må både strukturell og internalisert

transfobi adresseres (Brumer et al., 2015). For å lykkes med helsetjenester må settingene der de tilbys minimere skaden som gjøres på pasienter gjennom transfobi, ved å respektere og tilrettelegge for TKN-identiteter.

### Anbefaling 18.8

**Vi anbefaler at helsepersonell som jobber med psykisk helse oppmuntrer, støtter og styrker TKN-personer så de kan utvikle og opprettholde sosiale støtteapparater, inkludert likesinnede, venner og familie.**

Til tross for minoritetsstress opplevd av TKN-personer, og de direkte skadelige effektene på psykisk helse ved sosial diskriminering, kan god sosial støtte bidra til å redusere denne skadevirkningen (Trujillo et al., 2017). TKN-barn internaliserer ofte avvisning blant familie og jevngamle, i tillegg til transfobien de er omringet av (Amodeo et al., 2015). Videre kan eksponering for transfobisk mishandling ha innvirkning på en person gjennom et helt livsløp, og være spesielt akutt i ungdomsårene (Nuttbrock et al., 2010).

Det sosiale støttenettverket kan virke beskyttende for en persons psykiske helse. Å ha støtte, sosialt sett, kan hos TKN-personer fungere som beskyttelse mot de negative effektene av vold, stigma, og diskriminering (Bockting et al., 2013), hjelpe med navigering av helsevesenet (Jackson Levin et al., 2020), og bidra til psykologisk resiliens (Bariola et al., 2015; Başar and Öz, 2016). Mangfoldige kilder til sosial støtte, spesielt LHBTQ og venner og familie, er forbundet med bedre psykisk helse, trivsel og velvære, og livskvalitet (Bariola et al., 2015; Başar et al., 2016; Kuper, Adams et al., 2018; Puckett et al., 2019). Det har blitt argumentert at sosial støtte fasiliterer utvikling av taklingsmekanismer, og fører til positive følelsesmessige erfaringer i hele transisjonsprosessen (Budge et al., 2013).

Helsepersonell kan støtte pasienter i utvikling av sosiale støttenettverk som muliggjør anerkjennelse og aksept i egen autentisk identitet, og hjelpe dem med å takle symptomer på kjønnsdysfori. Mellommenneskelige problemer, og mangel på sosial støtte, er hos TKN-personer forbundet med høyere insidens av dårlig psykisk helse (Bouman, Davey et al., 2016; Davey et al., 2015), og har vist seg å forutsi mer negative resultater av kjønnsbekreftende medisinsk behandling (Aldridge et al., 2020). Derfor bør helsepersonell oppmuntre, støtte og styrke TKN-personer i å utvikle og opprettholde sosiale nettverk. Disse erfaringene kan legge til rette for utvikling av mellommenneskelig kompetanse og hjelpe med å takle sosial diskriminering, og potensielt redusere suicidalitet og styrke psykisk helse (Pflum et al., 2015).

### Anbefaling 18.9

**Vi anbefaler at helsepersonell ikke gjør det påkrevet for TKN-personer å gå i psykoterapi før igangsetting av kjønnsbekreftende behandling, selv om vi anerkjenner at psykoterapi kan være nyttig for noen av dem.**

Bruken av psykoterapi i klinisk arbeid med TKN-personer har en lang historie (Fraser, 2009b). Målsettingene, kravene, metodene og psykoterapeutiske prinsipper er komponenter som stadig har utviklet seg i *Standards of Care*, helt siden de første versjonene (Fraser, 2009a). Psykoterapeutisk hjelp og veiledning med voksne TKN-personer kan nå oppsøkes for å adressere vanlige psykologiske utfordringer med kjønnsdysfori, og kan også hjelpe noen med en komme-ut prosess (Hunt, 2014). Psykologiske intervensjoner, inkludert psykoterapi, tilbyr effektive verktøy og skaper en kontekst for å for eksempel utforske kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk, oppnå økt håp og selvaksept, og øke resiliens i fiendtlige og debilerende omstendigheter (Matsuno and Israel, 2018). Psykoterapi er etablert som en alternativ terapeutisk måte å adressere symptomer på psykisk uhelse som kan vise seg i løpet av en innledende vurdering, eller senere under oppfølging etter kjønnsbekreftende medisinske intervensjoner. Nyere forskning viser at angstnivåer

forblir høye selv om symptomer på psykisk uhelse reduseres etter kjønnsbekreftende medisinsk behandling (Aldridge et al., 2020). Dette antyder at psykoterapi muligens kan hjelpe personer som lider av angstsymptomer etter kjønnsbekreftende behandling.

I løpet av de siste årene har både bruk, og potensiell nytte, av forskjellige typer psykoterapi blitt studert og beskrevet (Austin et al., 2017; Budge, 2013; Budge et al., 2021; Embaye, 2006; Fraser, 2009b; Heck et al., 2015). Det har blitt foreslått spesifikke modeller for psykoterapi for voksne transpersoner og ikke-binære (Matsuno & Israel, 2018). Likevel er det behov for mer empirisk data som kan vise komparative fordeler av forskjellige psykoterapeutiske modeller (Catelan et al., 2017). Psykoterapi kan oppleves som skummelt for TKN-personer, men også nyttig (Applegarth & Nuttall, 2016), og når det forbindes med en portvokterfunksjon for medisinske intervensjoner presenterer dette utfordringer for terapeuten og for det å skape en terapeutisk allianse (Budge, 2015).

Erfaringen tilsier at mange transpersoner og ikke-binære velger å gå gjennom kjønnsbekreftende medisinsk behandling med lite eller ingen bruk av psykoterapi (Spanos et al., 2021). Selv om forskjellige modaliteter av psykoterapi kan være nyttig av forskjellige grunner, både før, under og etter kjønnsbekreftende medisinske intervensjoner, og forskjellige grader av ønske om psykoterapi har blitt rapportert i forskjellige transisjonsstadier (Mayer et al., 2019), har ikke et krav om psykoterapi for å igangsette medisinske prosedyrer vist seg fordelaktig. Det kan utgjøre en skadelig barriere mot å ivareta de som ikke trenger den formen for behandling, eller ikke har tilgang til det.

### Anbefaling 18.10

**Vi anbefaler at det ikke tilbys «reparativ terapi» eller «konversjonsterapi» som**

**sikter mot at en persons kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk skal samsvare mer med den kroppslige kjønnskategorien som ble tillagt ved fødsel.**

Bruken av «reparativ terapi» eller «konversjonsterapi», eller innsats for å «endre» kjønnsidentitet, kritiseres av mange større organisasjoner for medisin og psykisk helse rundt i verden, inkludert World Psychiatric Association, Pan American Health Organization, American Psychiatric Association, American Psychological Association, Royal College of Psychiatrists, og British Psychological Society. Mange stater i USA har lagt ned forbud mot konversjonsterapi på mindreårige. Forsøk på å endre kjønnsidentitet er intervensjoner gjort av helsepersonell som jobber med psykisk helse eller andre som forsøker å endre noens kjønnsidentitet eller kjønnsuttrykk for å samsvare mer med det som typisk forbindes med den kroppslige kjønnskategorien som ble tillagt ved fødsel (American Psychological Association, 2021).

De som argumenterer for «konversjonsterapi» har foreslått at det potensielt kunne la en person passe bedre inn i sin sosiale verden. De peker også på at noen klienter spesifikt ber om deres hjelp med å endre kjønnsidentitet eller -uttrykk, og at terapeuter bør ha lov til å hjelpe klienter med å oppnå sine mål. «Konversjonsterapi» har uansett ikke vist seg å fungere (APA, 2009; Przeworski et al., 2020). Og det finnes mange potensielt skadelige effekter. I retrospektive studier knyttes historie med konversjonsterapi til økt grad av depresjon, rusavhengighet, suicidalitet, selvmordsforsøk, og både lavere utdanningsresultater og inntekt (Ryan et al., 2020; Salway et al., 2020; Turban, Beckwith et al., 2020). I American Psychological Association sine erklæringer i 2021, står det at «vitenskapelig evidens og klinisk erfaring indikerer at intervensjoner for endring av kjønnsidentitet utsetter personer for signifikant risiko for skadelige effekter» (APA, 2021).

Selv om det finnes barrierer i veien for å helt forhindre innsats for «endring» av kjønnsidentitet, kan utdanning både om mangel på fordeler ved disse praksisene, og potensiell skade, føre til at færre aktører tilbyr «konversjonsterapi», og at færre personer og familier tar dette valget.

## ANERKJENNELSER

Karen A. Robinson, professor i medisin ved Johns Hopkins University og leder for skolens Evidence-based Practice Center og henne ansatte for gjennomføringen av alle systematiske gjennomganger og deres assistanse i utviklingen av de anbefalingene som underbygger SOC-8. *Etiske betraktninger:* Carol Bayley, Simona Giordano, og Sharon Sytsma. *Juridiske perspektiver:* Jennifer Levi og Phil Duran. *Referansekontroll:* Taymy Caso, Oscar Dimant, Zil Goldstein, Ali Harris, Nat Thorne. *Redaktører:* Margueritte White, Jun Xia. *Administrativ støtte:* Blaine Vella, Taylor O'Sullivan og Jamie Hicks. Til slutt vil vi takke alle som kom med innspill under høringsperioden, og GATE (Global Action for Trans Equality), Asia Pacific Transgender Network Foundation (APTN), International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association (ILGA), og Transgender Europe (TGEU) for deres nyttige og konstruktive tilbakemeldinger på en tidligere versjon av SOC-8.

### **Interessekonflikter**

Interessekonflikter ble gjennomgått som en del av utvelgelsesprosessen til komitémedlemmene og på slutten av prosessen før publisering. Ingen interessekonflikter var ansatt som å være av betydning eller å ha noen konsekvens.

### **Etisk godkjenning**

Dette manuskriptet inneholder ingen studier som inkluderer menneskelige deltakere utført av noen av forfatterne.

### **Finansiering**

Dette prosjektet ble delvis finansiert av et stipend fra Tawani Foundation. Den største kostnaden var betaling til Evidence-based Practice Center ved Johns Hopkins University for deres arbeid. Redaktører og referansekontrollører ble betalt et lite honorar. Komitémedlemmer ble ikke betalt for sine bidrag. Noen reiseutgifter for komitémedlemmene ble dekket av World Professional Association for Transgender Health (WPATH). WPATH personale og andre internutgifter ble dekket av foreningens budsjett.



## LITTERATURLISTE

- Abern, L., & Maguire, K. (2018). Contraception knowledge in transgender individuals: Are we doing enough? [9F]. *Obstetrics & Gynecology*, *131*, 65S. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000533319.47797.7e>.
- Achille, C., Taggart, T., Eaton, N. R., Osipoff, J., Tafuri, K., Lane, A., & Wilson, T. A. (2020). Longitudinal impact of gender-affirming endocrine intervention on the mental health and well-being of transgender youths: Preliminary results. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, *2020*(1). <https://doi.org/10.1186/s13633-020-00078-2>.
- ACON. (2022). *Sexual Health—Parts and Practices*. <https://www.transhub.org.au/clinicians/sexual-health>
- Adams, N., Pearce, R., Veale, J., Radix, A., Castro, D., Sarkar, A., & Thom, K. C. (2017). Guidance and ethical considerations for undertaking transgender health re- search and institutional review boards adjudicating this research. *Transgender Health*, *2*(1), 165–175. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0012>.
- Adeleye, A. J., Cedars, M. I., Smith, J., & Mok-Lin, E. (2019). Ovarian stimulation for fertility preservation or family building in a cohort of transgender men. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, *36*(10), 2155–2161. <https://doi.org/10.1007/s10815-01901558y>
- Adeleye, A. J., Reid, G., Kao, C. N., Mok-Lin, E., & Smith, J. F. (2018). Semen parameters among transgender women with a history of hormonal treatment. *Urology*, *124*, 136–141. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2018.10.005>.
- Adelson, S. L., & American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). (2012). Practice parameter on gay, lesbian, or bisexual sexual orientation, gender nonconformity, and gender discordance in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *51*(9), 957–974. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.07.004>.
- Agarwal, C. A., Scheefer, M. F., Wright, L. N., Walzer, N. K., & Rivera, A. (2018). Quality of life improvement after chest wall masculinization in female-to-male trans- gender patients: A prospective study using the BREAST-Q and Body Uneasiness Test. *Journal of Plastic Reconstructive & Aesthetic Surgery*, *71*(5), 651–657. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2018.01.003>.
- Agenor, M., Peitzmeier, S. M., Bernstein, I. M., McDowell, M., Alizaga, N. M., Reisner, S. L., Pardee, D. J., & Potter, J. (2016). Perceptions of cervical cancer risk and screening among transmasculine individuals: Patient and provider perspectives. *Culture, Health and Sexuality*, *18*(10), 1192–1206. <https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1177203>.
- Aguayo-Romero, R. A., Reisen, C. A., Zea, M. C., Bianchi, F. T., & Poppen, P. J. (2015). Gender affirmation and body modification among transgender persons in Colombia. *International Journal of Transgenderism*, *16*(2), 103–115. <https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1075930>.
- Ahalt, C., Haney, C., Rios, S., Fox, M. P., Farabee, D., & Williams, B. (2017). Reducing the use and impact of solitary confinement in corrections. *International Journal of Prisoner health*, *13*(1), 41–48. <https://doi.org/10.1108/IJPH08-2016-0040>.
- Ahmad, S., & Leinung, M. (2017). The response of the menstrual cycle to initiation of hormonal therapy in transgender men. *Transgender Health*, *2*(1), 176–179. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0023>.
- Åhs, J. W., Dhejne, C., Magnusson, C., Dal, H., Lundin, A., Arver, S., Dalman, C., & Kosidou, K. (2018). Proportion of adults in the general population of Stockholm County who want gender-affirming medical treatment. *PLoS One*, *13*(10), e0204606. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204606>.
- Ainsworth, T. A., & Spiegel, J. H. (2010). Quality of life of individuals with and without facial feminization surgery or gender reassignment surgery. *Quality of Life Research*, *19*(7), 1019–1024. <https://doi.org/10.1007/s11136010-9668-7>.
- Aires, M. M., de Vasconcelos, D., & Moraes, B. T. D. (2020). Chondrolaryngoplasty in transgender women: Prospective analysis of voice and aesthetic satisfaction. *International Journal of Transgender Health*, *22*(4), 394–402. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1848690>.
- Aitken, M., Steensma, T. D., Blanchard, R., VanderLaan, D. P., Wood, H., Fuentes, A., Spegg, C., Wasserman, L., Ames, M., Fitzsimmons, C. L., Leef, J. H., Lishak, V., Reim, E., Takagi, A., Vinik, J., Wreford, J., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L., Kreukels, B. P., & Zucker, K. J. (2015). Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*, *12*(3), 756–763. <https://doi.org/10.1111/jsm.12817>.
- Akgul, S., Bonny, A. E., Ford, N., Holland-Hall, C., & Chelvakumar, G. (2019). Experiences of gender minority youth with the intrauterine system. *The Journal of Adolescent Health*, *65*(1), 32–38. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.11.010>.
- Alderson, P. (2007). Competent children? Minors' consent to health care treatment and research. *Social Science & Medicine*, *65*(11), 2272–2283. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.08.005>.
- Aldridge, Z., Patel, S., Guo, B., Nixon, E., Bouman, W. P., Witcomb, G., & Arcelus, J. (2020). Long term effect of gender affirming hormone treatment on depression and anxiety symptoms in transgender people: A prospective cohort study. *Andrology*, *1*–9. <https://doi.org/10.1111/andr.12884>.
- Aldridge, Z., Thorne, N., Marshall, E., English, C., Yip, A. K. T., Nixon, E., Witcomb, G. L., Bouman, W. P., & Arcelus, J. (2022). Understanding factors that affect well-being in trans people “later” in transition: A qualitative study. *Quality of Life Research*, <https://doi.org/10.1007/s11136-022-03134-x>.
- Alexander, T. (1997). *The medical management of intersexed children: An analogue for childhood sexual abuse*. Intersex Society of North America. <https://isna.org/articles/analog/>
- Alford, A. V., Theisen, K. M., Kim, N., Bodie, J. A., & Pariser, J. J. (2020). Successful ejaculatory sperm cryopreservation after cessation of long-term estrogen therapy in a transgender female. *Urology*, *136*, e48–e50.

- <https://doi.org/10.1016/j.urology.2019.08.021>.
- Allen, L. M., Hay, M., & Palermo, C. (2021). Evaluation in health professions education—Is measuring outcomes enough? *Medical Education*, 56(1), 127–136. <https://doi.org/10.1111/medu.14654>.
- Allen, L. R., Watson, L. B., Egan, A. M., & Moser, C. N. (2019). Well-being and suicidality among transgender youth after gender-affirming hormones. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(3), 302–311. <https://doi.org/10.1037/cpp0000288>.
- Almasri, J., Zaiem, F., Rodriguez-Gutierrez, R., Tamhane, S. U., Iqbal, A. M., Prokop, L. J., Speiser, P. W., Baskin, L. S., Bancos, I., & Murad, M. H. (2018). Genital reconstructive surgery in females with congenital adrenal hyperplasia: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 103(11), 4089–4096. <https://doi.org/10.1210/jc.2018-01863>.
- Almazan, A. N., & Keuroghlian, A. S. (2021). Association between gender-affirming surgeries and mental health outcomes. *JAMA Surgery*, 156(7), 611–618. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2021.0952>.
- Almeida, M., Laurent, M. R., Dubois, V., Claessens, F., O'Brien, C. A., Bouillon, R., Vanderschueren, D., & Manolagas, S. C. (2017). Estrogens and androgens in skeletal physiology and pathophysiology. *Physiology Reviews*, 97(1), 135–187. <https://doi.org/10.1152/phys-rev.00033.2015>.
- Al-Tamimi, M., Pigot, G. L., van der Sluis, W. B., van de Grift, T. C., van Moorselaar, R. J. A., Mullender, M. G., Weigert, R., Buncamper, M. E., Ozer, M., de Haset, K. B., Djordjevic, M. L., Salgado, C. J., Belanger, M., Suominen, S., Kolehmainen, M., Santucci, R. A., Crane, C. N., Claes, K. E. Y., & Bouman, M. B. (2019). The surgical techniques and outcomes of secondary phalloplasty after metoidioplasty in transgender men: An international, multi-center case series. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(11), 1849–1859. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.07.027>.
- Altman, K. (2012). Facial feminization surgery: Current state of the art. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 41(8), 885–894. <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2012.04.024>.
- Alzahrani, T., Nguyen, T., Ryan, A., Dwairy, A., McCaffrey, J., Yunus, R., Forgiione, J., Krepp, J., Nagy, C., Mazhari, R., & Reiner, J. (2019). Cardiovascular disease risk factors and myocardial infarction in the transgender population. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 12(4), e005597. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.119.005597>.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). Sexual Orientation and Gender Identity Issues Committee. (2018). *Conversion therapy policy statement*. [https://www.aacap.org/AACAP/Policy\\_Statements/2018/Conversion\\_Therapy.aspx](https://www.aacap.org/AACAP/Policy_Statements/2018/Conversion_Therapy.aspx).
- American College of Obstetricians and Gynecology. (2021). Health Care for transgender and gender diverse individuals: ACOG Committee Opinion, Number 823. *Obstetrics and Gynecology*, 137, e75. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004294>.
- American Medical Association. (2016). *Definitions of “screening” and “medical necessity” H-320.953*. Council on Medical Service. <https://policysearch.ama-assn.org/policy-finder/detail/H-320.953>
- American Medical Association. (2021). *Ethics: Informed consent*. <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/informed-consent>.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.97808904257>.
- American Psychological Association. (2015). Guidelines for professional practice with transgender and gender non-conforming people. *American Psychologist*, 70(9), 832–864. <https://doi.org/10.1037/a0039906>.
- American Psychological Association. (2021). *APA guidelines for psychological assessment and evaluation*. <https://www.apa.org/about/policy/guidelines-psychological-assessment-evaluation.pdf>
- American Psychological Association. (2021). *APA resolution on gender identity change efforts*. <https://www.apa.org/about/policy/resolution-gender-identity-change-efforts.pdf>
- American Urological Association (AUA) Board of Directors. (2019). *Pediatric decision making and differences of sex development: A Societies for Pediatric Urology and American Urological Association Joint Position Statement—American Urological Association*. (n.d.). <https://www.auanet.org/guidelines/guidelines/joint-statement-on-dsd>
- Amir, H., Yaish, I., Oren, A., Groutz, A., Greenman, Y., & Azem, F. (2020). Fertility preservation rates among transgender women compared with transgender men receiving comprehensive fertility counselling. *Reproductive Biomedicine Online*, 41(3), 546–554. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2020.05.003>.
- Amnesty International. (2020). *Amnesty International UK and Liberty joint statement on puberty blockers*. <https://www.amnesty.org.uk/press-releases/amnesty-international-uk-and-liberty-joint-statement-puberty-blockers>
- Amodeo, A. L., Vitelli, R., Scandurra, C., Picariello, S., & Valerio, P. (2015). Adult attachment and transgender identity in the Italian context: Clinical implications and suggestions for further research. *International Journal of Transgenderism*, 16(1), 49–61. <https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1022680>.
- Anai, T., Miyazaki, F., Tomiyasu, T., Matsuo, T. (2001). Risk of irregular menstrual cycles and low peak bone mass during early adulthood associated with age at menarche. *Pediatrics International*, 43(5), 483–488. <https://doi.org/10.1046/j.1442-200x.2001.01442.x>.
- Anda, R. F., Butchart, A., Felitti, V. J., & Brown, D. W. (2010). Building a framework for global surveillance of the public

- health implications of adverse childhood experiences. *American Journal of Preventive Medicine*, 39(1), 93–98. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.03.015>.
- Anderson, J. (2007). Endoscopic laryngeal web formation for pitch elevation. *The Journal of Otolaryngology*, 36(1), 6–12. <https://doi.org/10.2310/7070.2006.0153>.
- Anderson, J. A. (2014). Pitch elevation in transgendered patients: Anterior glottic web formation assisted by temporary injection augmentation. *Journal of Voice*, 28(6), 816–821. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2014.05.002>.
- Anderson, R. M. (2013). Positive sexuality and its impact on overall well-being. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 56(2), 208–214. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1607-z>.
- Andrzejewski, J., Pampati, S., Steiner, R. J., Boyce, L., & Johns, M. M. (2020). Perspectives of transgender youth on parental support: Qualitative findings from the resilience and transgender youth study. *Health Education & Behavior*, 109019812096550. <https://doi.org/10.1177/1090198120965504>.
- Angus, L. M., Nolan, B. J., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2020). A systematic review of antiandrogens and feminization in transgender women. *Clinical Endocrinology*, 94(5), 743–752. <https://doi.org/10.1111/cen.14329>.
- Ansara, Y. G., Hegarty, P., (2012). Cisgenderism in psychology: Pathologising and misgendering children from 1999 to 2008. *Psychology & Sexuality*, 3, 137–160. <https://doi.org/10.1080/19419899.2011.576696>.
- Antun, A., Zhang, Q., Bhasin, S., Bradlyn, A., Flanders, W. D., Getahun, D., & Goodman, M. (2020). Longitudinal changes in hematologic parameters among transgender people receiving hormone therapy. *Journal of the Endocrine Society*, 4(11), 1–11. <https://doi.org/10.1210/jendso/bvaa119>.
- Anzani, A., Lindley, L., Prunas, A., & Galupo, P. (2021). “I Use All the Parts I’m Given”: A qualitative investigation of transmasculine and nonbinary individuals’ use of body during sex. *International Journal of Sexual Health*, 33(1), 58–75. <https://doi.org/10.1080/19317611.2020.1853300>.
- Applebaum, P. S. (2007). Assessment of patients’ competence to consent to treatment. *New England Journal of Medicine*, 357(18), 1834–1840. <https://doi.org/10.1056/NEJMc074045>.
- Applegarth, G., & Nuttall, J. (2016). The lived experience of transgender people of talking therapies. *International Journal of Transgenderism*, 17(2), 66–72. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1149540>.
- APTIN & UNDP. (2012). *Lost in transition: transgender people, rights and HIV vulnerability in the Asia-Pacific region*. Asia Pacific Transgender Network. <https://weareaptn.org/resource/lost-in-transition-transgender-people-rights-and-hiv-vulnerability-in-the-asia-pacific-region/>
- APTIN. (2020a). *Conversion therapy practices*. Asia Pacific Transgender Network. [https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/03/Conversion-Therapy-2020-Indonesia\\_28Dec.pdf](https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/03/Conversion-Therapy-2020-Indonesia_28Dec.pdf)
- APTIN. (2020b). *Conversion therapy practices: Malaysia*. Asia Pacific Transgender Network. [https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/03/Conversion-Therapy-2020-Malaysia\\_29Dec.pdf](https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/03/Conversion-Therapy-2020-Malaysia_29Dec.pdf)
- APTIN. (2020c). *Conversion therapy practices: Sri Lanka*. Asia Pacific Transgender Network. [https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/03/Conversion-Therapy-2020-SriLanka\\_28Dec.pdf](https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/03/Conversion-Therapy-2020-SriLanka_28Dec.pdf)
- APTIN. (2021). *Conversion therapy practices: India*. Asia Pacific Transgender Network. [https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/06/Conversion-Therapy-India\\_CountrySnapshot\\_FinalMay2021-2.pdf](https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/06/Conversion-Therapy-India_CountrySnapshot_FinalMay2021-2.pdf)
- APTIN. (2022). *Towards transformative healthcare: Asia Pacific trans health and rights module*. Asia-Pacific Transgender Network <https://weareaptn.org/resource/towards-transformative-healthcare-asia-pacific-trans-health-and-rights-module/>
- Arcelus, J., Bouman, W. P., Van Den Noortgate, W., Claes, L., Witcomb, G., & Fernandez-Aranda, F. (2015). Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *European Psychiatry*, 30(6), 807–815. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.04.005>.
- Arcelus, J., Claes, L., Witcomb, G. L., Marshall, E., & Bouman, W. P. (2016). Risk factors for non-suicidal self-injury among trans youth. *Journal of Sexual Medicine*, 13(3), 402–412. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.003>.
- Aristegui, I., Radusky, P., Zalazar, V., Romero, M., Schwartz, J., & Sued, O. (2017). Impact of the gender identity law in Argentinean transgender women. *International Journal of Transgenderism*, 18(4), 446–456. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1314796>.
- Armuaud, G., Dhejne, C., Olofsson, J. I., & Rodriguez-Wallberg, K. A. (2017). Transgender men’s experiences of fertility preservation: A qualitative study. *Human Reproduction*, 32(2), 383–390. <https://doi.org/10.1093/humrep/dew323>.
- Armuaud, G., Dhejne, C., Olofsson, J. I., Stefenson, M., & Rodriguez-Wallberg, K. A. (2020). Attitudes and experiences of health care professionals when caring for transgender men undergoing fertility preservation by egg freezing: A qualitative study. *Therapeutic Advances in Reproductive Health*, 14, 1–12. <https://doi.org/10.1177/2633494120911036>.
- Armuaud, G. M., Nilsson, J., Rodriguez-Wallberg, K. A., Malmros, J., Arvidson, J., Lampic, C., & Wettergren, L. (2017). Physicians’ self-reported practice behaviour regarding fertility-related discussions in paediatric oncology in Sweden. *Psychooncology*, 26(10), 1684–1690. <https://doi.org/10.1002/pon.4507>.
- Armuaud, G. M., Wettergren, L., Rodriguez-Wallberg, K. A., & Lampic, C. (2014). Desire for children, difficulties achieving a pregnancy, and infertility distress 3 to 7 years after cancer diagnosis. *Support Care Cancer*, 22(10), 2805–2812. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2279-z>.
- Arnett, D. K., Blumenthal, R. S., Albert, M. A., Buroker, A. B., Goldberger, Z. D., Hahn, E. J., Himmelfarb, C. D., Khera, A., Lloyd-Jones, D., McEvoy, J. W., Michos, E. D., Miedema, M. D., Muñoz, D., Smith, S. C., Jr., Virani, S. S., Williams, K. A., Sr., Yeboah, J., & Ziaeian, B. (2019). 2019 ACC/AHA



- Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, 140(11), e596–e646. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000678>.
- Arnoldussen, M., Steensma, T. D., Popma, A., van der Miesen, A. I. R., Twisk, J. W. R., & de Vries, A. L. C. (2020). Re-evaluation of the Dutch approach: Are recently referred transgender youth different compared to earlier referrals? *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01691-5>.
- Ashley, F. (2019a). Gatekeeping hormone replacement therapy for transgender patients is dehumanising. *Journal of Medical Ethics*, 45(7), 480–482. <https://doi.org/10.1136/medethics-2018-105293>.
- Ashley, F. (2019b). Homophobia, conversion therapy, and care models for trans youth: Defending the gender-affirmative approach. *Journal of LGBT Youth*, 17(4), 361–383. <https://doi.org/10.1080/19361653.2019.1665610>.
- Ashley, F. (2019c). Puberty blockers are necessary, but they don't prevent homelessness: Caring for transgender youth by supporting unsupportive Parents/guardians. *The American Journal of Bioethics*, 19, 87–89. <https://doi.org/10.1080/15265161.2018.1557277>.
- Ashley, F. (2019d). Shifts in assigned sex ratios at gender identity clinics likely reflect changes in referral patterns. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(6), 948–949. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.03.407>.
- Ashley, F. (2019e). Thinking an ethics of gender exploration: Against delaying transition for transgender and gender creative youth. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 24(2), 223–236. <https://doi.org/10.1177/1359104519836462>.
- Asscheman, H., T'Sjoen, G., Lemaire, A., Mas, M., Meriggiola, M. C., Mueller, A., Kuhn, A., Dhejne, C., Morel-Journel, N., & Gooren, L. J. (2014). Venous thromboembolism as a complication of cross-sex hormone treatment of male-to-female transsexual subjects: A review. *Andrologia*, 46(7), 791–795. <https://doi.org/10.1111/and.12150>.
- Attig, R. (2022). A call for community-informed translation: Respecting Queer self-determination across linguistic lines. *Translation and Interpreting Studies*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1075/tis.21001.att>.
- Auchus, R. J., Witchel, S. F., Leight, K. R., Aisenberg, J., Azziz, R., Bachega, T. A., Baker, L. A., Baratz, A. B., Baskin, L. S., Berenbaum, S. A., Breault, D. T., Cerase, B. I., Conway, G. S., Eugster, E. A., Fracassa, S., Gearhart, J. P., Geffner, M. E., Harris, K. B., Hurwitz, R. S., & Katz, A. L. (2010). Guidelines for the development of comprehensive care centers for congenital adrenal hyperplasia: Guidance from the CARES foundation initiative. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2010. <https://doi.org/10.1155/2010/275213>.
- Aucoin, M. W., & Wassersug, R. J. (2006). The sexuality and social performance of androgen-deprived (castrated) men throughout history: Implications for modern day cancer patients. *Social Science & Medicine*, 63(12), 3162–3173. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.08.007>.
- Auer, M. K., Fuss, J., Nieder, T. O., Briken, P., Biedermann, S. V., Stalla, G.K., Beckmann, M. W., & Hildebrandt, T. (2018). Desire to have children among transgender people in Germany: A cross-sectional multi-center study. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(5), 757–767. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.03.083>.
- Auldridge, A., Tamar-Mattis, A., Kennedy, S., Ames, E., & Tobin, H. J. (2012). *Improving the lives of transgender older adults: Recommendations for policy and practice national center for transgender equality; services and advocacy for GLBT elders*. <https://www.sageusa.org/resource-posts/improving-the-lives-of-transgender-older-adults/accessed3/14/2022>
- Aurat Foundation. (2016). *Silent no more: Transgender community in Pakistan: Research study*. <https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/transgender-community-pakistan-2016.pdf>
- Austin, A., & Goodman, R. (2017). The impact of social connectedness and internalized transphobic stigma on self-esteem among transgender and gender non-conforming adults. *Journal of Homosexuality*, 64(6), 825–841. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1236587>.
- Austin, A., Craig, S. L., & Alessi, E. J. (2017). Affirmative cognitive behavior therapy with transgender and gender nonconforming adults. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(1), 141–156. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.10.003>.
- Austin, A., Craig, S. L., & McInroy, L. B. (2016). Toward transgender affirmative social work education. *Journal of Social Work Education*, 52(3), 297–310. <https://doi.org/10.1080/10437797.2016.1174637>.
- Australian Psychological Society. (2021). *Use of psychological practices that attempt to change or suppress a person's sexual orientation or gender*. Australian Psychological Society position statement. [https://psychology.org.au/get-media/7bb91307-14ba-4a24-b10b-750f85b0b729/updated\\_aps\\_position\\_statement\\_conversion\\_practices.pdf](https://psychology.org.au/get-media/7bb91307-14ba-4a24-b10b-750f85b0b729/updated_aps_position_statement_conversion_practices.pdf)
- Azagba, S., Latham, K., & Shan, L. (2019). Cigarette, smoke-less tobacco, and alcohol use among transgender adults in the United States. *International Journal of Drug Policy*, 73, 163–169. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.07.024>.
- Azul, D. (2015). Transmasculine people's vocal situations: A critical review of gender-related discourses and empirical data. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 50(1), 31–47. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12121>.
- Azul, D. (2016). Gender-related aspects of transmasculine people's vocal situations: Insights from a qualitative content analysis of interview transcripts. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 51(6), 672–684. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12239>.
- Azul, D., Arnold, A., & Neuschaefer-Rube, C. (2018). Do transmasculine speakers present with gender-related voice problems? Insights from a participant-centered mixed-methods study. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 61(1), 25–39. [https://doi.org/10.1044/2017\\_JSLHR-S-16-0410](https://doi.org/10.1044/2017_JSLHR-S-16-0410).
- Azul, D., & Hancock, A. B. (2020). Who or what has the

- capacity to influence voice production? Development of a transdisciplinary theoretical approach to clinical practice addressing voice and the communication of speaker socio-cultural positioning. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 22(5), 559–570. <https://doi.org/10.1080/17549507.2019.1709544>.
- Azul, D., Hancock, A. B., Lundberg, T., Nygren, U., & Dhejne, C. (2022). Supporting well-being in gender diverse people: A tutorial for implementing conceptual and practical shifts towards culturally-responsive, person-centered care in speech-language pathology. *American Journal of Speech-Language Pathology*, Advance online publication. [https://doi.org/10.1044/2022\\_AJSLP-21-00322](https://doi.org/10.1044/2022_AJSLP-21-00322).
- Azul, D., & Neuschaefer-Rube, C. (2019). Voice function in gender-diverse people assigned female at birth: Results from a participant-centered mixed-methods study and implications for clinical practice. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 62(9), 3320–3338. [https://doi.org/10.1044/2019\\_JSLHR-S-19-0063](https://doi.org/10.1044/2019_JSLHR-S-19-0063).
- Azul, D., Nygren, U., Södersten, M., & Neuschaefer-Rube, C. (2017). Transmasculine people's voice function: A re- view of the currently available evidence. *Journal of Voice*, 31(2), 261.e9–261.e23. <https://doi.org/10.1016/j.jvo-ice.2016.05.005>.
- Babu, R., & Shah, U. (2021). Gender identity disorder (GID) in adolescents and adults with differences of sex development (DSD): A systematic review and meta-analysis. *Journal of Pediatric Urology*, 17(1), 39–47. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2020.11.017>.
- Badowski, M. E., Britt, N., Huesgen, E. C., Lewis, M. M., Miller, M. M., Nowak, K., & Smith, R. O. (2021). Pharmacotherapy considerations in transgender individuals living with human immunodeficiency virus. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 41(3), 299–314. <https://doi.org/10.1002/phar.2499>.
- Baker, K. E., Wilson, L. M., Sharma, R., Dukhanin, V., McArthur, K., & Robinson, K. A. (2021). Hormone therapy, mental health, and quality of life among transgender people: A systematic review. *Journal of the Endocrine Society*, 5(4), bvab011. <https://doi.org/10.1210/jendso/bvab011>.
- Bakko, M., & Kattari, S. K. (2021). Differential access to transgender inclusive insurance and healthcare in the United States: challenges to health across the life course. *Journal of Aging & Social Policy*, 33(1), 67–81. <https://doi.org/10.1080/08959420.2019.1632681>.
- Balakrishnan, T. M., Nagarajan, S., & Jaganmohan, J. (2020). Retrospective study of prosthetic augmentation mammoplasty in transwomen. *Indian Journal of Plastic Surgery: Official Publication of the Association of Plastic Surgeons of India*, 53(1), 42–50. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1709427>.
- Baleige, A., de la Chenelie, M., Dassonneville, C., & Martin, M. J. (2021). Following ICD-11, rebuilding mental health care for transgender persons: Leads from field experimentations in Lille, France. *Transgender Health*, 7(1), 1–6. <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0143>.
- Banbury, S. (2004). Coercive sexual behaviour in British prisons as reported by adult ex-prisoners. *The Howard Journal of Criminal Justice*, 43(2), 113–130. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2311.2004.00316.x>.
- Banks, K., Kyinn, M., Leemaqz, S. Y., Sarkodie, E., Goldstein, D., & Irwig, M.S. (2021). Blood pressure effects of gender-affirming hormone therapy in transgender and gender-diverse adults. *Hypertension*, 77(6), 2066–2074. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.16839>.
- Bangalore Krishna, K., Fuqua, John S., Rogol, Alan D., Klein, Karen O., Popovic, J., Houk, Christopher P., Charmandari, E., & Lee, Peter A. (2019). Use of gonadotropin-releasing hormone analogs in children: Update by an international consortium. *Hormone Research in Paediatrics* 91 (6), 357–372. <https://doi.org/10.1159/000501336>.
- Bangalore Krishna, K., Kogan, B. A., Mazur, T., Hoebeke, P., Bogaert, G., & Lee, P. A. (2021). Individualized care for patients with intersex (differences of sex development): Part 4/5.Considering the Ifs, Whens, and Whats regarding sexual-reproductive system surgery. *Journal of Pediatric Urology*, 17(3), 338–345. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2021.02.011>.
- Baral, S. D., Poteat, T., Strömdahl, S., Wirtz, A. L., Guadamuz, T. E., & Beyrer, C. (2013). Worldwide burden of HIV in transgender women: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, 13(3), 214–222. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(12\)70315-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(12)70315-8).
- Baram, S., Myers, S. A., Yee, S., & Librach, C. L. (2019). Fertility preservation for transgender adolescents and young adults: A systematic review. *Human Reproduction Update*, 25(6), 694–716. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmz026>.
- Baratz, A. B., Sharp, M. K., & Sandberg, D. E. (2014). Disorders of sex development peer support. *Understanding Differences and Disorders of Sex Development (DSD)*, 27, 99–112. <https://doi.org/10.1159/000363634>.
- Barker, H., & Bariola, E., Lyons, A., Leonard, W., Pitts, M., Badcock, P., & Couch, M. (2015). Demographic and psychosocial factors associated with psychological distress and resilience among transgender individuals. *American Journal of Public Health*, 105(10), 2108–2116. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302763>.
- Barnhill, J. W. (2014). Perioperative care of the patient with psychiatric disease. In C. R. MacKenzie, C. N. Cornell, & D. G. Memtsoudis (Eds.), *Perioperative care of the orthopedic patient* (pp. 197–205). Springer.
- Barrow, K., & Apostle, D. (2018). Addressing mental health conditions often experienced by transgender and gender expansive children. In C. E. Keo-Meier & D. E. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. American Psychological Association. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9>
- Bartels, L., & Lynch, S. (2017). Transgender prisoners in Australia: An examination of the issues, law and policy. *Flinders Law Journal*, 19(2), 185–231. <http://classic.austlii.edu.au/au/journals/FlinLawJl/2017/8.pdf>
- Bartholomaeus, C., & Riggs, D. W. (2019). Transgender and non-binary Australians' experiences with healthcare



- professionals in relation to fertility preservation. *Culture, Health and Sexuality*, 22(2), 129–145. <https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1580388>.
- Bartholomaeus, C., Riggs, D. W., & Sansfaçon, A. P. (2020). Expanding and improving trans affirming care in Australia: Experiences with healthcare professionals among transgender young people and their parents. *Health Sociology Review*, 30(1), 58–71. <https://doi.org/10.1080/14461242.2020.1845223>.
- Başar, K., & Öz, G. (2016). Resilience in individuals with gender dysphoria: Association with perceived social support and discrimination. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27(4), 225–234. Başar, K., Öz, G., & Karakaya, J. (2016). Perceived discrimination, social support, and quality of life in gender dysphoria. *Journal of Sexual Medicine*, 13(7), 1133–1141. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.04.071>.
- Bauer, R. (2018). Bois and grrrls meet their daddies and mommies on gender playgrounds: Gendered age play in the les-bi-trans-queer BDSM communities. *Sexualities*, 21(1–2), 139–155. <https://doi.org/10.1177/1363460716676987>.
- Bauer, G. R., & Hammond, R. (2015). Toward a broader conceptualization of trans women's sexual health. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 24(1), 1–11. <https://doi.org/10.3138/cjhs.24.1-CO1>.
- Bauer, G. R., Hammond, R., Travers, R., Kaay, M., Hohenadel, K. M., & Boyce, M. (2009). "I don't think this is theoretical; this is our lives": How erasure impacts health care for transgender people. *Journal of Association in Nurses in AIDS Care*, 20(5), 348–361. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2009.07.004>.
- Bauer, G. R., Lawson, M. L., & Metzger, D. L. (2022). Do clinical data from transgender adolescents support the phenomenon of "rapid-onset gender dysphoria"? *The Journal of Pediatrics*, 243, 224–227. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2021.11.020>.
- Bauer, G., Pacaud, D., Couch, R., Metzger, D., Gale, L., Gotovac, S., Mokashi, A., Feder, S., Raiche, J., Speechley, K. N., Temple Newhook, J., Ghosh, S., Sansfaçon, A., Susset, F., & Lawson, M. & Trans Youth CAN! Research Team. (2021). Transgender youth referred to clinics for gender-affirming medical care in Canada. *Pediatrics*, 148 (5), e2020047266. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-047266>.
- Bauer, G. R., Scheim, A. I., Deutsch, M. B., & Massarella, C. (2014). Reported emergency department avoidance, use, and experiences of transgender persons in Ontario, Canada: Results from a respondent-driven sampling survey. *Annals of Emergency Medicine*, 63(6), 713–720. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2013.09.027>.
- Bauer, G. R., Scheim, A. I., Pyne, J., Travers, R., & Hammond, R. (2015). Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in Ontario, Canada. *BMC Public Health*, 15, 525. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1867-2>.
- Beach, L. B., Elasy, T. A., & Gonzales, G. (2018). Prevalence of self-reported diabetes by sexual orientation: Results from the 2014 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *LGBT Health*, 5(2), 129–133. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0091>.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press.
- Becasen, J. S., Denard, C. L., Mullins, M. M., Higa, D. H., & Sipe, T. A. (2018). Estimating the prevalence of HIV and sexual behaviors among the US transgender population: A systematic review and meta-analysis, 2006–2017. *American Journal of Public Health*, 109(1), e1–e8. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304727>.
- Becerra-Culqui, T. A., Liu, Y., Nash, R., Cromwell, L., Flanders, W. D., Getahun, D., Giammattei, S. V., Hunkeler, E. M., Lash, T. L., Millman, A., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Sandberg, D. E., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2018). Mental health of transgender and gender nonconforming youth compared with their peers. *Pediatrics*, 141(5), e20173845. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3845>.
- Beck, A. J. (2014). *Sexual victimization in prisons and jails reported by inmates, 2011–12*. PREA Data Collection Activities
- Becker, I., Auer, M., Barkmann, C., Fuss, J., Möller, B., Nieder, T. O., Fahrenkrug, S., Hildebrandt, T., & Richter-Appelt, H. (2018). A cross-sectional multicenter study of multidimensional body image in adolescents and adults with gender dysphoria before and after transition-related medical interventions. *Archives of Sexual Behaviour*, 47(8), 2335–2347. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1278-4>.
- Becker-Hebly, I., Fahrenkrug, S., Campion, F., Richter-Appelt, H., Schulte-Markwort, M., & Barkmann, C. (2021). Psychosocial health in adolescents and young adults with gender dysphoria before and after gender-affirming medical interventions: A descriptive study from the Hamburg Gender Identity Service. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(11), 1755–1767. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01640-2>.
- Beek, T. F., Cohen-Kettenis, P. T., & Kreukels, B. P. (2016). Gender incongruence/gender dysphoria and its classification history. *International Review of Psychiatry* 28(1), 5–12. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1091293>.
- Beek, T. F., Kreukels, B. P. C., Cohen-Kettenis, P. T., & Steensma, T. D. (2015). Partial treatment requests and underlying motives of applicants for gender affirming interventions. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(11), 2201–2205. <https://doi.org/10.1111/jsm.13033>.
- Bekeny, J. C., Zolper, E. G., Fan, K. L., & Del Corral, G. (2020). Breast augmentation for transfeminine patients: Methods, complications, and outcomes. *Gland Surgery*, 9(3), 788–796. <https://doi.org/10.21037/gf.2020.03.18>.
- Bellinga, R. J., Capitán, L., Simon, D., & Tenorio, T. (2017). Technical and clinical considerations for facial feminization surgery with rhinoplasty and related procedures. *JAMA Facial Plastic Surgery*, 19(3), 175–181. <https://doi.org/10.1001/jamafacial.2016.1572>.
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114(3), 413–434. <https://doi.org/10.1037/00332909.114.3.413>.
- Benedetti, M. G., Furlini, G., Zati, A., & Letizia Mauro, G. (2018). The effectiveness of physical exercise on bone density in osteoporotic patients. *Biomed Research International*, 2018, 4840531.

- <https://doi.org/10.1155/2018/4840531>.
- Benestad, E. E. P. (2010). From gender dysphoria to gender euphoria: An assisted journey. *Sexologies*, 19(4), 225–231. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2010.09.003>.
- Bennecke, E., Bernstein, S., Lee, P., van de Grift, T. C., Nordenskjöld, A., Rapp, M., Simmonds, M., Streuli, J. C., Thyen, U., & Wiesemann, C. (2021). Early genital surgery in disorders/differences of sex development: Patients' perspectives. *Archives of Sexual Behavior*. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-01953-6>.
- Bentsianov, S., Gordon, L., Goldman, A., Jacobs, A., & Steever, J. (2018). Use of copper intrauterine device in transgender male adolescents. *Contraception*, 98(1), 74–75. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.02.010>.
- Berenbaum, S. A. (2018). Evidence needed to understand gender identity: Commentary on Turban & Ehrensaft (2018). *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 59(12), 1244–1247. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12997>.
- Berenbaum, S., Beltz, A., & Corley, R. (2015). The importance of puberty for adolescent development: Conceptualization and measurement. *Advances in Child Development and Behavior*, 48, 53–92. <http://dx.doi.org/10.1016/bs.acdb.2014.11.002>.
- Berg, J. W., Appelbaum, P. S., Lidz, C. W., & Parker, L. (2001). *Informed consent: Legal theory and clinical practice* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Berg, D & Edwards-Leeper, L. (2018). Child and family assessment. In C. E. Keo-Meier & D. E. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children* (pp.101–124). American Psychological Association. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9>
- Berger, I., & Mooney-Somers, J. (2017). Smoking cessation programs for lesbian, gay, bisexual, transgender, and intersex people: A content-based systematic review. *Nicotine & Tobacco Research*, 19(12), 1408–1417. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntw216>.
- Berli, J. U., Knudson, G., Fraser, L., Tangpricha, V., Ettner, R., Ettner, F. M., Safer, J. D., Graham, J., Monstrey, S., & Schechter, L. (2017). What surgeons need to know about gender confirmation surgery when providing care for transgender individuals: A review. *JAMA Surgery*, 152(4), 394–400. <https://doi.org/10.1001/jama-surg.2016.5549>.
- Berli, J. U., Monstrey, S., Safa, B., & Chen, M. (2021). Neourethra creation in gender phalloplasty: Differences in techniques and staging. *Plastic Reconstructive Surgery*, 147 (5), 801e–811e. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000007898>.
- Bertalan, R., Lucas-Herald, A., Kolesinska, Z., Berra, M., Cools, M., Balsamo, A., & Hiort, O. (2018). Evaluation of DSD training schools organized by cost action BM1303 “DSDnet.” *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s13023-018-0967-3>.
- Bertelloni, S., & Mul, D. (2008). Treatment of central precocious puberty by GnRH analogs: Long-term outcome in men. *Asian Journal of Andrology*, 10(4), 525–534. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7262.2008.00409.x>.
- Bertelloni, S., Baroncelli, G. I., Ferdeghini, M., Menchini-Fabris, F., & Saggese, G. (2000). Final height, gonadal function and bone mineral density of adolescent males with central precocious puberty after therapy with gonadotropin-releasing hormone analogues. *European Journal of Pediatrics*, 159(5), 369–374. <https://doi.org/10.1007/s004310051289>.
- Bertin, C., Abbas, R., Andrieu, V., Michard, F., Rioux, C., Descamps, V., & Bouscarat, F. (2019). Illicit massive silicone injections always induce chronic and definitive silicone blood diffusion with dermatologic complications. *Medicine*, 98(4), e14143. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000014143>.
- Bertrand, B., Perchenet, A. S., Colson, T. R., Draï, D., & Casanova, D. (2017). Female-to-male transgender chest reconstruction: A retrospective study of patient satisfaction. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, 62(4), 303–307. <https://doi.org/10.1016/j.anplas.2017.05.005>.
- Bhattacharya, S., & Ghosh, D. (2020). Studying physical and mental health status among hijra, kothi and trans- gender community in Kolkata, India. *Social Science & Medicine*, 265, 113412. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113412>.
- Bisbey, T. M., Reyes, D. L., Traylor, A. M., & Salas, E. (2019). Teams of psychologists helping teams: The evolution of the science of team training. *American Psychologist*, 74(3), 278–289. <https://doi.org/10.1037/amp0000419>.
- Bishop, A. (2019). *Harmful treatment: the global reach of so-called conversion therapy*. Outright Action International. [https://outrightinternational.org/sites/default/files/ExecSumm\\_SinglePagesRandL.pdf](https://outrightinternational.org/sites/default/files/ExecSumm_SinglePagesRandL.pdf)
- Bisson, J. R., Chan, K. J., & Safer, J. D. (2018). Prolactin levels do not rise among transgender women treated with estradiol and spironolactone. *Endocrine Practice*, 24(7), 646–651. <https://doi.org/10.4158/EP-2018-0101>.
- Bizic, M. R., Jeftovic, M., Pusica, S., Stojanovic, B., Duisin, D., Vujovic, S., Rakic, V., & Djordjevic, M. L. (2018). Gender Dysphoria: Bioethical aspects of medical treatment. *Biomed Research International*, 2018, 9652305. <https://doi.org/10.1155/2018/9652305>.
- Blackless, M., Charuvastra, A., Derryck, A., Fausto-Sterling, A., Lauzanne, K., & Lee, E. (2000). How sexually dimorphic are we? Review and synthesis. *American Journal of Human Biology*, 12(2), 151. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1520-6300\(200003/04\)12:2<151::aid-ajhb1>3.3.co;2-6](https://doi.org/10.1002/(sici)1520-6300(200003/04)12:2<151::aid-ajhb1>3.3.co;2-6).
- Blecher, G. A., Christopher, N., & Ralph, D. J. (2019). Prosthetic placement after phalloplasty. *Urologic Clinics of North America*, 46(4), 591–603. <https://doi.org/10.1016/j.ucl.2019.07.013>.
- Block, C. (2017). Making a case for transmasculine voice and communication training. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 2(3), 33–41. <https://doi.org/10.1044/persp2.SIG3.33>.
- Blondeel, K., de Vasconcelos, S., García-Moreno, C., Stephenson, R., Temmerman, M., & Toskin, I. (2018). Violence motivated by perception of sexual orientation and gender identity: A systematic review. *Bulletin of the*

- World Health Organization, 96(1), 29–41L. <https://doi.org/10.2471/BLT.17.197251>.
- Bloom, T. M., Nguyen, T. P., Lami, F., Pace, C. C., Poulakis, Z., Telfer, M., Taylor, A., Pang, K. C., & Tollit, M. A. (2021). Measurement tools for gender identity, gender expression, and gender dysphoria in transgender and gender-diverse children and adolescents: A systematic review. *The Lancet Child & Adolescent Health*. [https://doi.org/10.1016/s23524642\(21\)00098-5](https://doi.org/10.1016/s23524642(21)00098-5).
- Blosnich, J. R., Brown, G. R., Shipherd, J. C., Kauth, M., Piegari, R. I., & Bossarte, R. M. (2013). Prevalence of gender identity disorder and suicide risk among transgender veterans utilizing veterans health administration care. *American Journal of Public Health*, 103(10), e27–e32. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301507>.
- Bockting, W. O., Miner, M. H., Swinburne Romine, R. E., Hamilton, A., & Coleman, E. (2013). Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *American Journal of Public Health*, 103(5), 943–951. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301241>.
- Bockting, W., & Coleman, E. (2016). *Developmental stages of the transgender coming-out process: Toward an integrated identity*. In R. Ettner, S. Monstrey, & E. Coleman (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 137–158). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Boedecker, A. L. (2011). *The transgender guidebook: Keys to a successful transition*. Boedecker.
- Bonnington, A., Dianat, S., Kerns, J., Hastings, J., Hawkins, M., De Haan, G., & Obedin-Maliver, J. (2020). Society of family planning clinical recommendations: Contraceptive counseling for transgender and gender diverse people who were female sex assigned at birth. *Contraception*, 102(2), 70–82. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2020.04.001>.
- Borgström, B., Fridström, M., Gustafsson, B., Ljungman, P., & Rodriguez-Wallberg, K. A. (2020). A prospective study on the long-term outcome of prepubertal and pubertal boys undergoing testicular biopsy for fertility preservation prior to hematologic stem cell transplantation. *Pediatric Blood Cancer*, 67(9), e28507. <https://doi.org/10.1002/pbc.28507>.
- Borghai-Razavi, H., Fragoza-Padilla, V., Hargus, G., Bakhti, S., & Schick, U. (2014). Meningioma: The unusual growth in a transsexual patient after estrogen-progesterone therapy. *SOJ Neurology*, 1(1), 1–3. <https://doi.org/10.15226/2374-6858/1/2/00109>
- Boskey, E. R., Taghinia, A. H., & Ganor, O. (2019). Association of surgical risk with exogenous hormone use in transgender patients: A systematic review. *JAMA Surgery* 154(2), 159–169. <https://doi.org/10.1001/jama-surg.2018.4598>.
- Boskey, E., Taghinia, A., & Ganor, O. (2018). Public accommodation laws and gender panic in clinical settings. *AMA Journal of Ethics*, 20(11), 1067–1074. <https://doi.org/10.1001/amajethics.2018.1067>.
- Bouman, M. B., van der Sluis, W. B., van Woudenberg Hamstra, L. E., Buncamper, M. E., Kreukels, B. P. C., Meijerink, W., & Mullender, M. G. (2016). Patient-reported esthetic and functional outcomes of primary total laparoscopic intestinal vaginoplasty in transgender women with penoscrotal hypoplasia. *Journal of Sexual Medicine*, 13 (9), 1438–1444. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.06.009>.
- Bouman, W. P., Claes, L., Brewin, N., Crawford, J. R., Millet, N., Fernandez-Aranda, F., & Arcelus, J. (2017). Transgender and anxiety: A comparative study between transgender people and the general population. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), 16–26. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1258352>.
- Bouman, W. P., Davey, A., Meyer, C., Witcomb, G. L., & Arcelus, J. (2016). Predictors of psychological well-being among treatment seeking transgender individuals. *Sexual and Relationship Therapy*, 31(3), 359–375. <https://doi.org/10.1080/14681994.2016.1184754>.
- Bouman, W. P., Richards, C., Addinall, R. M., Arango de Montis, I., Duisin, D., Estiva, I., Fisher, A., Harte, F., Khoury, B., Lu, Z., Marais, A., Mattila, A., Nayarana, R. D., Nieder, T. O., Robles-Garcia, R., Roque Guerra, A., Tereshkevich, D., T'Sjoen, G., & Wilson, D. (2014). Yes and yes again: Are standards of care which require two signatures for genital reconstructive surgery ethical? *Sex and Relationship Therapy*, 29(4), 377–389. <https://doi.org/10.1080/14681994.2014.954993>.
- Bouman, W. P., Schwend, A. S., Motmans, J., Smiley, A., Safer, J. D., Deutsch, M. B., Adams, N. J., & Winter, S. (2017). Language and trans health. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), 1–6. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1262127>.
- Bowling, J., Baldwin, A., & Schnarrs, P. W. (2019). Influences of health care access on resilience building among transgender and gender non-binary individuals. *International Journal of Transgenderism*, 20(2–3), 205–217. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1595807>.
- Boyd, J. (2019). *Aging in place, caregiving, and long-term care for transgender adults*. In C. Hardacker, K. Ducheny, & M. Houlber (Eds), *Transgender and gender nonconforming health and aging* (pp. 175–190). Springer.
- Bradford, J., Reisner, S. L., Honnold, J. A., & Xavier, J. (2013). Experiences of transgender-related discrimination and implications for health: Results from the Virginia Transgender Health Initiative Study. *American Journal of Public Health*, 103(10), 1820–1829. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300796>.
- Bradford, N. J., Rider, G. N., Catalpa, J. M., Morrow, Q. J., Berg, D. R., Spencer, K. G., & McGuire, J. K. (2018). Creating gender: A thematic analysis of genderqueer narratives. *International Journal of Transgenderism*, 20(2–3), 155–168. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1474516>.
- Brain, C. E., Creighton, S. M., Mushtaq, I., Carmichael, P. A., Barnicoat, A., Honour, J. W., Larcher, V., & Achermann, J. C. (2010). Holistic management of DSD. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 24(2), 335–354. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2010.01.006>.
- Branski, R. C., Verdolini, K., Sandulache, V., Rosen, C. A., & Hebda, P. A. (2006). Vocal fold wound healing: A review for clinicians. *Journal of Voice*, 20(3), 432–442. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2005.08.005>.
- Bränström, R., & Pachankis, J. E. (2021). Country-level structural stigma, identity concealment, and day-to-day



- discrimination as determinants of transgender people's life satisfaction. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(9), 1537–1545. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02036-6>.
- Bränström, R., Stormbom, I., Bergendal, M., & Pachanakis, J. (2022). Transgender-based disparities in suicidality: A population-based study of key predictions from four theoretical models. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 52, 401–412. <https://doi.org/10.1111/sltb.12830>.
- Braun, H., Nash, R., Tangpricha, V., Brockman, J., Ward, K., & Goodman, M. (2017). Cancer in transgender people: Evidence and methodological considerations. *Epidemiologic Reviews*, 39(1), 93–107. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxw003>.
- Braun, H., Zhang, Q., Getahun, D., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Goodman, M., & Yeung, H. (2021). Moderate-to-severe acne and mental health symptoms in transmasculine persons who have received testosterone. *JAMA Dermatology*, 157(3), 344–346. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2020.5353>.
- Brennan, A. M., Barnsteiner, J., Siantz, M. L., Cotter, V. T., & Everett, J. (2012). Lesbian, gay, bisexual, transgendered, or intersexed content for nursing curricula. *Journal of Professional Nursing*, 28(2), 96–104. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2011.11.004>.
- Brett, M. A., Roberts, L. F., Johnson, T. W., & Wassersug, R. J. (2007). Eunuchs in contemporary society: Expectations, consequences, and adjustments to castration (Part II). *The Journal of Sexual Medicine*, 4(4), 946–955. <https://doi.org/10.1111/j.17436109.2007.00522.x>.
- Brik, T., Vrouenraets, L., Schagen, S. E. E., Meissner, A., de Vries, M. C., & Hannema, S. E. (2019). Use of fertility preservation among a cohort of transgirls in the Netherlands. *Journal of Adolescent Health*, 64(5), 589–593. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.11.008>.
- Brömdal, A., Clark, K. A., Hughto, J., Debattista, J., Phillips, T. M., Mullens, A. B., Gow, J., & Daken, K. (2019). Whole-incarceration-setting approaches to supporting and upholding the rights and health of incarcerated transgender people. *The International Journal of Transgenderism*, 20(4), 341–350. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1651684>.
- Bronfenbrenner, U. (1979). Contexts of child rearing: Problems and prospects. *American Psychologist*, 34(10), 844–850. <https://doi.org/10.1037/0003066X.34.10.844>.
- Brown, A., Lourenco, A. P., Niell, B. L., Cronin, B., Dibble, E. H., DiNome, M. L., Goel, M. S., Hansen, J., Heller, S. L., Jochelson, M. S., Karrington, B., Klein, K. A., Mehta, T. S., Newell, M. S., Schechter, L., Stuckey, A. R., Swain, M. E., Tseng, J., Tuscano, D. S., & Moy, L. (2021). ACR appropriateness criteria® transgender breast cancer screening. *Journal of the American College of Radiology*, 18(11s), S502–s515. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2021.09.005>.
- Brown, E. & Mar, K. (2018). Culturally responsive practice with children of color. In Keo-Meier, C. and Ehrensaft, D., (Eds), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. American Psychological Association.
- Brown, G. R. (2009). Recommended revisions to the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care section on medical care for incarcerated persons with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 133–139. <https://doi.org/10.1080/15532730903008073>.
- Brown, G. R. (2010). Autocastration and autopenectomy as surgical self-treatment in incarcerated persons with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, 12 (1), 31–39. <https://doi.org/10.1080/15532731003688970>.
- Brown, G. R. (2014). Qualitative analysis of transgender inmates' correspondence: Implications for departments of correction. *Journal of Correctional Health Care*, 20(4), 334–342. <https://doi.org/10.1177/1078345814541533>.
- Brown, G. R., & Jones, K. T. (2015). Health correlates of criminal justice involvement in 4,793 transgender veterans. *LGBT Health*, 2(4), 297–305. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0052>.
- Brown, G. R., & Jones, K. T. (2016). Mental health and medical health disparities in 5135 transgender veterans receiving healthcare in the veterans health administration: A case-control study. *LGBT Health*, 3(2), 122–131. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0058>.
- Brown, G. R., & McDuffie, E. (2009). Health care policies addressing transgender inmates in prison systems in the United States. *Journal of Correctional Health Care*, 15(4), 280–291. <https://doi.org/10.1177/1078345809340423>.
- Brown, M., Perry, A., Cheesman, A. D., & Pring, T. (2000). Notes and discussion. Pitch change in male-to-female-transsexuals: Has phonosurgery a role to play? *International Journal of Language & Communication Disorders*, 35(1), 129–136. <https://doi.org/10.1080/136828200247296>.
- Brown, S. K., Chang, J., Hu, S., Sivakumar, G., Sataluri, M., Goldberg, L., Courey, M. S. (2021). Addition of Wendler glottoplasty to voice therapy improves trans female voice outcomes. *Laryngoscope*, 131(7), 1588–1593. <https://doi.org/10.1002/lary.29050>.
- Brumbaugh-Johnson, S. M., & Hull, K. E. (2019). Coming out as transgender: Navigating the social implications of a transgender identity. *Journal of Homosexuality*, 66(8), 1148–1177. <https://doi.org/10.1080/00918369.2018.1493253>.
- Bryant, L., Damarin, A. K., & Marshall, Z. (2014). Tobacco control recommendations identified by LGBT Atlantans in a community-based research project. *Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action*, 8(3), 259–260. <https://doi.org/10.1353/cpr.2014.0041>.
- Bryson, C., & Honig, S. C. (2019). Genitourinary complications of gender-affirming surgery. *Current Urology Reports*, 20(6). <https://doi.org/10.1007/s11934-0190894-4>.
- Buchting, F. O., Emory, K. T., Kim, Y., Fagan, P., Vera, L. E., & Emery, S. (2017). Transgender use of cigarettes, cigars, and e-cigarettes in a national study. *American Journal of Preventive Medicine*, 53(1), e1–e7. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.11.022>.
- Buckley, D. P., Dahl, K. L., Cler, G. J., & Stepp, C. E. (2020). Transmasculine voice modification: A case study. *Journal of Voice*, 34(6), 903–910. <https://doi.org/10.1016/j.jvo>

- ice.2019.05.003.
- Budge, S. L. (2013). Interpersonal psychotherapy with transgender clients. *Psychotherapy, 50*(3), 356–359. <https://doi.org/10.1037/a0032194>.
- Budge, S. L. (2015). Psychotherapists as gatekeepers: An evidence-based case study highlighting the role and process of letter writing for transgender clients. *Psychotherapy Theory Research Practice Training, 52*(3), 287–297 <https://doi.org/10.1037/pst0000034>.
- Budge, S. L., Adelson, J. L., & Howard, K. A. (2013). Anxiety and depression in transgender individuals: The roles of transition status, loss, social support, and coping. *Journal of Consult Clinical Psychology, 81*(3), 545–557. <https://doi.org/10.1037/a0031774>.
- Budge, S. L., Katz-Wise, S. L., Tebbe, E. N., Howard, K. A. S., Schneider, C. L., & Rodriguez, A. (2012). Transgender emotional and coping processes: Facilitative and avoidant coping throughout gender transitioning. *The Counseling Psychologist, 41* (4), 601–647. <https://doi.org/10.1177/0011000011432753>.
- Budge, S. L., Sinnard, M. T., & Hoyt, W. T. (2021). Longitudinal effects of psychotherapy with transgender and nonbinary clients: A randomized controlled pilot trial. *Psychotherapy (Chic.), 58*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1037/pst0000310>.
- Bultynck, C., Cosyns, M., T'Sjoen, G., Van Borsel, J., & Bonte, K. (2020). Thyroplasty type III to lower the vocal pitch in trans men. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery, 164*(1), 157–159. <https://doi.org/10.1177/0194599820937675>.
- Buncamper, M. E., Honselaar, J. S., Bouman, M. B., Özer, M., Kreukels, B. P., & Mullender, M. G. (2015). Aesthetic and functional outcomes of neovaginoplasty using penile skin in male-to-female transsexuals. *Journal of Sexual Medicine, 12*(7), 1626–1634. <https://doi.org/10.1111/jsm.12914>.
- Buncamper, M. E., van der Sluis, W. B., de Vries, M., Witte, B. I., Bouman, M. B., & Mullender, M. G. (2017). Penile inversion vaginoplasty with or without additional full-thickness skin graft: To graft or not to graft? *Plastic and Reconstructive Surgery, 139*(3), 649e–656e. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000003108>.
- Buncamper, M. E., van der Sluis, W. B., van der Pas, R. S. D., Özer, M., Smit, J. M., Witte, B. I., Bouman, M. B., & Mullender, M. G. (2016). Surgical outcome after penile inversion vaginoplasty: A retrospective study of 475 transgender women. *Plastic and Reconstructive Surgery, 138* (5), 999–1007. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000002684>.
- Bungener, S. L., de Vries, A. L. C., Popma, A., & Steensma, T. D. (2020). Sexual experiences of young transgender persons during and after gender-affirmative treatment. *Pediatrics, 146*(6), e20191411. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1411>.
- Bureau of Justice Assistance, United States. (2017). *Prison Rape Elimination Act of 2003*. U.S. G.P.O. <https://www.prapresourcencenter.org/about/prison-rape-elimination-act>. Burgwal, A., Gvianishvili, N., Hård, V., Kata, J., Nieto, I. G., Orre, C., Smiley, A., Vidić, J., & Motmans, J. (2019). Health disparities between binary and non-binary trans people: A community-driven survey. *International Journal of Transgenderism, 20*(2–3). <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1629370>.
- Burgwal, A., Gvianishvili, N., Hård, V., Kata, J., Nieto, I. G., Orre, C., Smiley, A., Vidić, J., & Motmans, J. (2021). The impact of training in transgender care on healthcare providers competence and confidence: A cross-sectional survey. *Healthcare, 9*(8), 967. <https://www.mdpi.com/2227-9032/9/8/967>.
- Burgwal, A., & Motmans, J. (2021). Trans and gender diverse people's experiences and evaluations with general and trans-specific healthcare services: A cross-sectional survey. *International Journal of Impotence Research, 33*, 679–686. <https://doi.org/10.1038/s41443-021-00432-9>.
- Burnes, T. R., Dexter, M. M., Richmond, K., Singh, A. A., & Cherrington, A. (2016). The experiences of transgender survivors of trauma who undergo social and medical transition. *Traumatology, 22*(1), 75–84. <https://doi.org/10.1037/trm0000064>.
- Bustos, S. S., Bustos, V. P., Mascaro, A., Ciudad, P., Forte, A. J., Del Corral, G., & Manrique, O. J. (2021). Complications and patient-reported outcomes in trans-female vaginoplasty: An updated systematic review and meta-analysis. *Plastic and Reconstructive Surgery—Global Open, 9* (3), e3510. <https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000003510>.
- Butler, J. (1993). *Bodies that matter. On the discursive limits of "sex"*. Routledge.
- Butler, J., Anstrom, K. J., Felker, G. M., Givertz, M. M., Kalogeropoulos, A. P., Konstam, M. A., Mann, D. L., Margulies, K. B., McNulty, S. E., Mentz, R. J., Redfield, M. M., Tang, W. H. W., Whellan, D. J., Shah, M., Desvigne-Nickens, P., Hernandez, A. F., & Braunwald, E. (2017). Efficacy and safety of spironolactone in acute heart failure. *JAMA Cardiology, 2*(9), 950. <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2017.2198>.
- Byne, W., Bradley, S. J., Coleman, E., Eyler, A. E., Green, R., Menvielle, E. J., Meyer-Bahlburg, F. L., Pleak, R. R., & Tompkins, D. A. (2012). Report of the American Psychiatric Association task force on treatment of gender identity disorder. *Archives of Sexual Behavior, 41*(4), 759–796. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-9975-x>.
- Byne, W., Karasic, D. H., Coleman, E., Eyler, A. E., Kidd, J. D., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Pleak, R. R., & Pula, J. (2018). Gender dysphoria in adults: An overview and primer for psychiatrists. *Transgender Health, 3*(1), 57–70. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0053>.
- Caceres, B. A., Streed, C. G. Jr., Corliss, H. L., Lloyd-Jones, D. M., Matthews, P. A., Mukherjee, M., Poteat, T., Rosendale, N., Ross, L. M., & American Heart Association Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Hypertension; Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health; Council on Peripheral Vascular Disease; and Stroke Council. (2020). Assessing and addressing cardiovascular health in LGBTQ adults: A scientific statement *The American Heart Association. Circulation, 142*(19), e321–e332. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000914>.
- Cai, X., Hughto, J. M., Reisner, S. L., Pachankis, J. E., & Levy, B. R. (2019). Benefit of gender-affirming medical treatment for transgender elders: Later-life alignment of mind and body. *LGBT Health, 6*(1), 34–39.



- <https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0262>.
- Callander, D., Wiggins, J., Rosenberg, S., Cornelisse, V. J., Duck-Chong, E., Holt, M., Pony, M., Vlahakis, E., MacGibbon, J., & Cook, T. (2019). *The 2018 Australian trans and gender diverse sexual health survey: report of findings*.  
The Kirby Institute, University of New South Wales. [https://genderrights.org.au/wp-content/uploads/2020/03/ATGDSexualHealthSurveyReport\\_v7.pdf](https://genderrights.org.au/wp-content/uploads/2020/03/ATGDSexualHealthSurveyReport_v7.pdf)
- Callen Lorde. (2020a). *Safer binding* [http://callenlorde.org/graphics/2018/09/SaferBinding\\_2018\\_FIN\\_AL.pdf](http://callenlorde.org/graphics/2018/09/SaferBinding_2018_FIN_AL.pdf).
- Callen Lorde. (2020b). *Safer tucking*. [http://callenlorde.org/graphics/2018/09/HOTT-Safer-Tucking\\_Final.pdf](http://callenlorde.org/graphics/2018/09/HOTT-Safer-Tucking_Final.pdf).
- Callens, N., Kreukels, B. P. C., & van de Grift, T. C. (2021). Young voices: Sexual health and transition care needs in adolescents with intersex/differences of sex development—A pilot study. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 34(2), 176–189.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2020.11.001>.
- Callens, N., Van Kuyk, M., van Kuppenveld, J. H., Drop, S. L. S., Cohen-Kettenis, P. T., & Dessens, A. B. (2016). Recalled and current gender role behavior, gender identity and sexual orientation in adults with disorders/differences of sex development. *Hormones and Behavior*, 86, 8–20. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2016.08.008>.
- Canner, J. K., Harfouch, O., Kodadek, L. M., Pelaez, D., Coon, D., Offodile, A. C., 2nd, Haider, A. H., & Lau, B. D. (2018). Temporal trends in gender-affirming surgery among transgender patients in the United States. *JAMA Surgery*, 153(7), 609–616. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.6231>.
- Canonico, M., Oger, E., Plu-Bureau, G., Conard, J., Meyer, G., Lévesque, H., & Scarabin, P. Y. (2007). Hormone therapy and venous thromboembolism among postmenopausal women: Impact of the route of estrogen administration and progestogens: The ESTHER study. *Circulation*, 115 (7), 840–845. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.642280>.
- Capitán, L., Gutierrez Santamaria, J., Simon, D., Coon, D., Bailon, C., Bellinga, R. J., Tenorio, T., & Capitán-Canadas, F. (2020). Facial gender confirmation surgery: A protocol for diagnosis, surgical planning, and postoperative management. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 145(4), 818e–828e. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000006686>.
- Capitán, L., Simon, D., Kaye, K., & Tenorio, T. (2014). Facial feminization surgery: The forehead. Surgical techniques and analysis of results. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 134(4), 609–619. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000000545>.
- Capitán, L., Simon, D., Meyer, T., Alcaide, A., Wells, A., Bailon, C., Bellinga, R. J., Tenorio, T., & Capitán-Canadas, F. (2017). Facial feminization surgery: Simultaneous hair transplant during forehead reconstruction. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 139(3), 573–584. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000003149>.
- Cardoso da Silva, D. C., Schwarz, K., Fontanari, A. M., Costa, A. B., Massuda, R., Henriques, A. A., Salvador, J., Silveira, E., Rosito, T. E., & Rodrigues Lobato, M. I. (2016). WHOQOL-100 before and after sex reassignment surgery in Brazilian male-to-female transsexual individuals. *Journal of Sexual Medicine*, 13(6), 988–993. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.03.370>.
- Carel, J. C., Eugster, E. A., Rogol, A., Ghizzoni, L., & Palmert, M. R. (2009). Consensus statement on the use of gonadotropin-releasing hormone analogs in children. *Pediatrics*, 123(4), e752–e762. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-1783>.
- CARES Foundation. (2020). *Statement on surgery*. <https://www.caresfoudation.org/treatment/surgery.pdf>
- Carew, L., Dacakis, G., & Oates, J. (2007). The effectiveness of oral resonance therapy on the perception of femininity of voice in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 21(5), 591–603. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2006.05.005>.
- Carmichael, P., Butler, G., Masic, U., Cole, T. J., De Stavola, B. L., Davidson, S., Skageberg, E. M., Khadr, S., & Viner, R. M. (2021). Short-term outcomes of pubertal suppression in a selected cohort of 12 to 15 year old young people with persistent gender dysphoria in the UK. *PLoS One*, 16(2), e0243894. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243894>.
- Carpenter, M. (2018). Intersex variations, human rights, and the International Classification of Diseases. *Health and Human Rights Journal*, 20(2), 205–214.
- Carpenter, M. (2021). Intersex human rights, sexual orientation, gender identity, sex characteristics and the Yogyakarta Principles plus 10. *Culture, Health & Sexuality*, 23(4), 516–532. <https://doi.org/10.1080/13691058.2020.1781262>.
- Carpenter, C. S., Eppink, S. T., & Gonzales, G. (2020). Transgender status, gender identity, and socioeconomic outcomes in the United States. *ILR Review*, 73(3), 573–599. <https://doi.org/10.1177/0019793920902776>.
- Carpenter, W. T., Gold, J. M., Lahti, A. C., Queern, C. A., Conley, R. R., Bartko, J. J., Kovnik, J., & Applebaum, P. S. (2000). Decisional capacity for informed consent in schizophrenia research. *Archives of General Psychiatry*, 57(6), 533–538. [10-1001/pubs.ArchGenPsychiatry-ISSN-0003-990x-57-6-yoa9156](https://doi.org/10.1001/pubs.ArchGenPsychiatry-ISSN-0003-990x-57-6-yoa9156).
- Carroll, L. (2017). Therapeutic issues with transgender elders. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(1), 127–140. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.psc.2016.10.004>.
- Carroll, L., Graff, C., Wicks, M., & Diaz Thomas, A. (2020). Living with an invisible illness: A qualitative study exploring the lived experiences of female children with congenital adrenal hyperplasia. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 29(3), 673–681. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02350-2>.
- Carswell, J. M., & Roberts, A. L. (2017). Induction and maintenance of amenorrhea in transmasculine and non-binary adolescents. *Transgender Health*, 2, 195–201. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0021>.
- Carter, H. B., Albertsen, P. C., Barry, M. J., Etzioni, R., Freedland, S. J., Greene, K. L., Holmberg, L., Kantoff, P., Konety, B. R., Murad, M. H., Penson, D. F., & Zietman, A. L. (2013). Early detection of prostate cancer: AUA Guideline. *Journal of Urology*, 190(2), 419–426. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2013.04.119>.

- Cartwright, C., Hughes, M., & Lienert, T. (2012). End-of-life care for gay, lesbian, bisexual and transgender people. *Culture, Health & Sexuality*, 14(5), 537–548. <https://doi.org/10.1080/13691058.2012.673639>.
- Casado, J. C., Rodríguez-Parra, M. J., & Adrián, J. A. (2017). Voice feminization in male-to-female transgendered clients after Wendler's glottoplasty with vs. without voice therapy support. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 274(4), 2049–2058. <https://doi.org/10.1007/s00405-016-4420-8>.
- Castellano, E., Crespi, C., Dell'Aquila, C., Rosato, R., Catalano, C., Mineccia, V., Motta, G., Botto, E., & Manieri, C. (2015). Quality of life and hormones after sex reassignment surgery. *Journal of Endocrinological Investigation*, 38(12), 1373–1381. <https://doi.org/10.1007/s40618-015-0398-0>.
- Catelan, R. F., Costa, A. B., & Lisboa, C. S. M. (2017). Psychological interventions for transgender persons: A scoping review. *International Journal of Sexual Health*, 29(4), 325–337. <https://doi.org/10.1080/19317611.2017.1360432>.
- Cauffman, E., & Steinberg, L. (2000). (Im)maturity of judgment in adolescence: Why adolescents may be less culpable than adults. *Behavioral Sciences & the Law*, 18(6), 741–760. <https://doi.org/10.1002/bsl.416>.
- Cavanaugh, T., Hopwood, R., & Lambert, C. (2016). Informed consent in the medical care of transgender and gender-nonconforming patients. *AMA Journal of Ethics*, 18(11), 1147–1155. <https://doi.org/10.1001/journalofethics.2016.18.11.sect1-1611>.
- Celentano, D. D., & Szklo, M. (2019). *Gordis Epidemiology*. Elsevier.
- Census Organization of India. (2015). *Population census 2011*. <https://www.census2011.co.in>
- Center of Excellence for Transgender Health. (2016). *Guidelines for the primary and gender-affirming care of transgender and gender nonbinary people* (2nd ed.). Center of Excellence for Transgender Health, UCSF. <https://tran-scare.ucsf.edu/guidelines>.
- Centers for Disease Control. (2020). *Transforming health: Patient-centered HIV prevention and care*. <https://www.cdc.gov/hiv/clinicians/transforming-health/health-care-providers/sexual-history.html>.
- Centers for Disease Control. (2021). Preexposure prophylaxis for the prevention of HIV infection in the United States—2021 update clinical practice guideline. <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/risk/prep/cdc-hiv-prep-guidelines-2021.pdf>
- Centers for Medicare and Medicaid Services. (2010). *Toolkit Part 11: Guidelines for translation*. <https://www.cms.gov/OutreachandEducation/Outreach/WrittenMaterialsToolkit/ToolkitPart11>
- Chadwick, S. B., Francisco, M., van Anders, S. M. (2019). When orgasms do not equal pleasure: Accounts of “bad” orgasm experiences during consensual sexual encounters. *Archives of Sexual Behavior*, 48, 2435–2459. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01527-7>.
- Chan, K. J., Liang J. J., Jolly, D., Weinand, J. D., & Safer J. D. (2018). Exogenous testosterone does not induce or exacerbate the metabolic features associated with PCOS among transgender men. *Endocrine Practice* 24(6), 565–572. <https://doi.org/10.4158/EP-2017-0247>.
- Chang, J., Brown, S. K., Hu, S., Sivakumar, G., Sataluri, M., Goldberg, L., Courey, M. S. (2021). Effect of Wendler glottoplasty on acoustic measures of voice. *Laryngoscope*. 131(3), 583–586. <https://doi.org/10.1002/lary.28764>.
- Chantrapanichkul, P., Stevenson, M. O., Suppakitjanusant, P., Goodman, M., & Tangpricha, V. (2021). Serum hormone concentrations in transgender individuals receiving gender-affirming hormone therapy: A longitudinal retrospective cohort Study. *Endocrine Practice*, 27(1), 27–33. <https://doi.org/10.4158/EP-2020-0414>.
- Charter, R. (2018). The transgender parent: Experiences and constructions of pregnancy and parenthood for transgender men in Australia. *International Journal of Transgenderism*, 19(1), 64–77. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1399496>.
- Chase, C. (2003). What is the agenda of the intersex patient advocacy movement? *The Endocrinologist*, 13(3), 240–242. <https://doi.org/10.1097/01.ten.0000081687.21823.d4>.
- Chen, D., Abrams, M., Clark, L., Ehrensaft, D., Tishelman, A. C., Chan, Y.-M., Garofalo, R., Olson-Kennedy, J., Rosenthal, S. M., & Hidalgo, M. A. (2021). Psychosocial characteristics of transgender youth seeking gender-affirming medical treatment: Baseline findings from the trans youth care study. *Journal of Adolescent Health*, 68(6), 1104–1111. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.07.033>.
- Chen, D., Hidalgo, M. A., Leibowitz, S., Leininger, J., Simons, L., Finlayson, C., & Garofalo, R. (2016). Multidisciplinary care for gender-diverse youth: A narrative review and unique model of gender-affirming care. *Transgender Health*, 1(1), 117–123. <https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0009>.
- Chen, D., Kyweluk, M. A., Sajwani, A., Gordon, E. J., Johnson, E. K., Finlayson, C. A., & Woodruff, T. K. (2019). Factors affecting fertility decision-making among transgender adolescents and young adults. *LGBT Health*, 6(3), 107–115. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0250>.
- Chen, D., Matson, M., Macapagal, K., Johnson, E. K., Rosoklija, I., Finlayson, C., Fisher, C. B., & Mustanski, B. (2018). Attitudes toward fertility and reproductive health among transgender and gender-nonconforming adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 63(1), 62–68. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.11.306>.
- Chen, D., Simons, L., Johnson, E. K., Lockart, B. A., & Finlayson, C. (2017). Fertility preservation for transgender adolescents. *Journal of Adolescent Health* 61(1), 120–123. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.01.022>.
- Chen, D., Strang, J. F., Kolbuck, V. D., Rosenthal, S. M., Wallen, K., Waber, D. P., Steinberg, L., Sisk, C. L., Ross, J., Paus, T., Mueller, S. C., McCarthy, M. M., Micevych, P. E., Martin, C. L., Kreukels, B. P. C., Kenworthy, L., Herting, M. M., Herlitz, A., Haraldsen, I. R. J. H., & Dahl, R. (2020). Consensus parameter: Research methodologies to evaluate neurodevelopmental effects of pubertal suppression in transgender youth. *Transgender Health*, 5(4), 246–257. <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0006>.
- Chen, M., Fuqua, J., & Eugster, E. A. (2016). Characteristics of referrals for gender dysphoria over a 13-year period. *Journal of Adolescent Health*, 58(3), 369–371. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.03.006>.

- org/10.1016/j.jadohealth.2015.11.010.
- Chen, S., & Loshak, H. (2020). *Primary care initiated gender-affirming therapy for gender dysphoria: A review of evidence based guidelines*. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563451/>.
- Cheng, P. J., Pastuszak, A. W., Myers, J. B., Goodwin, I. A., & Hotaling, J. M. (2019). Fertility concerns of the transgender patient. *Translational Andrology and Urology*, 8(3), 209–218. <https://doi.org/10.21037/tau.2019.05.09>.
- Cheung, A. S., Wynne, K., Erasmus, J., Murray, S., & Zajac, J. D. (2019). Position statement on the hormonal management of adult transgender and gender diverse individuals. *Medical Journal of Australia*, 211(3):127–33. <https://doi.org/10.5694/mja.21.50259>.
- Chew, D., Anderson, J., Williams, K., May, T., & Pang, K. (2018). Hormonal treatment in young people with gender dysphoria: A systematic review. *Pediatrics*, 141(4), e20173742. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3742>.
- Chew, D., Tollit, M. A., Poulakis, Z., Zwickl, S., Cheung, A. S., & Pang, K. C. (2020). Youths with a non-binary gender identity: A review of their sociodemographic and clinical profile. *Lancet Child Adolescent Health*, 4, 322–330. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(19\)30403-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30403-1).
- Chiland, C., Clouet, A. M., Golse, B., Guinot, M., & Wolf, J. P. (2013). A new type of family: Transmen as fathers thanks to donor sperm insemination. A 12-year follow-up exploratory study of their children. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 61(6), 365–370. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2013.07.001>.
- Chiniara, L. N., Viner, C., Palmert, M., & Bonifacio, H. (2019). Perspectives on fertility preservation and parenthood among transgender youth and their parents. *Archives of Disease in Childhood*, 104(8), 739–744. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2018-316080>.
- Chinn, P. (2013). Commentary lesbian, gay, bisexual and transgender health: Disparities we can change. *Nurse Educator*, 38(3), 94–95. <https://doi.org/10.1097/NNE.0b013e31828dc235>.
- Chipkin, S. R., & Kim, F. (2017). Ten most important things to know about caring for transgender patients. *American Journal of Medicine*, 130(11), 1238–1245. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2017.06.019>.
- Chisolm-Straker, M., Willging, C., Daul, A. D., McNamara, S., Sante, S. C., Shattuck, D. G., & Crandall, C. S. (2018). Transgender and gender-nonconforming patients in the emergency department: What physicians know, think, and do. *Annals of Emergency Medicine*, 71(2), 183–188. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2017.09.042>.
- Chlebowski, R. T., Anderson, G. L., Aragaki, A. K., Manson, J. E., Stefanick, M. L., Pan, K., Barrington, W., Kuller, L. H., Simon, M. S., Lane, D., Johnson, K. C., Rohan, T.E., Gass, M., Cauley, J. A., Paskett, E. D., Sattari, M., & Prentice, R. L. (2020). Association of menopausal hormone therapy with breast cancer incidence and mortality during long-term follow-up of the women's health initiative randomized clinical trials. *JAMA*, 324(4), 369–380. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.9482>.
- Chrisler, J. C., Gorman, J. A., Marion, J., Murgo, M., Barney, A., Adams-Clark, A., Newton, J. R., & McGrath, M. (2016). Queer periods: Attitudes toward and experiences with menstruation in the masculine of centre and trans-gender community. *Culture, Health & Sexuality*, 18(11), 1238–1250. <https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1182645>.
- Chumakov, E. M., Ashenbrenner, Y. V., Petrova, N. N., Zastrozhin, M. S., Azarova, L. A., & Limankin, O. V. (2021). Anxiety and depression among transgender people: Findings from a cross-sectional online survey in Russia. *LGBT Health*, 8(6), 412–419. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0464>.
- Cipres, D., Seidman, D., Cloniger, C., 3rd, Nova, C., O'Shea, A., & Obedin-Maliver, J. (2017). Contraceptive use and pregnancy intentions among transgender men presenting to a clinic for sex workers and their families in San Francisco. *Contraception*, 95(2), 186–189. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.09.005>.
- Cirrincione, L. R., Senneker, T., Scarsi, K. K., & Tseng, A. (2020). Drug interactions with gender-affirming hormone therapy: Focus on antiretrovirals and direct acting antivirals. *Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology*, 16(7), 565–581. <https://doi.org/10.1080/17425255.2020.1777278>.
- Claes, K. E. Y., D'Arpa, S., & Monstrey, S. J. (2018). Chest surgery for transgender and gender nonconforming individuals. *Clinics in Plastic Surgery*, 45(3), 369–380. <https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.03.010>.
- Claes, L., Bouman, W. P., Witcomb, G., Thurston, M., & Arcelus, J. (2015). Non-suicidal self-injury in transsexualism: Associations with psychological symptoms, victimization, interpersonal functioning and perceived social support. *Journal of Sexual Medicine*, 12(1), 168–179. <https://doi.org/10.1111/jsm.12711>.
- Clark, B. A., Marshall, S. K., & Saewyc, E. M. (2020). Hormone therapy decision-making processes: Transgender youth and parents. *Journal of Adolescence*, 79, 136–147. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.12.016>.
- Clark, B. A., Veale, J. F., Townsend, M., Frohard-Dourlent, H., & Saewyc, E. (2018). Non-binary youth: Access to gender-affirming primary health care. *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 158–169. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1394954>.
- Clark, K. A., White Hughto, J. M., & Pachankis, J. E. (2017). "What's the right thing to do?" Correctional healthcare providers' knowledge, attitudes and experiences caring for transgender inmates. *Social Science & Medicine* (1982), 193, 80–89. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.052>.
- Clark, T. C., Lucassen, M. F., Bullen, P., Denny, S. J., Fleming, T. M., Robinson, E. M., & Rossen, F. V. (2014). The health and well-being of transgender high school students: Results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'12). *Journal of Adolescent Health*, 55(1), 93–99. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.008>.
- Clements-Nolle, K., Guzman, R., & Harris, S. G. (2008). Sex trade in a male-to-female transgender population: Psychosocial correlates of inconsistent condom use. *Sexual Health*, 5(1), 49–54. <https://doi.org/10.1071/>



SH07045.

- Cocchetti, C., Ristori, J., Mazzoli, F., Prunas, A., Bertelloni, S., Magini, A., Vignozzi, L., Maggi, M., & Fisher, A. D. (2020). 5 $\alpha$ -Reductase-2 deficiency: Is gender assignment recommended in infancy? Two case-reports and review of the literature. *Journal of Endocrinological Investigation*, 43(8), 1131–1136. <https://doi.org/10.1007/s40618-020-01193-w>.
- Cocchetti, C., Ristori, J., Romani, A., Maggi, M., & Fisher, A. D. (2020). Hormonal treatment strategies tailored to non-binary transgender individuals. *Journal of Clinical Medicine*, 9(6), 1609. <https://doi.org/10.3390/jcm9061609>.
- Cohanzad, S. (2016). Extensive metoidioplasty as a technique capable of creating a compatible analogue to a natural penis in female transsexuals. *Aesthetics in Plastic Surgery*, 40(1), 130–138. <https://doi.org/10.1007/s00266-015-0607-4>.
- Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Gender change in 46,XY persons with 5 $\alpha$ -reductase-2 deficiency and 17 $\beta$ -hydroxysteroid dehydrogenase-3 deficiency. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 399–410. <https://doi.org/10.1007/s10508-005-4339-4>.
- Cohen-Kettenis, P. T., Owen, A., Kaijser, V. G., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2003). Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(1), 41–53. <https://doi.org/10.1023/a:1021769215342>.
- Cohen-Kettenis, P. T., & van Goozen, S. H. (1997). Sex reassignment of adolescent transsexuals: A follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(2), 263–271. <https://doi.org/10.1097/00004583-199702000-00017>.
- Colebunders, B., Brondeel, S., D'Arpa, S., Hoebeke, P., & Monstrey, S. (2017). An update on the surgical treatment for transgender patients. *Sexual Medicine Reviews*, 5(1), 103–109. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2016.08.001>.
- Colebunders, B., T'Sjoen, G., Weyers, S., & Monstrey, S. (2014). Hormonal and surgical treatment in transwomen with BRCA1 mutations: A controversial topic. *Journal of Sexual Medicine*, 11(10), 2496–2499. <https://doi.org/10.1111/jsm.12628>.
- Coleman, E., Allen, M. P., & Ford, J. V. (2018). Gender variance and sexual orientation among male spirit mediums in Myanmar. *Archives of Sexual Behavior*, 47(4), 987–998. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1172-0>.
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., Fraser, L., Green, J., Knudson, G., Meyer, W. J., Monstrey, S., Adler, R. K., Brown, G. R., Devor, A. H., Ehrbar, R., Ettner, R., Eyler, E., Garofalo, R., Karasic, D. H., Lev, A. I., Mayer, G., Meyer-Bahlburg, H., Hall, B. P., Pfaefflin, F., Rachlin, K., Robinson, B., Schechter, L. S., Tangpricha, V., van Trotsenburg, M., Vitale, A., Winter, S., Whittle, S., Wylie, K. R., & Zucker, K. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, Version 7. *International Journal of Transgenderism*, 13(4), 165–224. <https://doi.org/10.1080/15532739.2011.700873>.
- Colizzi, M., Costa, R., & Todarello, O. (2014). Transsexual patients' psychiatric comorbidity and positive effect of cross-sex hormonal treatment on mental health: Results from a longitudinal study. *Psychoneuroendocrinology*, 39, 65–73. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2013.09.029>.
- Colizzi, M., Costa, R., & Todarello, O. (2015). Dissociative symptoms in individuals with gender dysphoria: Is the elevated prevalence real? *Psychiatry Research*, 226(1), 173–180. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.12.045>.
- Collin, L., Reisner, S. L., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2016). Prevalence of transgender depends on the "case" definition: A systematic review. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(4), 613–626. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.02.001>.
- Comite, F., Cutler, G. B., Jr., Rivier, J., Vale, W. W., Loriaux, D. L., & Crowley, W. F., Jr. (1981). Short-term treatment of idiopathic precocious puberty with a long-acting analogue of luteinizing hormone-releasing hormone. A preliminary report. *New England Journal of Medicine*, 305 (26), 1546–1550. <https://doi.org/10.1056/nejm198112243052602>.
- Comparison of State Correctional Policies in the United States. *Sexuality Research and Social Policy*, 16(4), 393–407. <https://doi.org/10.1007/s13178-018-0354-9>.
- Conlin, S. E., Douglass, R. P., Larson-Konar, D. M., Gluck, M. S., Fiume, C., & Heesacker, M. (2019). Exploring nonbinary gender identities: A qualitative content analysis. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 13(2), 114–133. <https://doi.org/10.1080/15538605.2019.1597818>.
- Connelly, P. J., Clark, A., Touyz, R. M., & Delles, C. (2021). Transgender adults, gender-affirming hormone therapy and blood pressure: A systematic review. *Journal of Hypertension*, 39(2), 223–230. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000002632>.
- Connelly, P. J., Marie Freel, E., Perry, C., Ewan, J., Touyz, R. M., Currie, G., & Delles, C. (2019). Gender-affirming hormone therapy, vascular health and cardiovascular disease in transgender adults. *Hypertension*, 74(6), 1266–1274. <https://doi.org/10.1161/HYP> ERTENSI ONAHA.119.13080.
- Conron, K. J., Scott, G., Stowell, G. S., & Landers, S. J. (2012). Transgender health in Massachusetts: Results from a household probability sample of adults. *American Journal of Public Health*, 102(1), 118–122. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300315>.
- Cook-Daniels, L. (2016). *Understanding transgender elders*. In D. A. Harley, & P. B. Tester, *Handbook of LGBT elders* (pp. 285–308). Springer.
- Coolhart, D. (2018). Helping families move from distress to resilience. In C. E. Keo-Meier & D. E. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. American Psychological Association. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9>
- Coolhart, D., Ritenour, K., & Grodzinski, A. (2017). Experiences of ambiguous loss for parents of transgender male youth: A phenomenological exploration. *Contemporary Family Therapy*, 40(1), 28–41. <https://doi.org/10.1007/s10591-017-9426-x>.
- Coon, D., Tuffaha, S., Christensen, J., & Bonawitz, S. C.



- (2013). Plastic surgery and smoking: A prospective analysis of incidence, compliance, and complications. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 131(2), 385–391. <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e318277886a>.
- Cornwall, A., & Jolly, S. (2006). Introduction: Sexuality matters. *IDS Bulletin*, 37(5), 1–11. <https://doi.org/10.1111/j.1759-5436.2006.tb00295.x>.
- Corrective Services New South Wales. (2015). *Section 7.23 Management of transgender and intersex inmates, Operations Procedures Manual*, Sydney, NSW
- Costa, A. B., da Rosa Filho, H. T., Pase, P. F., Fontanari, A. M. V., Catelan, R. F., Mueller, A., Cardoso, D., Soll, B., Schwarz, K., Schneider, M. A., Gagliotti, D. A. M., Saadeh, A., Lobato, M. I., Nard, H. C., & Koller, S. H. (2018). Healthcare needs of and access barriers for Brazilian transgender and gender diverse people. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 20(1), 115–123. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0527-7>.
- Costa, L. B. F., Rosa-e-Silva, A. C. J. D. S., Medeiros, S. F. D., Nacul, A. P., Carvalho, B. R. D., Benetti-Pinto, C. L., Ylea, D. A., Maciel, G. A. R., Soares, J. M., & Maranhão, T.M.D.O. (2018). Recommendations for the use of testosterone in male transgender. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 40, 275–280. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1657788>.
- Costa, R., Carmichael, P., & Colizzi, M. (2016). To treat or not to treat: Puberty suppression in childhood-onset gender dysphoria. *Nature Reviews Urology*, 13(8), 456–462. <https://doi.org/10.1038/nrurol.2016.128>.
- Costa, R., Dunsford, M., Skagerberg, E., Holt, V., Carmichael, P., & Colizzi, M. (2015). Psychological support, puberty suppression, and psychosocial functioning in adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(11), 2206–2214. <https://doi.org/10.1111/jsm.13034>.
- Cosyns, M., Van Borsel, J., Wierckx, K., Dedeker, D., Van de Peer, F., Daelman, T., Laenen, S., & T'Sjoen, G. (2014). Voice in female-to-male transsexual persons after long-term androgen therapy. *The Laryngoscope*, 124(6), 1409–1414. <https://doi.org/10.1002/lary.24480>.
- Craig, S. L., Austin, A., 2016. The AFFIRM open pilot feasibility study: A brief affirmative cognitive behavioral coping skills group intervention for sexual and gender minority youth. *Children and Youth Services Review* 64, 136–144. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.02.022>.
- Craig, S. L., Austin, A., Rashidi, M., & Adams, M. (2017). Fighting for survival: The experiences of lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning students in religious colleges and universities. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 29(1), 1–24. <https://doi.org/10.1080/10538720.2016.1260512>.
- Crerand, C. E., Kapa, H. M., Litteral, J. L., Nahata, L., Combs, B., Indyk, J. A., Jayanthi, V. R., Chan, Y. M., Tishelman, A. C., & Hansen-Moore, J. (2019). Parent perceptions of psychosocial care for children with differences of sex development. *Journal of Pediatric Urology*, 15(5), 522.e1–522.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2019.06.024>.
- Crissman, H. P., Berger, M. B., Graham, L. F., & Dalton, V. K. (2017). Transgender demographics: A household probability sample of US adults, 2014. *American Journal of Public Health*, 107(2), 213–215. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303571>.
- Crissman, H. P., Warner, L., Gardner, M., Carr, M., Schast, A., Quittner, A. L., Kogan, B., & Sandberg, D. E. (2011). Children with disorders of sex development: A qualitative study of early parental experience. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2011(1), 10. <https://doi.org/10.1186/1687-9856-2011-10>.
- Crocetti, D., Monro, S., Vecchietti, V., & Yeadon-Lee, T. (2020). Towards an agency-based model of intersex, variations of sex characteristics (VSC) and DSD/dsd health. *Culture, Health & Sexuality*, 23(4), 500–515. <https://doi.org/10.1080/13691058.2020.1825815>.
- Crouch, N. S., & Creighton, S. M. (2014). Transition of care for adolescents with disorders of sex development. *Nature Reviews Endocrinology*, 10(7), 436–442. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2014.62>.
- Cull, M. L., & Simmonds, M. (2010). Importance of support groups for intersex (disorders of sex development) patients, families and the medical profession. *Sexual Development*, 4 (4 - 5), 310 - 312. <https://doi.org/10.1159/000313889>.
- D'Angelo, R., Syrulnik, E., Ayad, S., Marchiano, L., Kenny, D. T., & Clarke, P. (2021). One size does not fit all: In support of psychotherapy for gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, 50(1), 7–16. <https://doi.org/10.1007/s1050802001844-2>.
- Dacakis, G. (2000). Long-term maintenance of fundamental frequency increases in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 14(4), 549–556. [https://doi.org/10.1016/s0892-1997\(00\)80010-7](https://doi.org/10.1016/s0892-1997(00)80010-7).
- Dahlen, S., Connolly, D., Arif, I., Junejo, M. H., Bewley, S., & Meads, C. (2021). International clinical practice guidelines for gender minority/trans people: Systematic review and quality assessment. *BMJ Open*, 11(4), e048943. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-048943>.
- Dalke, K. B., Baratz, A. B., & Greenberg, J. A. (2020). Protecting children with intersex traits: Legal, ethical, and human rights considerations. In M. Legato (Ed.), *The Plasticity of Sex* (pp. 207–224). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-815968-2.00010-4>.
- Damrose, E. J. (2008). Quantifying the impact of androgen therapy on the female larynx. *Auris, Nasus, Larynx*, 36(1), 110–112. <https://doi.org/10.1016/j.anl.2008.03.002>.
- Danon, L. M., & Krämer, A. (2017). Between concealing and revealing intersexed bodies: Parental strategies. *Qualitative Health Research*, 27(10), 1562–1574. <https://doi.org/10.1177/1049732317697100>.
- Darwin, H. (2020). Challenging the cisgender/transgender binary: Nonbinary people and the transgender label. *Gender & Society*, 34(3), 357–380. <https://doi.org/10.1177/0891243220912256>.
- Davey, A., Arcelus, J., Meyer, C., & Bouman, W. P. (2016). Self-injury among trans individuals and matched controls: Prevalence and associated factors. *Health & Social Care in the Community*, 24(4), 485–494. <https://doi.org/10.1111/hsc.12239>.
- Davey, A., Bouman, W. P., Arcelus, J., Meyer, C. (2014).

- Social support and psychological wellbeing: A comparison of patients with gender dysphoria and matched controls. *Journal of Sexual Medicine*, 11(12), 2976–2985. <https://doi.org/10.1111/jsm.12681>.
- Davey, A., Bouman, W. P., Meyer, C., & Arcelus, J. (2015). Interpersonal functioning among individuals with gender dysphoria. *Journal of Clinical Psychology*, 71(12), 1173–1185. <https://doi.org/10.1002/jclp.22209>.
- Davies, S., Papp, V. G., & Antoni, C. (2015). Voice and communication change for gender nonconforming individuals: Giving voice to the person inside. *International Journal of Transgenderism*, 16(3), 117–159. <https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1075931>.
- Davis, S. A., & Colton Meier, S. (2014). Effects of testosterone treatment and chest reconstruction surgery on mental health and sexuality in female-to-male transgender people. *International Journal of Sexual Health*, 26(2), 113–128. <https://doi.org/10.1080/19317611.2013.833152>.
- Day, J. K., Perez-Brumer, A., & Russell, S. T. (2018). Safe schools? Transgender youth's school experiences and perceptions of school climate. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(8), 1731–1742. <https://doi.org/10.1007/s10964-018-0866-x>.
- de Blok, C. J. M., Dijkman, B. A. M., Wiepjes, C. M., Staphorsius, A. S., Timmermans, F. W., Smit, J. M., Dreijerink, K. M. A., & den Heijer, M. (2021). Sustained breast development and breast anthropometric changes in 3 years of gender-affirming hormone treatment. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 106(2), e782–e790. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa841>.
- de Blok, C. J. M., Staphorsius, A. S., Wiepjes, C. M., Smit, J. M., Nanayakkara, P. W. B., & den Heijer, M. (2020). Frequency, determinants, and satisfaction of breast augmentation in trans women receiving hormone treatment. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(2), 342–348. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.10.021>.
- De Cuypere, G., & Vercauteren, H. (2009). Eligibility and readiness criteria for sex reassignment surgery: Recommendations for revision of the WPATH standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 194–205. <https://doi.org/10.1080/15532730903383781>.
- de Freitas, L. D., Leda-Rego, G., Bezerra-Filho, S., & Miranda-Scippa, A. (2020). Psychiatric disorders in individuals diagnosed with gender dysphoria: A systematic review. *Psychiatry Clinical Neuroscience*, 74(2), 99–104. <https://doi.org/10.1111/pcn.12947>.
- de Graaf, N. M., Carmichael, P., Steensma, T. D., & Zucker, K. J. (2018). Evidence for a change in the sex ratio of children referred for gender dysphoria: Data from the Gender Identity Development Service in London (2000–2017). *The Journal of Sexual Medicine*, 15(10), 1381–1383. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.08.002>.
- de Graaf, N. M., Giovanardi, G., Zitz, C., & Carmichael, P. (2018). Sex ratio in children and adolescents referred to the Gender Identity Development Service in the UK (2009–2016). *Archives of Sexual Behavior*, 47(5), 1301–1304. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1204-9>.
- de Graaf, N. M., Steensma, T. D., Carmichael, P., VanderLaan, D. P., Aitken, M., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L. C., Kreukels, B. P. C., Wasserman, L., Wood, H., & Zucker, K. J. (2020). Suicidality in clinic-referred transgender adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01663-9>.
- De Los Reyes, A., Ohannessian, C. M., & Racz, S. J. (2019). Discrepancies between adolescent and parent reports about family relationships. *Child Development Perspectives*, 13(1), 53–58. <https://doi.org/10.1111/cdep.12306>.
- de Nie, I., Meißner, A., Kostelijk, E. H., Soufan, A. T., Voorn-de Warem, I. A. C., den Heijer, M., Huirne, J., & van Mello, N. M. (2020). Impaired semen quality in trans women: Prevalence and determinants. *Human Reproduction*, 35(7), 1529–1536. <https://doi.org/10.1093/humrep/deaa133>.
- de Oliveira, L., Carvalho, J., Sarikaya, S., Urkmez, A., Salonia, A., Russo, G. I., & EAU-YAU Men's Health Working group. (2021). Patterns of sexual behavior and psychological processes in asexual persons: A systematic review. *International Journal of Impotence Research*, 33(6), 641–651. <https://doi.org/10.1038/s41443-020-0336-3>.
- de Roo, C., Lierman, S., Tilleman, K., Peynshaert, K., Braeckmans, K., Caanen, M., Lambalk, C. B., Weyers, S., T'Sjoen, G., Cornelissen, R., & De Sutter, P. (2017). Ovarian tissue cryopreservation in female-to-male transgender people: Insights into ovarian histology and physiology after prolonged androgen treatment. *Reproductive Biomedicine Online*, 34(6), 557–566. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2017.03.008>.
- de Roo, C., Tilleman, K., T'Sjoen, G., & De Sutter, P. (2016). Fertility options in transgender people. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 112–119. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1084275>.
- De Sutter, P., Kira, K., Verschoor, A., & Hotimsky (2002). The desire to have children and the preservation of fertility in transsexual women: A survey. *International Journal of Transgenderism*, 6(3), 3–97.
- de Vries, A. L. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2012). Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: The Dutch approach. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 301–320. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653300>.
- de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Disorders of sex development and gender identity outcome in adolescence and adulthood: Understanding gender identity development and its clinical implications. *Pediatric Endocrinology Reviews*, 4(4), 343–351.
- de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A. H., Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(11), 1195–1202. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02426.x>.
- de Vries, A. L. C., McGuire, J. K., Steensma, T. D., Wagenaar, E. C. F., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2014). Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*, 134(4), 696–704. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2958>.
- de Vries, A. L. C., Noens, I. L. J., Cohen-Kettenis, P. T., van

- Berckelaer-Onnes, I. A., & Doreleijers, T. A. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(8), 930–936. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-0935-9>.
- de Vries, A. L. C., Richards, C., Tishelman, A. C., Motmans, J., Hannema, S. E., Green, J., & Rosenthal, S. M. (2021). Bell v Tavistock and Portman NHS Foundation Trust [2020] EWHC 3274: Weighing current knowledge and uncertainties in decisions about gender-related treatment for transgender adolescents. *International Journal of Transgender Health*, 22(3), 1–8. <https://doi.org/10.1080/26895269.2021.1904330>.
- de Vries, A. L. C., Roehle, R., Marshall, L., Frisé, L., van de Grift, T. C., Kreukels, B. P. C., Bouvattier, C., Köhler, B., Thyen, U., Nordenström, A., Rapp, M., & Cohen-Kettenis, P. T. (2019). Mental health of a large group of adults with disorders of sex development in six European countries. *Psychosomatic Medicine*, 81(7), 629–640. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000718>.
- de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P. T., VanderLaan, D. P., & Zucker, K. J. (2015). Poor peer relations predict parent- and self-reported behavioral and emotional problems of adolescents with gender dysphoria: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(6), 579–588. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0764-7>.
- de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(8), 2276–2283. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x>.
- de Vries, E., Kathard, H., & Müller, A. (2020). Debate: Why should gender-affirming health care be included in health science curricula? *BMC Medical Education*, 20(1), 51. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-1963-6>.
- Defreyne, J., Elaut, E., Kreukels, B., Fisher, A. D., Castellini, G., Staphorsius, A., & T'Sjoen, G. (2020). Sexual desire changes in transgender individuals upon initiation of hormone treatment: Results from the longitudinal European Network for the Investigation of Gender Incongruence. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(4), 812–825. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.12.020>.
- Defreyne, J., Motmans, J., & T'Sjoen, G. (2017). Healthcare costs and quality of life outcomes following gender affirming surgery in trans men: A review. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 17(6), 543–556. <https://doi.org/10.1080/14737167.2017.1388164>.
- Defreyne, J., Nota, N., Pereira, C., Schreiner, T., Fisher, A. D., den Heijer, M., & T'Sjoen, G. (2017). Transient elevated serum prolactin in trans women is caused by Cyproterone Acetate treatment. *LGBT Health*, 4(5), 328–336. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0190>.
- Defreyne, J., Van de Bruaene, L. D., Rietzschel, E., Van Schuylenbergh, J., & T'Sjoen, G. G. (2019). Effects of gender-affirming hormones on lipid, metabolic, and cardiac surrogate blood markers in transgender persons. *Clinical Chemistry*, 65(1), 119–134. <https://doi.org/10.1373/clinchem.2018.288241>.
- Defreyne, J., Van Schuylenbergh, J., Motmans, J., Tilleman, K. L., & T'Sjoen, G. G. (2020). Parental desire and fertility preservation in assigned female at birth transgender people living in Belgium. *Fertility and Sterility* 113(1), 149–157. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.09.002>.
- Defreyne, J., Vantomme, B., Van Caenegem, E., Wierckx, K., De Blok, C. J. M., Klaver, M., & T'Sjoen, G. (2018). Prospective evaluation of hematocrit in gender-affirming hormone treatment: Results from European Network for the Investigation of Gender Incongruence. *Andrology*, 6(3), 446–454. <https://doi.org/10.1111/andr.12485>.
- Dekker, M. J., Wierckx, K., Van Caenegem, E., Klaver, M., Kreukels, B. P., Elaut, E., & T'Sjoen, G. (2016). A European Network for the investigation of gender incongruence: Endocrine part. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(6), 994–999. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.03.371>.
- Delamarre-van de Waal, H. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology*, 155(Suppl. 1), S131–S137. <https://doi.org/10.1530/eje.1.02231>.
- Delimata, N., Simmonds, M., O'Brien, M., Davis, G., Auchus, R., & Lin-Su, K. (2018). Evaluating the term 'disorders of sex development': A multidisciplinary debate. *Social Medicine*, 12(1):98–107.
- Delozier, A. M., Kamody, R. C., Rodgers, S., & Chen, D. (2020). Health disparities in transgender and gender expansive adolescents: A topical review from a minority stress framework. *Journal of Pediatric Psychology*, 45(8), 842–847. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsaa040>.
- Demeestere, I., Simon, P., Dedeken, L., Moffa, F., Tsépididis, S., Brachet, C., Delbaery, A., Devreker, A. F., & Ferster, A. (2015). Live birth after autograft of ovarian tissue cryopreserved during childhood. *Human Reproduction*, 30(9), 2107–2109. <https://doi.org/10.1093/humrep/dev128>.
- Denby, K. J., Cho, L., Toljan, K., Patil, M., & Ferrando, C. A. (2021). Assessment of cardiovascular risk in transgender patients presenting for gender-affirming care. *The American Journal of Medicine*, 134(8), 1002–1008. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2021.02.031>.
- Department of Health and Human Services. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. (2019) *Guidelines for the use of antiretroviral agents in adults and adolescents with HIV*. Transgender People and HIV. <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/adult-and-adolescent-arv/transgender-people-hiv>
- Dessens, A. B., Slijper, F. M. E., & Drop, S. L. S. (2005). Gender dysphoria and gender change in chromosomal females with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 389–397. <https://doi.org/10.1007/s10508-005-4338-5>.
- Deuster, D., Di Vincenzo, K., Szukaj, M., Am Zehnhoff-Dinnesen, A., & Dobel, C. (2016). Change of speech fundamental frequency explains the satisfaction with voice in response to testosterone therapy in female-to-male



- gender dysphoric individuals. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 273(8), 2127–2131. <https://doi.org/10.1007/s00405-016-4043-0>.
- Deuster, D., Matulat, P., Knief, A., Zitzmann, M., Rosslau, K., Szukaj, M., Dinnesen, A., & Schmidt, C. M. (2016). Voice deepening under testosterone treatment in female-to-male gender dysphoric individuals. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 273(4), 959–965. <https://doi.org/10.1007/s00405-015-3846-8>.
- Deutsch, M. B. (2011). Use of the informed consent model in the provision of cross-sex hormone therapy: A survey of the practices of selected clinics. *International Journal of Transgenderism*, 13, 140–146. <https://doi.org/10.1080/15532739.2011.675233>.
- Deutsch, M. B. (2016a). *Guidelines for the primary and gender-affirming care of transgender and gender nonbinary people* (2nd ed.). University of California, San Francisco, Department of Family and Community Medicine Center of Excellence for Transgender Health. <https://transcare.ucsf.edu/guidelines>
- Deutsch, M. B. (2016b). Gender-affirming surgeries in the era of insurance coverage: Developing a framework for psychosocial support and care navigation in the perioperative period. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 27(2), 386–391. <https://doi.org/10.1353/hpu.2016.0092>.
- Deutsch, M. B., Bhakri, K., & Kubicek, K. (2015). Effects of cross-sex hormone treatment on transgender women and men. *Obstetric Gynecology*, 125(3), 605–610. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000692>.
- Deutsch, M. B., Glidden, D. V., Sevelius, J., Keatley, J., McMahan, V., & Guanira, J. (2015). HIV pre-exposure prophylaxis in transgender women: A subgroup analysis of the iPrEx trial. *The Lancet HIV*, 2(12), e512–e9. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(15\)00206-4](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(15)00206-4).
- Devor, A. (2004). Witnessing and mirroring: A fourteen stage model of transsexual identity formation. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 8(1), 41–67. <https://doi.org/10.1080/19359705.2004.9962366>.
- DeVita, T., Bishop, C., & Plankey, M. (2018). Queering medical education: Systematically assessing LGBTQI health competency and implementing reform. *Medical Education Online*, 23(1), 1510703. <https://doi.org/10.1080/10872981.2018.1510703>.
- Dharma, C., Scheim, A. I., & Bauer, G. R. (2019). Exploratory factor analysis of two sexual health scales for transgender people: Trans-specific condom/barrier negotiation self-efficacy (T-barrier) and trans-specific sexual body image worries (T-worries). *Archives of Sexual Behavior*, 48(5), 1563–1572. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1383-4>.
- Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L., Långström, N., & Landén, M. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. *PLoS One*, 6(2), e16885. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0016885>.
- Dhejne, C., Van Vlerken, R., Heylens, G., & Arcelus, J. (2018). Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 44–57. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1115753>.
- Dick, B., & Ferguson, B. J. (2015). Health for the world's adolescents: A second chance in the second decade. *Journal of Adolescent Health*, 56(1), 3–6. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.260>.
- Dierckx, M., Mortelmans, D., & Motmans, J. (2019). Role ambiguity and role conflict among partners of trans people. *Journal of Family Issues*, 40(1), 85–110. <https://doi.org/10.1177/0192513X18800362>.
- Din-Dzietham, R., Nembhard, W. N., Collins, R., & Davis, S. K. (2004). Perceived stress following race-based discrimination at work is associated with hypertension in African-Americans. The metro Atlanta heart disease study, 1999–2001. *Social Science & Medicine*, 58(3), 449–461. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00211-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00211-9).
- Dizon, D. S., Tejada-Berges, T., Koelliker, S., Steinhoff, M., & Granai, C. O. (2006). Ovarian cancer associated with testosterone supplementation in a female-to-male transsexual patient. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 62(4), 226–228. <https://doi.org/10.1159/000094097>.
- Djordjevic, M. L., Majstorovic, M., Stanojevic, D., Bizic, M., Ducic, S., Kojovic, V., & Perovic, S. (2008). One-stage repair of severe hypospadias using combined buccal mucosa graft and longitudinal dorsal skin flap. *European Journal of Pediatric Surgery*, 18(6), 427–430. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1038929>.
- Do, T. T., Nguyen, T. V. A., Vu, X. T., & Nguyen, T. P. T. (2018). Seeking healthcare as a transgender woman in Vietnam: Access barriers and the situation of hormone use. *Regional Journal of Southeast Asian Studies*, 3(2), 30–58. <http://www.rjseas.org/journalview/5>
- Donnez, J., & Dolmans, M. M. (2015). Ovarian cortex transplantation: 60 reported live births brings the success and worldwide expansion of the technique towards routine clinical practice. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 32(8), 1167–1170. <https://doi.org/10.1007/s10815-015-0544-9>.
- Downing, J. M., & Przedworski, J. M. (2018). Health of transgender adults in the U.S., 2014–2016. *American Journal of Preventive Medicine*, 55(3), 336–344. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.04.045>.
- Dragon, C. N., Guerino, P., Ewald, E., & Laffan, A. M. (2017). Transgender Medicare beneficiaries and chronic conditions: Exploring fee-for-service claims data. *LGBT Health*, 4(6), 404–411. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0208>.
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P. T., & Reed, G. M. (2016). Gender incongruence of childhood in the ICD-11: Controversies, proposal, and rationale. *The Lancet Psychiatry*, 3(3), 297–304. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00586-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00586-6).
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P., & Winter, S. (2012). Minding the body: situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *International Review of Psychiatry*, 24(6), 568–577. <https://doi.org/10.3109/09540261.2012.741575>.
- Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M., & Zucker, K. J. (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology*, 44(1), 34–45. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.44.1.34>.



- DSD-TRN—Differences or Disorders of Sex Development Translational Research Network. (n.d.). <http://dsdtrn.org/>.
- Du Bois, S. N., Yoder, W., Guy, A. A., Manser, K., & Ramos, S. (2018). Examining associations between state-level transgender policies and transgender health. *Transgender Health, 3*(1), 220–224. <https://doi.org/10.1089/trgh.2018.0031>.
- Dubin, S. N., Nolan, I. T., Streed, C. G. Jr., Greene, R. E., Radix, A. E., & Morrison, S. D. (2018). Transgender health care: improving medical students' and residents' training and awareness. *Advances in Medical Education and Practice, 9*, 377–91. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S147183>.
- Dubin, S., Lane, M., Morrison, S., Radix, A., Belkind, U., Vercler, C., & Inwards-Breland, D. (2020). Medically assisted gender affirmation: When children and parents disagree. *Journal of Medical Ethics, 46*(5), 295–299. <https://doi.org/10.1136/medethics-2019-105567>.
- Duby, Z., Hartmann, M., Mahaka, I., Munaiwa, O., Nabukeera, J., Vilakazi, N., Mthembu, F., Colvin, C. J., Mensch, B., & van der Straten, A. (2015). Lost in Translation: Language, terminology, and understanding of penile–anal intercourse in an HIV prevention trial in South Africa, Uganda, and Zimbabwe. *The Journal of Sex Research, 53*(9), 1096–1106. <https://doi.org/10.1080/00224499.2015.1069784>.
- Duranteau, L., Rapp, M., van de Grift, T. C., Hirschberg, L., & Nordenskjöld, A. (2021). Participant- and clinician-reported long-term outcomes after surgery in individuals with complete androgen insensitivity syndrome. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 34*(2), 168–175. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2020.11.012>.
- A. Durwood, L., Eisner, L., Fladeboe, K., Ji, C. G., Barney, S., McLaughlin, K. A., & Olson, K. R. (2021). Social support and internalizing psychopathology in transgender youth. *Journal of Youth and Adolescence, 50*(5), 841–854. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01391-y>.
- Durwood, L., McLaughlin, K. A., & Olson, K. R. (2017). Mental health and self-worth in socially transitioned transgender youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 56*(2), 116–123. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.10.016>.
- Dy, G. W., Granieri, M. A., Fu, B. C., Vanni, A. J., Voelzke, B., Rourke, K. F., Elliott, S. P., Nikolavsky, D., & Zhao, L. C. (2019). Presenting complications to a reconstructive urologist after masculinizing genital reconstructive surgery. *Urology, 132*, 202–206. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2019.04.051>.
- Dyer, C. (2020). Children are “highly unlikely” to be able to consent to taking puberty blockers, rules High Court. *BMJ, m4699*. <https://doi.org/10.1136/bmj.m4699>.
- Ediati A., Juniarto, A. Z., Birnie, E., Okkerse, J., Wisniewski, A., Drop, S., Dessens, A. (2017). Ediati, A., Juniarto, A. Z., Birnie, E., Okkerse, J., Wisniewski, A., Drop, S., Faradz, S. M. H., & Dessens, A. (2017). Social stigmatisation in late identified patients with disorders of sex development in Indonesia. *BMJ Paediatrics Open, 1*(1), e000130. <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2017-000130>.
- Edmo v. Idaho Department of Corrections, Corizon, Inc. et al.; case number 1:17-cv-151-BLW, 2020.
- Edwards-Leeper, L., Feldman, H. A., Lash, B. R., Shumer, D. E., & Tishelman, A. C. (2017). Psychological profile of the first sample of transgender youth presenting for medical intervention in a U.S. pediatric gender center. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 4*(3), 374–382.
- Edwards-Leeper, L., Leibowitz, S., & Sangganjanavanich, V. F. (2016). Affirmative practice with transgender and gender nonconforming youth: Expanding the model. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 3*(2), 165–172. <https://doi.org/10.1037/sgd0000167>.
- Edwards-Leeper, L., & Spack, N. P. (2012). Psychological evaluation and medical treatment of transgender youth in an interdisciplinary “Gender Management Service” (GeMS) in a major pediatric center. *Journal of Homosexuality, 59*(3), 321–336. <https://doi.org/10.1080/0918369.2012.653302>.
- Efstathiou, E., Davis, J. W., Pisters, L., Li, W., Wen, S., McMullin, R. P., Gormley, M., Ricci, D., Titus, M., Hoang, A., Zurita, A. J., Tran, N., Peng, W., Kheoh, T., Molina, A., Troncoso, P., & Logothetis, C. J. (2019). Clinical and biological characterisation of localised high-risk prostate cancer: Results of a randomised pre-operative study of a luteinising hormone-releasing hormone agonist with or without abiraterone acetate plus prednisone. *European Urology, 76*(4), 418–424. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2019.05.010>.
- Eftekhar Ardebili, M., Janani, L., Khazaei, Z., Moradi, Y., & Baradaran, H. R. (2020). Quality of life in people with transsexuality after surgery: A systematic review and meta-analysis. *Health and Quality of Life Outcomes, 18*, 264. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01510-0>.
- Ehrensaft, D. (2016). *The gender creative child: Pathways for nurturing and supporting children who live outside gender boxes*. The Experiment.
- Ehrensaft, D. (2018). Exploring gender expansive expressions. In Keo-Meier, C., & Ehrensaft, D. (Eds), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. American Psychological Association.
- Ehrensaft, D., Giammattei, S. V., Storck, K., Tishelman, A. C., & Keo-Meier, C. (2018). Prepubertal social gender transitions: What we know; what we can learn—A view from a gender affirmative lens. *International Journal of Transgenderism, 19*(2), 251–268. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1414649>.
- Eisenberg, M. E., Gower, A. L., McMorris, B. J., Rider, G. N., Shea, G., & Coleman, E. (2017). Risk and protective factors in the lives of transgender/gender nonconforming adolescents. *Journal of Adolescent Health, 61*(4), 521–526. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.04.014>.
- Eisenberg, M. E., McMorris, B. J., Rider, G. N., Gower, A. L., & Coleman, E. (2020). “It’s kind of hard to go to the doctor’s office if you’re hated there.” A call for gender-affirming care from transgender and gender diverse adolescents in the United States. *Health & Social Care in the Community, 28*(3), 1082–1089.

- <https://doi.org/10.1111/hsc.12941>.
- Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Murad, M. H., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Effect of sex steroid use on cardiovascular risk in transsexual individuals: A systematic review and meta-analyses. *Clinical Endocrinology*, 72(1), 1–10. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2265.2009.03632.x>.
- El-Hadi, H., Stone, J., Temple-Oberle, C., & Harrop, A. R. (2018). Gender-affirming surgery for transgender individuals: Perceived satisfaction and barriers to care. *Plastic Surgery*, 26 (4), 263–268. <https://doi.org/10.1177/2292550318767437>.
- Eliason, M. J., Dibble, S., & DeJoseph, J. (2010). Nursing's silence on lesbian, gay, bisexual, and transgender issues: The need for emancipatory efforts. *Advances in Nursing Science*, 33(3), 206–218. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e3181e63e49>.
- Ellens, R. E. H., Bakula, D. M., Mullins, A. J., Scott Reyes, K. J., Austin, P., Baskin, L., Bernabé, K., Cheng, E. Y., Fried, A., Frimberger, D., Galan, D., Gonzalez, L., Greenfield, S., Kolon, T., Kropp, B., Lakshmanan, Y., Meyer, S., Meyer, T., Mullins, L. L., & Nokoff, N. J. (2017). Psychological adjustment of parents of children born with atypical genitalia 1 Year after genitoplasty. *Journal of Urology*, 198(4), 914–920. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2017.05.035>.
- Ellis, S. A., Wojnar, D. M., & Pettinato, M. (2015). Conception, pregnancy, and birth experiences of male and gender variant gestational parents: It's how we could have a family. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 60(1), 62–69. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12213>.
- Ellis, S. J., Wakefield, C. E., McLoone, J. K., Robertson, E. G., & Cohn, R. J. (2016). Fertility concerns among child and adolescent cancer survivors and their parents: A qualitative analysis. *Journal of Psychosocial Oncology*, 34(5), 347–362. <https://doi.org/10.1080/07347332.2016.1196806>.
- Embaye, N. (2006). Affirmative psychotherapy with bisexual transgender people. *Journal of Bisexuality*, 6(1-2), 51–63. [https://doi.org/10.1300/J159v06n01\\_04](https://doi.org/10.1300/J159v06n01_04).
- Emmer, P., Lowe, A., & Marshall, R. B. (2011). *This is a prison, glitter is not allowed: Experiences of trans and gender variant people in Pennsylvania's Prison Systems: A report by the hearts on a wire collective*. Hearts On A Wire Collective.
- Endocrine Society, Pediatric Endocrine Society. (2020). *Position statement: Transgender health*.
- Endocrine Society. Ernst, M. E., Sandberg, D. E., Keegan, C., Quint, E. H., Lossie, A. C., & Yashar, B. M. (2016). The lived experience of MRKH: Sharing health information with peers. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 29(2), 154–158. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2015.09.009>.
- Equality and Human Rights Commission. (2021) Guide on Article 8 of the European Convention on Human Rights (2021). *Right to respect for private and family life, home and correspondence*. <https://www.equalityhumanrights.com/en/human-rights-act/article-8-respect-your-private-and-family-life>
- Esmonde, N., Heston, A., Jedrzejewski, B., Ramly, E., Annen, A., Guerriero, J., Hansen, J., & Berli, J. (2019). What is “nonbinary” and what do I need to know? A primer for surgeons providing chest surgery for transgender patients. *Aesthetic Surgery Journal*, 39(5), NP106–NP112. <https://doi.org/10.1093/asj/sjy166>.
- Esteve de Antonio, I., Gómez-Gil, E., & GIDSEEN Group (2013). Coordination of healthcare for transsexual persons: A multidisciplinary approach. *Current Opinions Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 20(6), 585–591. <https://doi.org/10.1097/01.med.0000436182.42966.31>.
- Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2015). Access to fertility services by transgender persons: An Ethics Committee opinion. *Fertility and Sterility*, 104(5), 1111–1115. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.08.021>.
- Ettner, R. (2013). Care of the elderly transgender patient. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 20 (6), 580–584. <https://doi.org/10.1097/01.med.0000436183.34931.a5>
- Ettner, R., & Wylie, K. (2013). Psychological and social adjustment in older transsexual people. *Maturitas*, 74(3), 226–229. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.11.011>.
- Ettner, R., Monstrey, S., & Coleman, E. (2016). *Theories of the etiology of transgender identity*. In R. Ettner, S. Monstrey, & E. Coleman (Eds.), *Principles of Transgender Medicine and Surgery* (pp. 17–29). Routledge.
- European Medicines Agency. (2020). *Restrictions in use of cyproterone due to meningioma risk*. [https://www.ema.europa.eu/en/documents/referral/cyproterone-article-31-referral-restrictions-use-cyproterone-due-meningioma-risk\\_en-0.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/referral/cyproterone-article-31-referral-restrictions-use-cyproterone-due-meningioma-risk_en-0.pdf)
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2020). *EU-LGBTI II: A long way to go for LGBTI equality*. Publications Office of the European Union.
- Evans, S., Crawley, J., Kane, D., & Edmunds, K. (2021). The process of transitioning for the transgender individual and the nursing imperative: A narrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 77(12), 4646–4660. <https://doi.org/10.1111/jan.14943>.
- Ewald, E. R., Guerino, P., Dragon, C., Laffan, A. M., Goldstein, Z., & Streed, C. (2019). Identifying Medicare beneficiaries accessing transgender-related care in the era of ICD-10. *LGBT Health*, 6(4), 166–173. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0175>.
- Expósito-Campos, P. (2021). A typology of gender detransition and its implications for healthcare providers. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 47(3), 270–280. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2020.1869126>.
- Eyssel, J., Koehler, A., Dekker, A., Sehner, S., & Nieder, T. O. (2017). Needs and concerns of transgender individuals regarding interdisciplinary transgender healthcare: A non-clinical online survey. *PLoS One*, 12(8), e0183014. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183014>.
- Fabbre, V. D., & Gaveras, E. (2020). The manifestation of multilevel stigma in the lived experiences of transgender and gender nonconforming older adults. *American Journal of Orthopsychiatry*, 90(3), 350. <https://doi.org/10.1037/ort0000440>.
- Fakin, R. M., Zimmermann, S., Kaye, K., Lunger, L.,

- Weinforth, G., & Giovanoli, P. (2019). Long-term outcomes in breast augmentation in trans-women: A 20-year experience. *Aesthetic Surgery Journal*, 39(4), 381–390. <https://doi.org/10.1093/asj/sjy143>.
- Falcone, M., Garaffa, G., Gillo, A., Dente, D., Christopher, A. N., & Ralph, D. J. (2018). Outcomes of inflatable penile prosthesis insertion in 247 patients completing female to male gender reassignment surgery. *BJU International*, 121(1), 139–144. <https://doi.org/10.1111/bju.14027>.
- Fast, A. A., & Olson, K. R. (2017). Gender development in transgender preschool children. *Child Development*, 89(2), 620–637. <https://doi.org/10.1111/cdev.12758>.
- Fayne, R. A., Perper, M., Eber, A. E., Aldahan, A. S., & Nouri, K. (2018). Laser and light treatments for hair reduction in Fitzpatrick skin types IV–VI: A comprehensive review of the literature. *American Journal of Clinical Dermatology*, 19(2), 237–252. <https://doi.org/10.1007/s40257-017-0316-7>.
- Fedele, D. A., Kirk, K., Wolfe-Christensen, C., Phillips, T. M., Mazur, T., Mullins, L. L., Chernaused, S. D., & Wisniewski, A. B. (2010). Primary caregivers of children affected by disorders of sex development: Mental health and caregiver characteristics in the context of genital ambiguity and genitoplasty. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2010, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2010/690674>.
- Federal Bureau of Prisons. (2016). *Transgender clinical care*. [https://www.bop.gov/resources/pdfs/trans\\_guide\\_dec\\_2016.pdf](https://www.bop.gov/resources/pdfs/trans_guide_dec_2016.pdf)
- Feinberg, L. (1996). *Transgender warriors; Making history from Joan of Arc to Marsha P. Johnson and Beyond*. Beacon Press.
- Feldman, J., Brown, G. R., Deutsch, M. B., Hembree, W., Meyer, W., Meyer-Bahlburg, H. F., Tangpricha, V., T'Sjoen, G., & Safer, J. D. (2016). Priorities for trans-gender medical and healthcare research. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes, and Obesity*, 23(2), 180–187. <https://doi.org/10.1097/MED.0000000000000231>.
- Ferguson, H. J., Brunson, V. E. A. & Bradford, E. E. F. (2021). The developmental trajectories of executive function from adolescence to old age. *Science Reports*, 11, 1382. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-80866-1>.
- Fernandez, A. A., França, K., Chacon, A. H., & Nouri, K. (2013). From flint razors to lasers: A timeline of hair removal methods. *Journal of Cosmetic Dermatology*, 12(2), 153–162. <https://doi.org/10.1111/jocd.12021>.
- Ferrando, C. A. (2020). Adverse events associated with gender affirming vaginoplasty surgery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 223(2), 267.e1–267.e6. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.05.033>.
- Fiani, C. N., & Han, H. J. (2019). Navigating identity: Experiences of binary and non-binary transgender and gender non-conforming (TGNC) adults. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 181–194. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1426074>.
- Fielding, L. (Ed.). (2021). *Trans sex: Clinical approaches to trans sexualities and erotic embodiments* (Vol. 1). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429318290>.
- Finlayson, C., Johnson, E. K., Chen, D., Dabrowski, E., Gosiengfiao, Y., Campo-Engelstein, L., & Woodruff, T. K. (2016). Proceedings of the working group session on fertility preservation for individuals with gender and sex diversity. *Transgender Health*, 1(1), 99–107. <https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0008>.
- Fischer, O. J. (2021). Non-binary reproduction: Stories of conception, pregnancy, and birth. *International Journal of Transgender Health*, 22 (1–2), 77–88. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1838392>.
- Fisher, A. D., Castellini, G., Ristori, J., Casale, H., Cassioli, E., Sensi, C., & Maggi, M. (2016). Cross-sex hormone treatment and psychobiological changes in transsexual persons: Two-year follow-up data. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 101(11), 4260–4269. <https://doi.org/10.1210/jc.2016-1276>.
- Fisher, A. D., Ristori, J., Fanni, E., Castellini, G., Forti, G., & Maggi, M. (2016). Gender identity, gender assignment and reassignment in individuals with disorders of sex development: A major of dilemma. *Journal of Endocrinological Investigation*, 39(11), 1207–1224. <https://doi.org/10.1007/s40618-016-0482-0>.
- Fisher, C. M., Waling, A., Kerr, L., Bellamy, R., Ezer, P., & Mikolajczak, G. (2019). *6th National Survey of Australian Secondary Students and Sexual Health 2018* (ARCSHS Monograph Series No. 113). Australian Research Centre in Sex, Health & Society.
- Fitzpatrick, L. A., Pace, C., Wiita, B. (2000). Comparison of regimens containing oral micronized progesterone or medroxyprogesterone acetate on quality of life in post-menopausal women: A cross-sectional survey. *Journal of Womens Health & Gender-Based Medicine*. 9(4), 381–387. <https://doi.org/10.1089/15246090050020691>.
- Fix, L., Durden, M., Obedin-Maliver, J., Moseson, H., Hastings, J., Stoeffler, A., & Baum, S. E. (2020). Stakeholder perceptions and experiences regarding access to contraception and abortion for transgender, non-binary, and gender-expansive individuals assigned female at birth in the U.S. *Archives of Sexual Behaviour*, 49(7), 2683–2702. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01707-w>.
- Fleming, L., Knafl, K., & Van Riper, M. (2017). How the child's gender matters for families having a child with congenital adrenal hyperplasia. *Journal of Family Nursing*, 23(4), 516–533. <https://doi.org/10.1177/1074840717735499>.
- Flentje, A., Heck, N. C., Brennan, J. M., & Meyer, I. H. (2020). The relationship between minority stress and biological outcomes: A systematic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 43(5), 673–694. <https://doi.org/10.1007/s10865-019-00120-6>.
- Fraser, L. (2009a). Psychotherapy in the world professional association for transgender health's standards of care: Background and recommendations. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 110–126. <https://doi.org/10.1080/15532730903008057>.
- Fraser, L. (2009b). Depth psychotherapy with transgender people. *Sex and Relationship Therapy*, 24(2), 126–142. <https://doi.org/10.1080/14681990903003878>.
- Frederick, M. J., Berhanu, A. E., & Bartlett, R. (2017). Chest surgery in female to male transgender individuals. *Annals of Plastic Surgery*, 78(3), 249–253. <https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000000882>.



- Frederick, N. N., Campbell, K., Kenney, L. B., Moss, K., Speckhart, A., & Bober, S. L. (2018). Barriers and facilitators to sexual and reproductive health communication between pediatric oncology clinicians and adolescent and young adult patients: The clinician perspective. *Pediatric Blood and Cancer*, *65*(8), e27087. <https://doi.org/10.1002/abc.27087>.
- Fredriksen-Goldsen, K. I. (2011). Resilience and disparities among lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. *The Public Policy and Aging Report*, *21*(3), 3. <https://doi.org/10.1093/ppar/21.3.3>.
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Cook-Daniels, L., Kim, H. J., Erosheva, E. A., Emler, C. A., Hoy-Ellis, C. P., Goldsen, J., & Muraco, A. (2014). Physical and mental health of transgender older adults: An at-risk and underserved population. *The Gerontologist*, *54*(3), 488–500. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt021>.
- Frey, J. D., Poudrier, G., Thomson, J. E., & Hazen, A. (2017). A historical review of gender-affirming medicine: Focus on genital reconstruction surgery. *Journal of Sexual Medicine*, *14*(8), 991–1002. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.06.007>.
- Fung, R., Gallibois, C., Coutin, A., & Wright, S. (2020). Learning by chance: Investigating gaps in transgender care education amongst family medicine, endocrinology, psychiatry and urology residents. *Canadian Medical Education Journal*, *11*(4), e19–e28. <https://doi.org/10.36834/cmj.53009>.
- Furtado, P. S., Moraes, F., Lago, R., Barros, L. O., Toralles, M. B., & Barroso, U. (2012). Gender dysphoria associated with disorders of sex development. *Nature Reviews Urology*, *9*(11), 620–627. <https://doi.org/10.1038/nrurol.2012.182>.
- Gaither, T. W., Awad, M. A., Osterberg, E. C., Murphy, G. P., Romero, A., Bowers, M. L., & Breyer, B. N. (2018). Postoperative complications following primary penile inversion vaginoplasty among 330 male-to-female transgender patients. *Journal of Urology*, *199*(3), 760–765. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2017.10.013>.
- Galupo, M. P., Henise, S. B., & Mercer, N. L. (2016). “The labels don’t work very well”: Transgender individuals’ conceptualizations of sexual orientation and sexual identity. *International Journal of Transgenderism*, *17*(2), 93–104. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1189373>.
- Galupo, M. P., Pulice-Farrow, L., Clements, Z. A., & Morris, E. R. (2019). “I love you as both and I love you as neither”: Romantic partners’ affirmations of nonbinary trans individuals. *International Journal of Transgenderism*, *20*(2-3), 315–327. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1496867>.
- Gamarel, K. E., Mereish, E. H., Manning, D., Iwamoto, M., Operario, D., & Nemoto, T. (2015). Minority stress, smoking patterns, and cessation attempts: Findings from a community-sample of transgender women in the San Francisco Bay area. *Nicotine & Tobacco Research*, *18*(3), 306–313. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntv066>.
- Gao, Y., Maurer, T., & Mirmirani, P. (2018). Understanding and addressing hair disorders in transgender individuals. *American Journal of Clinical Dermatology*, *19*(4), 517–527. <https://doi.org/10.1007/s40257-018-0343-z>.
- Garaffa, G., Ralph, D. J., & Christopher, N. (2010). Total urethral construction with the radial artery-based forearm free flap in the transsexual. *BJU International*, *106*(8), 1206–1210. <https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2010.09247.x>.
- Garcia, M. M. (2018). Sexual function after shallow and full-depth vaginoplasty: Challenges, clinical findings, and treatment strategies—Urologic perspectives. *Clinical Plastic Surgery*, *45*(3), 437–446. <https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.04.002>.
- Garcia, M. M. (2021). Decision-making in masculinizing surgery and feminizing surgery. In D. Nikolavsky & S. A. Blakely (Eds.), *Urological Care for the Transgender Patient: A Comprehensive Guide* (pp. 7–21). Springer.
- Garcia, M. M., & Zaliznyak, M. (2020). Effects of feminizing hormone therapy on sexual function of transgender women. *Journal of Urology*, *203*(Suppl. 4), e672–e672. <https://doi.org/10.1097/JU.0000000000000900.020>.
- Garcia, M. M., Christopher, N. A., De Luca, F., Spilotros, M., & Ralph, D. J. (2014). Overall satisfaction, sexual function, and the durability of neophallus dimensions following staged female to male genital gender confirming surgery: The Institute of Urology, London U.K. experience. *Translational Andrology and Urology*, *3*(2), 156–162. <https://doi.org/10.3978/j.issn.2223-4683.2014.04.10>.
- Gardner, M., & Steinberg, L. (2005). Peer influence on risk taking, risk preference, and risky decision making in adolescence and adulthood: An experimental study. *Developmental Psychology*, *41*(4), 625–635. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.41.4.625>.
- Garrison, S. (2018). On the limits of “trans enough”: Authenticating trans identity narratives. *Gender & Society*, *32*(5), 613–637. <https://doi.org/10.1177/0891243218780299>.
- Gava, G., Cerpolini, S., Martelli, V., Battista, G., Seracchioli, R., & Meriggiola, M. C. (2016). Cyproterone acetate vs leuprolide acetate in combination with transdermal oestradiol in transwomen: A comparison of safety and effectiveness. *Clinical Endocrinology*, *85*(2), 239–246. <https://doi.org/10.1111/cen.13050>.
- Gava, G., Mancini, I., Alvisi, S., Seracchioli, R., & Meriggiola, M. C. (2020). A comparison of 5-year administration of cyproterone acetate or leuprolide acetate in combination with estradiol in transwomen. *European Journal of Endocrinology*, *183*(6), 561–569. <https://doi.org/10.1530/EJE-20-0370>.
- Gava, G., Mancini, I., Cerpolini, S., Baldassarre, M., Seracchioli, R., & Meriggiola, M. C. (2018). Testosterone undecanoate and testosterone enanthate injections are both effective and safe in transmen over 5 years of administration. *Clinical Endocrinology*, *89*(6), 878–886. <https://doi.org/10.1111/cen.13821>.
- Gelfer, M. P., & Tice, R. M. (2013). Perceptual and acoustic outcomes of voice therapy for male-to-female transgender individuals immediately after therapy and 15 months later. *Journal of Voice*, *27*(3), 335–347. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2012.07.009>.
- Geneid, A., Rihkanen, H., & Kinnari, T. J. (2015). Long-term outcome of endoscopic shortening and stiffening of the



- vocal folds to raise the pitch. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 272(12), 3751–3756. <https://doi.org/10.1007/s00405-015-3721-7>.
- Gerritse, K., Hartman, L., Antonides, M. F., Wensing-Kruger, A., de Vries, A. L. C., & Molewijk, B. C. (2018). Moral challenges in transgender care: A thematic analysis based on a focused ethnography. *Archives of Sexual Behaviour*, 47(8), 2319–2333. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1287-3>.
- Getahun, D., Nash, R., Flanders, W. D., Baird, T. C., Becerra-Culqui, T. A., Cromwell, L., Hunkeler, E., Lash, T. L., Millman, A., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Silverberg, M. J., Safer, J., Slovis, J., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2018). Cross-sex hormones and acute cardiovascular events in transgender persons: A cohort study. *Annals of Internal Medicine*, 169(4), 205–213. <https://doi.org/10.7326/M17-2785>.
- Gezer, E., Piro, B., Cantürk, Z., Çetinarslan, B., Sözen, M., Selek, A., Işık, A. P., & Seal, L. J. (2021). The comparison of gender dysphoria, body image satisfaction and quality of life between treatment-naïve transgender males with and without polycystic ovary syndrome. *Transgender Health*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1089/trgh.2021.0061>
- Gibson, D. J., Glazier, J. J., Olson, K. R. (2021). Evaluation of anxiety and depression in a community sample of transgender youth. *JAMA Network Open* 4, e214739. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.4739>.
- Gieles, N. C., van de Grift, T. C., Elaut, E., Heylens, G., Becker-Hebly, I., Nieder, T. O., Laan, E. T. M., & Kreukels, B. P. C. (2022). Pleasure please! Sexual pleasure and influencing factors in transgender persons: An ENIGI follow-up study. *International Journal of Transgender Health*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2028693>.
- Giffort, D. M., & Underman, K. (2016). The relationship between medical education and trans health disparities: A call to research. *Sociology Compass*, 10(11), 999–1013. <https://doi.org/10.1111/soc4.12432>.
- Gils, L., & Brewaeys, A. (2007). Surgical treatment of gender dysphoria in adults and adolescents: Recent developments, effectiveness, and challenges. *Annual Review of Sex Research*, 18, 178–184.
- Giltay, E. J., & Gooren, L. J. (2000). Effects of sex steroid deprivation/administration on hair growth and skin sebum production in transsexual males and females. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 85(8), 2913–2921. <https://doi.org/10.1210/jcem.85.8.6710>.
- Giltay, E. J., Gooren, L. J. G., Emeis, J. J., Kooistra, T., & Stehouwer, C. D. A. (2000). Oral, but not transdermal, administration of estrogens lowers tissue-type plasminogen activator levels in humans without affecting endothelial synthesis. *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*, 20(5), 1396–1403. <https://doi.org/10.1161/01.ATV.20.5.1396>.
- Giordano, S. (2008). Lives in a chiaroscuro. Should we suspend the puberty of children with gender identity disorder? *Journal of Medical Ethics*, 34(8), 580–584. <https://doi.org/10.1136/jme.2007.021097>.
- Giordano, S., & Holm, S. (2020). Is puberty delaying treatment ‘experimental treatment’? *International Journal of Transgender Health*, 21(2), 113–121. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1747768>.
- Giovanardi, G., Mirabella, M., Di Giuseppe, M., Lombardo, F., Speranza, A. M., & Lingiardi, V. (2021). Defensive functioning of individuals diagnosed with gender dysphoria at the beginning of their hormonal treatment. *Frontiers in Psychology*, 12, 665547. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.665547>.
- Giovanardi, G., Vitelli, R., Maggiora Vergano, C., Fortunato, A., Chianura, L., Lingiardi, V., & Speranza, A. M. (2018). Attachment patterns and complex trauma in a sample of adults diagnosed with gender dysphoria. *Frontiers in Psychology*, 9, 60. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00060>.
- GIRES, LGBT Foundation, Mermaids, Ozanne Foundation, and Stonewall. (2020). *Conversion therapy and gender identity survey*. Stonewall. [https://www.stonewall.org.uk/system/files/2020\\_conversion\\_therapy\\_and\\_gender\\_identity\\_survey.pdf](https://www.stonewall.org.uk/system/files/2020_conversion_therapy_and_gender_identity_survey.pdf)
- Glaser, R. L. M. F., Newman, M. M., Parsons, M. M., Zava, D. P., & Glaser-Garbrick, D. (2009). Safety of maternal testosterone therapy during breast feeding. *International Journal of Pharmaceutical Compounding*, 13(4), 314–317.
- Glaser, J., Nouri, S., Fernandez, A., Sudore, R. L., Schillinger, D., Klein-Fedyshin, M., & Schenker, Y. (2020). Interventions to improve patient comprehension in informed consent for medical and surgical procedures: An updated systematic review. *Medical Decision Making*, 40(2), 119–143. <https://doi.org/10.1177/0272989x19896348>.
- Glick, J. C., Leamy, C., Molsberry, A. H., & Kerfeld, C. I. (2020). Moving toward equitable health care for lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer patients: Education and training in physical therapy education. *Journal of Physical Therapy Education*, 34(3), 192–197. [10.1097/JTE.0000000000000140](https://doi.org/10.1097/JTE.0000000000000140).
- Glidden, D., Bouman, W. P., Jones, B., & Arcelus, J. (2016). Autistic spectrum disorders and gender dysphoria: A systematic review. *Sexual Medicine Reviews*, 4(1), 3–14. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2015.10.003>.
- Glynn, T. R., Gamarel, K. E., Kahler, C. W., Iwamoto, M., Operario, D., & Nemoto, T. (2016). The role of gender affirmation in psychological well-being among transgender women. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 3(3), 336. <https://doi.org/10.1037/sgd0000171>.
- Godfrey, L. M. (2021). Mental health outcomes among individuals with 46,XY disorders of sex development: A systematic review. *Journal of Health Psychology*, 26(1), 40–59. <https://doi.org/10.1177/1359105320909863>.
- Goetz, T. G., & Arcomano, A. C. (2022). “X” marks the transgressive gender: A qualitative exploration of legal gender-affirmation. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/19359705.2021.2008572>.
- Goldhammer, H., Marc, L. G., Psihopaidas, D., Chavis, N. S., Massaquoi, M., Cahill, S., Rebchook, G., Reisner, S., Mayer, K. A., Cohen, S. M., & Keuroghlian, A. S. (2022). HIV care continuum interventions for transgender women: A

- topical review. *Public Health Reports*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/003335492111065517>.
- Goldstein, Z., Khan, M., Reisman, T., & Safer, J. D. (2019). Managing the risk of venous thromboembolism in trans-gender adults undergoing hormone therapy. *Journal of Blood Medicine*, 10, 209–216. <https://doi.org/10.2147/JBM.S166780>.
- Golub, S. A., Fikslin, R. A., Starbuck, L., & Klein, A. (2019). High rates of PrEP eligibility but low rates of PrEP access among a national sample of transmasculine individuals. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 82(1), e1–e7. <https://doi.org/10.1097/qai.0000000000002116>.
- Gomez, A. M., Dõ, L., Ratliff, G. A., Crego, P. I., & Hastings, J. (2020). Contraceptive beliefs, needs, and care experiences among transgender and nonbinary young adults. *The Journal of Adolescent Health*, 67(4), 597–602. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.03.003>.
- Gómez-Gil, E., Zubiaurre-Elorza, L., Esteva, I., Guillamon, A., Godás, T., Cruz Almaraz, M., & Salamero, M. (2012). Hormone-treated transsexuals report less social distress, anxiety and depression. *Psychoneuroendocrinology*, 37(5), 662–670. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2011.08.010>.
- Gong, E. M., & Cheng, E. Y. (2017). Current challenges with proximal hypospadias: We have a long way to go. *Journal of Pediatric Urology*, 13(5), 457–467. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2017.03.024>.
- Goodman, M., Adams, N., Corneil, T., Kreukels, B., Motmans, J., & Coleman, E. (2019). Size and distribution of transgender and gender nonconforming populations: A narrative review. *Endocrinology and Metabolism Clinics*, 48(2), 303–321. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2019.01.001>.
- Gooren, L. J., van Trotsenburg, M. A., Giltay, E. J., & van Diest, P. J. (2013). Breast cancer development in trans- sexual subjects receiving cross-sex hormone treatment. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(12), 3129–3134. <https://doi.org/10.1111/jsm.12319>.
- Gooren, L. J., Wierckx, K., & Giltay, E. J. (2014). Cardiovascular disease in transsexual persons treated with cross-sex hormones: Reversal of the traditional sex difference in cardiovascular disease pattern. *European Journal of Endocrinology*, 170(6), 809–819. <https://doi.org/10.1530/EJE-14-0011>.
- Gordon, A. R., Fish, J. N., Kiekens, W. J., Lightfoot, M., Frost, D. M., & Russell, S. T. (2021). Cigarette smoking and minority stress across age cohorts in a national sample of sexual minorities: Results from the Generations Study. *Annals of Behavioral Medicine*, 55(6), 530–542. <https://doi.org/10.1093/abm/kaaa079>.
- Gorin-Lazard, A., Baumstarck, K., Boyer, L., Maquigneau, A., Gebleux, S., Penochet, J., Pringuey, D., Albarel, F., Morange, I., Loundou, A., Berbis, J., Auquier, P., Lançon, C., & Bonierbale, M. (2012). Is hormonal therapy associated with better quality of life in transsexuals? A cross-sectional study. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(2), 531–541. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02564.x>.
- Gorin-Lazard, A., Baumstarck, K., Boyer, L., Maquigneau, A., Penochet, J. C., Pringuey, D., & Auquier, P. (2013). Hormonal therapy is associated with better self-esteem, mood, and quality of life in transsexuals. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(11), 996–1000. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000046>.
- Gourab, G., Khan, M. N. M., Hasan, A. M. R., Sarwar, G., Irfan, S. D., & Reza, M. M. (2019). The willingness to receive sexually transmitted infection services from public healthcare facilities among key populations at risk for human immunodeficiency virus infection in Bangladesh: Qualitative study. *PLOS One*, 14(9), e0221637. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221637>.
- Gower, A. L., Rider, G. N., Brown, C., McMorris, B. J., Coleman, E., Taliaferro, L. A., & Eisenberg, M. E. (2018). Supporting transgender and gender diverse youth: Protection against emotional distress and substance use. *American Journal of Preventive Medicine*, 55(6), 787–794. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.06.030>.
- Gower, A. L., Rider, G. N., Coleman, E., Brown, C., McMorris, B. J., & Eisenberg, M. E. (2018). Perceived gender presentation among transgender and gender diverse youth: Approaches to analysis and associations with bullying victimization and emotional distress. *LGBT Health*, 5(5), 312–319. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0176>.
- Graham, S. (2010). *Gender diversity in Indonesia: sexuality, Islam and queer selves*. Routledge.
- Grannis, C., Leibowitz, S. F., Gahn, S., Nahata, L., Morningstar, M., Mattson, W. I., Chen, D., Strang, J. F., & Nelson, E. E. (2021). Testosterone treatment, internalizing symptoms, and body image dissatisfaction in transgender boys. *Psychoneuroendocrinology*, 132, 105358. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2021.105358>.
- Grant, J., Lisa, A., Mottet, J., Tanis, D., With, J., Harrison, J., Herman, M., & Keisling, M. H. (2011). *Injustice at every turn: A report of the National Transgender Discrimination Survey*. [https://transequality.org/sites/default/files/docs/resources/NTDS\\_Report.pdf](https://transequality.org/sites/default/files/docs/resources/NTDS_Report.pdf)
- Grant, J. M., Mottet, L. A., Tanis, J., Harrison, J., Herman, J. L., & Keisling, M. (2016). *Injustice at every turn: A report of the National Transgender Discrimination Survey 2011*. Washington, DC: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force. [https://thetaskforce.org/static\\_html/downloads/reports/reports/Ntds\\_full.pdf](https://thetaskforce.org/static_html/downloads/reports/reports/Ntds_full.pdf)
- Grant, R. M., Pellegrini, M., Defechereux, P. A., Anderson, P. L., Yu, M., Glidden, D. V., O'Neal, J., Yager, J., Bhasin, S., Sevelius, J., & Deutsch, M. B. (2020). Sex hormone therapy and tenofovir diphosphate concentration in dried blood spots: Primary results of the interactions between antiretrovirals and transgender hormones study. *Clinical Infectious Diseases*, 73(7), e2117–e2123. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1160>.
- Green, A. E., Price-Feeney, M., Dorison, S. H., & Pick, C. J. (2020). Self-reported conversion efforts and suicidality among US LGBTQ youths and young adults, 2018. *American Journal of Public Health*, 110(8), 1221–1227. <https://doi.org/10.2105/ajph.2020.305701>.
- Green, R., & Fleming, D. T. (1990). Transsexual surgery

- follow-up: Status in the 1990s. *Annual Review of Sex Research*, 1(1), 163–174. <https://doi.org/10.1080/10532528.1990.10559859>.
- Greenwald, P., Dubois, B., Lekovich, J., Pang, J. H., & Safer, J. D. (2021). Successful in vitro fertilization in a cisgender female carrier using oocytes retrieved from a trans-gender man maintained on testosterone. *AACE Clinical Case Reports*, 8(1), 19–21. <https://doi.org/10.1016/j.aace.2021.06.007>.
- Greytak, E. A., Kosciw, J. G., & Boesen, M. J. (2013). Putting the “T” in “Resource”: The benefits of LGBT-related school resources for transgender youth. *Journal of LGBT Youth*, 10(1–2), 45–63. <https://doi.org/10.1080/19361653.2012.718522>.
- Griffiths, D. A. (2018). Shifting syndromes: Sex chromosome variations and intersex classifications. *Social Studies of Science*, 48(1), 125–148. <https://doi.org/10.1177/0306312718757081>.
- Grimstad, F. W., Fowler, K. G., New, E. P., Ferrando, C. A., Pollard, R. R., Chapman, G., Gray, M., & Lobo, V. G. (2020). Ovarian histopathology in transmasculine persons on testosterone: A multicenter case series. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(9), 1807–1818. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.05.029>.
- Grimstad, F., Fowler, K., New, E., Unger, C., Pollard, R., Chapman, G., Hochberg, L., Gomez-Lobo, V., Gray, M. (2018). Evaluation of uterine pathology in transgender men and gender nonbinary persons on testosterone. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 31(2), 217. <https://doi.org/10.1016/j.jpog.2018.02.009>.
- Grimstad, F., Kremen, J., Streed, C. G., & Dalke, K. B. (2021). The health care of adults with differences in sex development or intersex traits is changing: Time to prepare clinicians and health systems. *LGBT Health*, 8(7), 439–443. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2021.0018>.
- Grimstad, F., McLaren, H., & Gray, M. (2021). The gynecologic examination of the transfeminine person after penile inversion vaginoplasty. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 224(3), 266–273. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.10.002>.
- Grootens-Wiegers, P., Hein, I. M., van den Broek, J. M., & de Vries, M. C. (2017). Medical decision-making in children and adolescents: Developmental and neuroscientific aspects. *BMC Pediatrics*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-017-0869-x>.
- Gross, M. (1999). Pitch-raising surgery in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 13(2), 246–250. [https://doi.org/10.1016/s0892-1997\(99\)80028-9](https://doi.org/10.1016/s0892-1997(99)80028-9).
- Grossman, A. H., & D’Augelli, A. R. (2006). Transgender youth: Invisible and vulnerable. *Journal of Homosexuality*, 51(1), 111–128. [https://doi.org/10.1300/J082v51n01\\_06](https://doi.org/10.1300/J082v51n01_06).
- Grossman, A. H., & D’Augelli, A. R. (2007). Transgender youth and life-threatening behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(5), 527–537. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.5.527>.
- Grossman, A. H., D’Augelli, A. R., Howell, T. J., & Hubbard, S. (2005). Parent’ reactions to transgender youth’ gender nonconforming expression and identity. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 18(1), 3–16. [https://doi.org/10.1300/j041v18n01\\_02](https://doi.org/10.1300/j041v18n01_02).
- Grossman, A. H., Park, J. Y., Frank, J. A., & Russell, S. T. (2019). Parental responses to transgender and gender nonconforming youth: Associations with parent support, parental abuse, and youths’ psychological adjustment. *Journal of Homosexuality*, 68(8), 1–18. <https://doi.org/10.1080/00918369.2019.1696103>.
- Grynberg, M., Fanchin, R., Dubost, G., Colau, J. C., Bremont-Weil, C., Frydman, R., & Ayoubi, J. M. (2010). Histology of genital tract and breast tissue after long-term testosterone administration in a female-to-male transsexual population. *Reproductive Biomedicine Online*, 20(4), 553–558. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2009.12.021>.
- Gunjawate, D. R., B. Kumar, R., Ravi, R., & Kunnath, L. S. (2020). Knowledge and attitudes toward transgender community among speech-language pathologists in India: A questionnaire-based exploration. *International Journal of Transgender Health*, 21(4), 455–462. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1753135>.
- Guyatt, G., Oxman, A. D., Akl, E. A., Kunz, R., Vist, G., Brozek, J., Norris, S., Falck-Ytter, Y., Glasziou, P., & de Beer, H. (2011). GRADE guidelines: 1. Introduction—GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(4), 383–394. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.04.026>.
- Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D’Augelli, A. R., Silverman, M. M., Fisher, P. W., Hughes, T., Rosario, M., Russell, S. T., Malley, E., Reed, J., Litts, D. A., Haller, E., Sell, R. L., Remafedi, G., Bradford, J., Beautrais, A. L., & Brown, G. K. (2010). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *Journal of Homosexuality*, 58(1), 10–51. <https://doi.org/10.1080/00918369.2011.534038>.
- Hadj-Moussa, M., Agarwal, S., Ohl, D. A., & Kuzon, W. M. (2018). Masculinizing genital gender confirmation surgery. *Sexual Medicine Reviews*, 7(1), 141–155. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2018.06.004>.
- Hadj-Moussa, M., Ohl, D. A., & Kuzon, W. M., Jr. (2018). Feminizing genital gender-confirmation surgery. *Sexual Medicine Reviews*, 6(3), 457–468.e452. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2017.11.005>.
- Hafford-Letchfield, T., Simpson, P., Willis, P. B., & Almack, K. (2018). Developing inclusive residential care for older lesbian, gay, bisexual and trans (LGBT) people: An evaluation of the Care Home Challenge action research project. *Health & Social Care in the Community*, 26(2), e312–e320. <https://doi.org/10.1111/hsc.12521>.
- Hage, J. J., Dekker, J., Karim, R. B., Verheijen, R. H. M., & Bloemena, E. (2000). Ovarian cancer in female-to-male transsexuals: Report of two cases. *Gynecologic Oncology*, 76(3), 413–415. <https://doi.org/10.1006/gyno.1999.5720>.
- Hagen, D. B., & Galupo, M. P. (2014). Trans\* individuals’ experiences of gendered language with health care providers: Recommendations for practitioners. *International Journal of Transgenderism*, 15(1), 16–34. <https://doi.org/10.1080/15532739.2014.890560>.
- Hahn, M., Sheran, N., Weber, S., Cohan, D., & Obedin-Maliver, J. (2019). Providing patient-centered perinatal care for transgender men and gender-diverse individuals:



- A collaborative multidisciplinary team approach. *Obstetrics and Gynecology*, 135(5), 959–963. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003506>.
- Hall, R., Mitchell, L., & Sachdeva, J. (2021). Access to care and frequency of detransition among a cohort discharged by a UK national adult gender identity clinic: Retrospective case-note review. *BJPsych Open*, 7(6). <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1022>.
- Hamada, A., Kingsberg, S., Wierckx, K., T'Sjoen, G., De Sutter, P., Knudson, G., & Agarwal, A. (2015). Semen characteristics of transwomen referred for sperm banking before sex transition: A case series. *Andrologia*, 47(7), 832–838. <https://doi.org/10.1111/and.12330>.
- Hamm, J. A., & Nieder, T. O. (2021). Trans\*-sexualität neu denken: Eine partizipative interviewstudie zu gelingender sexualität ohne genitalangleichung. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 34 (02), 69–78. <https://doi.org/10.1055/a-1477-0412>.
- Hancock, A. B. (2017). An ICF perspective on voice-related quality of life of American transgender women. *Journal of Voice*, 31(1), 115.e1–115.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2016.03.013>.
- Hancock, A. B., Childs, K. D., & Irwig, M. S. (2017). Trans male voice in the first year of testosterone therapy: Make no assumptions. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60 (9), 2472–2482. [https://doi.org/10.1044/2017\\_JSLHR-S-16-0320](https://doi.org/10.1044/2017_JSLHR-S-16-0320)
- Hancock, A. B., & Downs, S. C. (2021). Listening to gender-diverse people of color: Barriers to accessing voice and communication care. *American Journal of Speech-Language Pathology*. [https://doi.org/10.1044/2021\\_AJSLP-20-00262](https://doi.org/10.1044/2021_AJSLP-20-00262)
- Hancock, A. B., & Garabedian, L. M. (2013). Transgender voice and communication treatment: A retrospective chart review of 25 cases. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 48(1), 54–65. <https://doi.org/10.1111/j.14606984.2012.00185.x>
- Hancock, A., & Haskin, G. (2015). Speech-language pathologists' knowledge and attitudes regarding lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer (LGBTQ) populations. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 24(2), 206–221. [https://doi.org/10.1044/2015\\_AJSLP-14-0095](https://doi.org/10.1044/2015_AJSLP-14-0095).
- Hancock, A. B., Krissinger, J., & Owen, K. (2011). Voice perceptions and quality of life for transgender people. *Journal of Voice*, 25(5), 553–558. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2010.07.013>.
- Hancock, A. B., & Siegfriedt, L. L. (2020). *Transforming voice and communication with transgender and gender-diverse people: An evidence-based process*. Plural Publishing.
- Handy, A. B., Wassersug, R. J., Ketter, J. T. J., & Johnson, T. W. (2015). The sexual side of castration narratives: Fiction written by and for eunuchs and eunuch “wannabes.” *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 24(2), 151–159. <https://doi.org/10.3138/cjhs.242-A4>.
- Hardacker, C. T., Chyten-Brennan, J., & Komar, A. (2019). Transgender physiology, anatomy, and aging: provider's guide to gender-affirming surgeries. In C. Hardacker, K. Ducheny, & M. Houlberg (Eds.), *Transgender and gender nonconforming health and aging* (pp. 37–60). Springer.
- Harden, K. P. (2014). A sex-positive framework for research on adolescent sexuality. *Perspectives on Psychological Science*, 9 (5), 455 – 469. <https://doi.org/10.1177/1745691614535934>.
- Harris, K., Ferguson, J., & Hills, S. (2014). A comparative study of hair removal at an NHS hospital: Luminette intense pulsed light versus electrolysis. *Journal of Dermatological Treatment*, 25(2), 169–173. <https://doi.org/10.3109/09546634.2012.715239>.
- Havranek, E. P., Mujahid, M. S., Barr, D. A., Blair, I. V., Cohen, M. S., Cruz-Flores, S., Davey-Smith, G., Dennison-Himmelfarb, C. R., Lauer, M. S., Lockwood, D. W., Rosal, M., & Yancy, C. W. (2015). American Heart Association Council on Quality of Care and Outcomes Research, Council on Epidemiology and Prevention, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health, and Stroke Council. *Social Determinants of Risk and Outcomes for Cardiovascular Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association*. *Circulation*, 132(9), 873–898. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000228>.
- Hay, M. (2021, February 20). Meet the men who risk it all to have their balls cut off. *The Daily Beast*. <https://www.thedailybeast.com/inside-the-dangerous-global-network-of-backstreet-castrators-cutters-and-eunuch-makers>
- Health Policy Project, Asia-Pacific Transgender Network and United Nations Development Program. (2015). *Blueprint for the provision of comprehensive care for trans people and trans communities*. <https://weareaptn.org/2017/06/01/blueprint-for-the-provision-of-comprehensive-care-for-trans-people/>
- Heck, N. C., Croot, L. C., & Robohm, J. S. (2015). Piloting a psychotherapy group for transgender clients: Description and clinical considerations for practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(1), 30–36. <https://doi.org/10.1037/a0033134>.
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer, W. J., Spack, N. P., Tangpricha, V., & Montori, V. M. (2009). Endocrine treatment of transsexual persons: An endocrine society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 94(9), 3132–3154. <https://doi.org/10.1210/jc.2009-0345>.
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W.J, Hassan Murad, M, Rosenthal, S. M., Safer, J. D., Tangpricha, V., & T'Sjoen, G. G. (2017). Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 102(11), 3869–3903. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>.
- Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 460–467. <https://doi.org/10.1037/a0029597>.
- Henry, R. S., Perrin, P. B., Coston, B. M., & Witten, T. M.



- (2020). Transgender and gender non-conforming adult preparedness for aging: Concerns for aging, and familiarity with and engagement in planning behaviors. *International Journal of Transgender Health*, 21(1), 58–69. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1690612>.
- Herd, G. (1994). *Third sex, third gender. Beyond sexual dimorphism in culture and history*. The MIT Press.
- Herman, J. L., Brown, T. N. T., & Haas, A. P. (2019). *Suicide thoughts and attempts among transgender adults. Findings from the 2015 US Transgender Survey*. Williams Institute UCLA School of Law. <https://escholarship.org/content/qt1812g3hm/qt1812g3hm.pdf>
- Hermann, M., & Thorstenson, A. (2015). A rare case of male-to-eunuch gender dysphoria. *Sexual Medicine*, 3(4), 331–333. <https://doi.org/10.1002/sm2.81>.
- Hess, J., Henkel, A., Bohr, J., Rehme, C., Panic, A., Panic, L., Rossi Neto, R., Hadaschik, B., & Hess, Y. (2018). Sexuality after male-to-female gender affirmation surgery. *BioMed Research International*, 2018, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2018/9037979>.
- Hess, J., Hess-Busch, Y., Kronier, J., Rubben, H., & Rossi Neto, R. (2016). Modified preparation of the neurovascular bundle in male to female transgender patients. *Urology International*, 96(3), 354–359. <https://doi.org/10.1159/000443281>.
- Heylens, G., Elaut, E., Kreukels, B. P. C., Paap, M. C. S., Cerwenka, S., Richter-Appelt, H., Cohen-Kettenis, P. T., Haraldsen, I. R., & De Cuypere, G. (2014). Psychiatric characteristics in transsexual individuals: Multicentre study in four European countries. *British Journal of Psychiatry*, 204(2), 151–156. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.121954>.
- Heylens, G., Verroken, C., De Cock, S., T'Sjoen, G., & De Cuypere, G. (2014). Effects of different steps in gender reassignment therapy on psychopathology: A prospective study of persons with a gender identity disorder. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(1), 119–126. <https://doi.org/10.1111/jsm.12363>.
- Hidalgo, M. A., & Chen, D. (2019). Experiences of gender minority stress in cisgender parents of transgender/ gender-expansive prepubertal children: A qualitative study. *Journal of Family Issues*, 40(7), 865–886. <https://doi.org/10.1177/0192513x19829502>.
- Hidalgo, M. A., Ehrensaft, D., Tishelman, A. C., Clark, L. F., Garofalo, R., Rosenthal, S. M., Spack, N. P., & Olson, J. (2013). The gender affirmative model: What we know and what we aim to learn. *Human Development*, 56(5), 285–290. <https://doi.org/10.1159/000355235>.
- Hines, M., Constantinescu, M., & Spencer, D. (2015). Early androgen exposure and human gender development. *Biology of Sex Differences*, 6(1). <https://doi.org/10.1186/s13293-015-0022-1>.
- Hiransuthikul, A., Janamnuaysook, R., Sungsing, T., Jantarapakde, J., Trachunthong, D., Mills, S., & Phanuphak, N. (2019). High burden of chlamydia and gonorrhoea in pharyngeal, rectal and urethral sites among Thai transgender women: Implications for anatomical site selection for the screening of STI. *Sexually Transmitted Infections*, 95(7), 534. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2018-053835>.
- Hisle-Gorman, E., Landis, C. A., Susi, A., Schvey, N. A., Gorman, G. H., Nylund, C. M., & Klein, D. A. (2019). Gender dysphoria in children with autism spectrum disorder. *LGBT Health*, 6(3), 95–100. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0252>.
- Hisle-Gorman, E., Schvey, N. A., Adirim, T. A., Rayne, A. K., Susi, A., Roberts, T. A., & Klein, D. A. (2021). Mental health-care utilization of transgender youth before and after affirming treatment. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(8), 1444–1454. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.05.014>.
- Hoebeker, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., De Cuypere, G., T'Sjoen, G., Weyers, S., Decaestecker, K., & Monstrey, S. (2005). Impact of sex reassignment surgery on lower urinary tract function. *European Urology*, 47(3), 398–402. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2004.10.008>.
- Hoffkling, A., Obedin-Maliver, J., & Sevelius, J. (2017). From erasure to opportunity: A qualitative study of the experiences of transgender men around pregnancy and recommendations for providers. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17 (Suppl. 2), 332. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1491-5>.
- Hollenbach, A., Eckstrand, K., Dreger, A., & AAMC Advisory Committee on Sexual Orientation, Gender Identity, and Sex Development. (2014). *Implementing curricular and institutional climate changes to improve health care for individuals who are LGBT, gender nonconforming, or born with DSD: A resource for medical educators*. Association of American Medical Colleges.
- Holmberg, M., Arver, S., & Dhejne, C. (2019). Supporting sexuality and improving sexual function in transgender persons. *Nature Reviews Urology*, 16(2), 121–139. <https://doi.org/10.1038/s41585-018-0108-8>.
- Hontscharuk, R., Alba, B., Hamidian Jahromi, A., & Schechter, L. (2021). Penile inversion vaginoplasty outcomes: Complications and satisfaction. *Andrology*, 9(6), 1732–1743. <https://doi.org/10.1111/andr.13030>.
- Hontscharuk, R., Alba, B., Manno, C., Pine, E., Deutsch, M. B., Coon, D., & Schechter, L. (2021). Perioperative transgender hormone management: Avoiding venous thromboembolism and other complications. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 147(4), 1008–1017. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000007786>.
- Hooton, T. M. (2012). Clinical practice. Uncomplicated urinary tract infection. *New England Journal of Medicine*, 366 (11), 1028–1037. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1104429>.
- Horbach, S. E., Bouman, M. B., Smit, J. M., Ozer, M., Buncamper, M. E., & Mullender, M. G. (2015). Outcome of vaginoplasty in male-to-female transgenders: A systematic review of surgical techniques. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(6), 1499–1512. <https://doi.org/10.1111/jsm.12868>.
- Horner, B., McManus, A., Comfort, J., Freijah, R., Lovelock, G., Hunter, M., & Tavener, M. (2012). How prepared is the retirement and residential aged care sector in Western Australia for older non-heterosexual people? *Quality in Primary Care*, 20(4), 263–274.
- Hostiuc, S., Rusu, M. C., Negoii, I., & Drima, E. (2018). Testing decision-making competency of schizophrenia

- participants in clinical trials. A meta-analysis and meta-regression. *BMC Psychiatry*, 18(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1580-z>.
- Horton, C. (2021). Parent advocacy groups for trans children. In A. Goldberg, & G. Beemyn (Eds.), *The SAGE encyclopedia of trans studies*. Sage.
- Houk, C. P., & Lee, P. A. (2010). Approach to assigning gender in 46,XX Congenital Adrenal Hyperplasia with male external genitalia: Replacing dogmatism with pragmatism. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 95(10), 4501–4508. <https://doi.org/10.1210/jc.2010-0714>.
- Houlberg, M. (2019). Endocrinology, hormone replacement therapy (HRT), and aging. In *Transgender and gender nonconforming health and aging* (pp. 21–35). Springer.
- House of Commons Women and Equalities Committee. (2015, December 8). *Transgender equality: First report of session 2015–2016*. <https://publications.parliament.uk/pa/cm201516/cmselect/cmwomeq/390/390.pdf>
- Hoy-Ellis, C. P., & Fredriksen-Goldsen, K. I. (2017). Depression among transgender older adults: General and minority stress. *American Journal of Community Psychology*, 59(3–4), 295–305. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12138>.
- Hughes, I. A. (2005). Consensus statement on management of intersex disorders. *Archives of Disease in Childhood*, 91(7), 554–563. <https://doi.org/10.1136/ad.2006.098319>.
- Hughes, I. A., Nihoul-Fékété, C., Thomas, B., & Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Consequences of the ESPE/LWPES guidelines for diagnosis and treatment of disorders of sex development. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 21, 351–365. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2007.06.003>.
- Hughto, J. M. W., Gunn, H. A., Rood, B. A., & Pantalone, D. W. (2020). Social and medical gender affirmation experiences are inversely associated with mental health problems in a U.S. non-probability sample of transgender adults. *Archives of Sexual Behavior*. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01655-5>.
- Hullmann, S. E., Fedele, D. A., Wolfe-Christensen, C., Mullins, L. L., & Wisniewski, A. B. (2011). Differences in adjustment by child developmental stage among care-givers of children with disorders of sex development. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2011(1). <https://doi.org/10.1186/1687-9856-2011-16>.
- Human Rights Campaign. (2018a). *Gender expansive youth report*. Human Rights Campaign, US.
- Human Rights Campaign. (2018b). *LGBTQ youth report*. [https://www.hrc.org/resources/2018\\_lgbtq-youth-report](https://www.hrc.org/resources/2018_lgbtq-youth-report) Human Rights Campaign
- Foundation. (2017). *Corporate equality index 2018: Rating workplaces on lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer equality*. <https://assets2.hrc.org/files/assets/resources/CEI-2018-FullReport.pdf>
- Human Rights Campaign Foundation. (2022). *Corporate equality index 2022: Rating workplaces on lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer equality*. <https://www.hrc.org/resources/2022-corporate-equality-index>
- <https://www.hrc.org/resources/corporate-equality-index> S255
- Human Rights Watch. (2014). “I’m scared to be a woman”: Human rights abuses against transgender people in Malaysia. [https://features.hrw.org/features/HRW\\_reports\\_2014/Im\\_Scared\\_to\\_Be\\_a\\_Woman/index.htm](https://features.hrw.org/features/HRW_reports_2014/Im_Scared_to_Be_a_Woman/index.htm)
- Human Rights Watch. (2017). “I want to be like nature made me”: Medically unnecessary surgeries on intersex children in the U.S. [https://www.hrw.org/sites/default/files/report\\_pdf/lgbtinterssex0717\\_web\\_0.pdf](https://www.hrw.org/sites/default/files/report_pdf/lgbtinterssex0717_web_0.pdf);
- Hunt, J. (2014). An initial study of transgender people’s experiences of seeking and receiving counselling or psychotherapy in the UK. *Counselling and Psychotherapy Research*, 14(4), 288–296. <https://doi.org/10.1080/14733145.2013.838597>.
- Iantaffi, A., & Bockting, W. O. (2011). Views from both sides of the bridge? Gender, sexual legitimacy and trans-gender people’s experiences of relationships. *Culture Health & Sexuality*, 13(3), 355–370. <https://doi.org/10.1080/13691058.2010.537770>.
- Idrus, N. I., & Hymans, T. D. (2014). Balancing benefits and harm: Chemical use and bodily transformation among Indonesia’s transgender waria. *International Journal of Drug Policy*, 25(4), 789–797.
- ILGA World. (2020a). *Trans legal mapping report 2019: recognition before the law*. [https://ilga.org/downloads/ILGA\\_World\\_Trans\\_Legal\\_Mapping\\_Report\\_2019\\_EN.pdf](https://ilga.org/downloads/ILGA_World_Trans_Legal_Mapping_Report_2019_EN.pdf)
- ILGA World. (2020b). *Curbing deception: a world survey on legal regulation of so-called “conversion therapies”*. [https://ilga.org/downloads/ILGA\\_World\\_Curbing\\_Deception\\_world\\_survey\\_legal\\_restrictions\\_conversion\\_therapy.pdf](https://ilga.org/downloads/ILGA_World_Curbing_Deception_world_survey_legal_restrictions_conversion_therapy.pdf)
- Ingraham, N., Wingo, E., & Roberts, S. C. M. (2018). Inclusion of LGBTQ persons in research related to pregnancy risk: A cognitive interview study. *BMJ Sexual & Reproductive Health*. <https://doi.org/10.1136/bmjsex-2018-200097>.
- International Commission of Jurists. (2007). *Yogyakarta principles—Principles on the application of international human rights law in relation to sexual orientation and gender identity*. [www.yogyakartaprinciples.org](http://www.yogyakartaprinciples.org)
- International Commission of Jurists. (2017). *The Yogyakarta Principles Plus 10—Additional principles and state obligation on the application of International Human Rights Law in relation to sexual orientation, gender expression and sex characteristics to complement the Yogyakarta Principles*. [http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2017/11/A5\\_yogyakartaWEB-2.pdf](http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2017/11/A5_yogyakartaWEB-2.pdf)
- Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. (2011). *Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel*. Interprofessional Education Collaborative.
- Irwig, M. S. (2017). Testosterone therapy for transgender men. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 5, 301–311. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(16\)00036-X](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(16)00036-X).
- Irwig, M. S. (2018). Cardiovascular health in transgender people. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, 19(3), 243–251. <https://doi.org/10.1007/s11154-018-9454-3>.
- Irwig, M. S., Childs, K., & Hancock, A. B. (2017). Effects of testosterone on the transgender male voice. *Andrology*, 5(1), 107–112. <https://doi.org/10.1111/andr.12278>.
- Irwig, M. S. (2021). Is there a role for 5 $\alpha$ -reductase inhibitors in transgender individuals? *Andrology*, 9(6), 1729–1731.

- <https://doi.org/10.1111/andr.12881>.
- Isaacson, D., Aghili, R., Wongwittava, N., & Garcia, M. (2017). How big is too big? The girth of bestselling insertive sex toys to guide maximal neophallus dimensions. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(11), 1455–1461. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.09.012>.
- Islam, N., Nash, R., Zhang, Q., Panagiotakopoulos, L., Daley, T., Bhasin, S., Getahun, D., Sonya Haw, J., McCracken, C., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Vupputuri, S., & Goodman, M. (2021). Is there a link between hormone use and diabetes incidence in transgender people? Data from the STRONG cohort. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 107(4), e1549–e1557. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgab832>.
- Isshiki, N., Taira, T., & Tanabe, M. (1983). Surgical alteration of the vocal pitch. *The Journal of Otolaryngology*, 12(5), 335–340. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6644864/> Iwamoto, S. J., Defreyne, J., Rothman, M. S., Van Schuylenbergh, J., Van de Bruaene, L., Motmans, J., & T'Sjoen, G. (2019). Health considerations for transgender women and remaining unknowns: A narrative review. *Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism*, 10, 204201881987116. <https://doi.org/10.1177/2042018819871166>.
- Iwamoto, S. J., Grimstad, F., Irwig, M. S., & Rothman, M. S. (2021). Routine screening for transgender and gender diverse adults taking gender-affirming hormone therapy: A narrative review. *Journal of General Internal Medicine*, 36(5), 1380–1389. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-06634-7>.
- Iwamoto, S. J., T'Sjoen, G., Safer, J. D., Davidge-Pitts, C. J., Wierman, M. E., Glodowski, M. B., & Rothman, M. S. (2019). Letter to the editor: “Progesterone is important for transgender women’s therapy—Applying evidence for the benefits of progesterone in ciswomen”. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 104(8), 3127–3128. <https://doi.org/10.1210/jc.2019-00249>.
- Jablonski, R. A., Vance, D. E., & Beattie, E. (2013). The invisible elderly: Lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 39(11), 46–52. <https://doi.org/10.3928/00989134-20130916-0>.
- Jackowich, R. A., Vale, R., Vale, K., Wassersug, R. J., & Johnson, T. W. (2014). Voluntary genital ablations: Contrasting the cutters and their clients. *Sexual Medicine*, 2(3), 121–132. <https://doi.org/10.1002/sm2.33>.
- Jackson Levin, N., Kattari, S. K., Piellusch, E. K., & Watson, E. (2020). “We just take care of each other”: Navigating ‘chosen family’ in the context of health, illness, and the mutual provision of care amongst queer and transgender young adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 7346. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197346>
- Jacobson, G. J., Niemira, J. C., & Violeta, K. J. (Eds.). (2019). *Sex, sexuality, and trans identities: Clinical guidance for psychotherapists and counselors*. Jessica Kingsley Publishers.
- Jadoul, P., Guilmain, A., Squifflet, J., Luyckx, M., Votino, R., Wyns, C., & Dolmans, M. M. (2017). Efficacy of ovarian tissue cryopreservation for fertility preservation: Lessons learned from 545 cases. *Human Reproduction*, 32(5), 1046–1054. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex040>.
- Jäggi, T., Jellestad, L., Corbisiero, S., Schaefer, D. J., Jenewein, J., Schneeberger, A., Kuhn, A., & Garcia Nuñez, D. (2018). Gender minority stress and depressive symptoms in transitioned Swiss transpersons. *BioMed Research International*, 2018, 8639263. <https://doi.org/10.1155/2018/8639263>.
- Jahromi, A. H., Horen, S. R., Dorafshar, A. H., Seu, M. L., Radix, A., Anderson, E., Green, J., Fraser, L., Johannesson, L., Testa, G., Schechter, L. S. M., & Schechter, L. (2021). Uterine transplantation and donation in transgender individuals; Proof of concept. *International Journal of Transgender Health*, 22(4), 349–359. <https://doi.org/10.1080/26895269.2021.1915635>.
- Jakomin, J. R., Ziegler, A., Rio, C., & Suddarth, R. (2020). Opportunities to learn transgender voice and communication therapy in graduate speech-language pathology education: Preliminary e-survey findings. *Perspectives*, 5 (4), 876–883. [https://doi.org/10.1044/2020\\_PERSP-20-00047](https://doi.org/10.1044/2020_PERSP-20-00047).
- James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi, M. (2016). *The report of the 2015 U.S. Transgender Survey*. <https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-AIAN-Report-Dec17.pdf>
- James-Abra, S., Tarasoff, L., Green, D., Epstein, R., Anderson, S., Marvel, S., Steele, L. S., Ross, L. (2015). Trans people’s experiences with assisted reproduction services: A qualitative study. *Human Reproduction*, 30(6), 1365–1374. <https://doi.org/10.1093/humrep/dev087>.
- Jasuja, G. K., de Groot, A., Quinn, E. K., Ameli, O., Hughto, J. M., Dunbar, M., Deutsch, M., Streed, C. G., Paasche-Orlos, M., Wolfe, H. L., & Rose, A. J. (2020). Beyond gender identity disorder diagnosis codes: An examination of additional methods to identify transgender individuals in administrative databases. *Medical Care*, 58(10), 903. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001362>.
- Javier, C., Crimston, C. R., & Barlow, F. K. (2022). Surgical satisfaction and quality of life outcomes reported by transgender men and women at least one year post gender-affirming surgery: A systematic literature review. *International Journal of Transgender Health*, 23(3), 255–273. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2038334>.
- Jazayeri, H. E., Lopez, J., Sluiter, E. C., O’Brien-Coon, D., Bluebond-Langner, R., Kuzon, W. M., Jr., Berli, J. U., Monstrey, S. J., Deschamps-Braly, J. C., Dorafshar, A. H., & Schechter, L. S. (2021). Discussion: Promoting centers for transgender care. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 79 (1), 3 – 4. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2020.09.027>.
- Jefford, M., & Moore, R. (2008). Improvement of informed consent and the quality of consent documents. *The Lancet. Oncology*, 9(5), 485–493. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(08\)70128-1](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(08)70128-1).
- Jenness, V., & Smyth, M. (2011). The passage and



- implementation of the Prison Rape Elimination Act: Legal endogeneity and the uncertain road from symbolic law to instrumental effects. *Stanford Law & Policy Review*, 22, 489. <https://doi.org/10.1177/0891243215611856>.
- Jenness, V., & Fenstermaker, S. (2016). Forty years after Brownmiller: Prisons for men, transgender inmates, and the rape of the feminine. *Gender & Society*, 30(1), 14–29. <https://doi.org/10.1177/0891243215611856>.
- Jessen, R. S., Waehre, A., David, L., & Stänicke, E. (2021). Negotiating gender in everyday life: Toward a conceptual model of gender dysphoria in adolescents. *Archives of Sexual Behavior*, 50(8), 3489–3503. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02024-6>.
- Jiang, D. D., Gallagher, S., Burchill, L., Berli, J., & Dugi, D., 3rd. (2019). Implementation of a pelvic floor physical therapy program for transgender women undergoing gender-affirming vaginoplasty. *Obstetrics and Gynecology*, 133 (5), 1003–1011. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003236>.
- Jiang, D., Witten, J., Berli, J., & Dugi, D., 3rd. (2018). Does depth matter? Factors affecting choice of vulvoplasty over vaginoplasty as gender-affirming genital surgery for trans-gender women. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(6), 902–906. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.03.085>.
- Jindarak, S., Nilprapha, K., Atikankul, T., Angspatt, A., Pungrasmi, P., Iamphongsai, S., Promniyom, P., Suwajo, P., Scvaggi, G., & Tiewtranon, P. (2018). Spermatogenesis abnormalities following hormonal therapy in transwomen. *Biomed Research International*, 2018, 7919481. <https://doi.org/10.1155/2018/7919481>.
- Johns, M. M., Beltran, O., Armstrong, H. L., Jayne, P. E., & Barrios, L. C. (2018). Protective factors among trans-gender and gender variant youth: A systematic review by socioecological level. *The Journal of Primary Prevention*, 39(3), 263–301. <https://doi.org/10.1007/s10935-018-0508-9>.
- Johns, M. M., Lowry, R., Andrzejewski, J., Barrios, L. C., Demissie, Z., McManus, T., Rasberry, C. N., Robin, L., & Underwood, J. M. (2019). Transgender identity and experiences of violence victimization, substance use, suicide risk, and sexual risk behaviors among high school students—19 states and large urban school districts, 2017. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 68(3), 67. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6803a3>.
- Johnson, E. K., Rosoklija, I., Finlayson, C., Chen, D., Yerkes, E. B., Madonna, M. B., Holl, J. L., Baratz, A. B., Davis, G., & Cheng, E. Y. (2017). Attitudes towards “disorders of sex development” nomenclature among affected individuals. *Journal of Pediatric Urology*, 13(6), 608.e1–608.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2017.03.035>.
- Johnson, K. C., LeBlanc, A. J., Deardorff, J., Bockting, W. O. (2020). Invalidation experiences among non-binary adolescents. *Journal of Sex Research*, 57(2), 222–233. <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1608422>.
- Johnson, L., & Federman, E. J. (2014). Training, experience, and attitudes of VA psychologists regarding LGBT issues: Relation to practice and competence. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(1). <https://doi.org/10.1037/sgd0000019>.
- Johnson, T. W., & Irwig, M. S. (2014). The hidden world of self-castration and testicular self-injury. *Nature Reviews Urology*, 11(5), 297–300. <https://doi.org/10.1038/nrurol.2014.84>.
- Johnson, T. W., & Wassersug, R. J. (2016). Recognition of gender variants outside the binary in WPATH Standards of Care, Version 7.0. *International Journal of Transgenderism*, 17(1), 1–3. <https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1114442>.
- Johnson, T. W., Brett, M. A., Roberts, L. F., & Wassersug, R. J. (2007). Eunuchs in contemporary society: Characterizing men who are voluntarily castrated (Part I). *The Journal of Sexual Medicine*, 4(4), 930–945. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00521.x>.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2019). *UNAIDS Data 2019*. [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2019-UNAIDS-data\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data_en.pdf)
- Joint, R., Chen, Z. E., & Cameron, S. (2018). Breast and reproductive cancers in the transgender population: A systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 125(12), 1505–1512. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15258>.
- Jones, C. (2019). Intersex, infertility and the future: Early diagnoses and the imagined life course. *Sociology of Health & Illness*, 42(1), 143–156. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12990>.
- Jones, T., de Bolger, T., Dune, A., Lykins, A., & G. Hawkes. (2015). *Female-to-Male (FtM) transgender people's experiences in Australia: A national study*. Springer.
- Jones, B. A., Bouman, W. P., Haycraft, E., & Arcelus, J. (2019). Gender congruence and body satisfaction in non-binary transgender people: A case control study. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 263–274. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1538840>.
- Jones, B. A., Bouman, W. P., Haycraft, E., & Arcelus, J. (2019). Mental health and quality of life in non-binary transgender adults: A case control study. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 251–262. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1630346>.
- Jones, B. A., Brewin, N., Richards, C., Van Eijk, M., Stephenson-Allen, A., & Arcelus, J. (2017). Investigating the outcome of the initial assessment at a national transgender health service: Time to review the process? *International Journal of Transgenderism*, 18(4), 427–432. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1372838>.
- Jones, B. P., Rajamanoharan, A., Vali, S., Williams, N. J., Saso, S., Thum, M. Y., Ghaem-Maghani, S., Quiroga, I., Diaz-Garcia, C., Thomas, P., Wilkinson, S., Yazbek, J., & Smith, J. R. (2021). Perceptions and motivations for uterus transplant in transgender women. *JAMA Network Open*, 4(1), e2034561. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.34561>.
- Jones, R. K., Witwer, E., & Jerman, J. (2020). Transgender abortion patients and the provision of transgender-specific care at non-hospital facilities that provide abortions. *Contraception: X*, 2, 100019. <https://doi.org/10.1016/j.conx.2020.100019>.



- conx.2020.100019.
- Jones, K., Wood, M., & Stephens, L. (2017). Contraception choices for transgender males. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 43(3), 239–240. <https://doi.org/10.1136/fjprhc-2017-101809>.
- Joseph, A. A., Kulshreshtha, B., Shabir, I., Marumudi, E., George, T. S., Sagar, R., Mehta, M., & Ammini, A. C. (2016). Gender issues and related social stigma affecting patients with a disorder of sex development in India. *Archives of Sexual Behavior*, 46(2), 361–367. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0841-0>
- Julian, J. M., Salvetti, B., Held, J. I., Murray, P. M., Lara-Rojas, L., & Olson-Kennedy, J. (2021). The impact of chest binding in transgender and gender diverse youth and young adults. *Journal of Adolescent Health*, 68(6), 1129–1134. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.09.029>.
- Jung, A., & Schuppe, H. C. (2007). Influence of genital heat stress on semen quality in humans. *Andrologia*, 39(6), 203–215. <https://doi.org/10.1111/j.1439-0272.2007.00794.x>.
- Kailas, M., Lu, H. M. S., Rothman, E. F., & Safer, J. D. (2017). Prevalence and types of gender-affirming surgery among a sample of transgender endocrinology patients prior to state expansion of insurance coverage. *Endocrine Practice*, 23(7), 780–786. <https://doi.org/10.4158/EP161727.OR>.
- Kaltiala, R., Bergman, H., Carmichael, P., de Graaf, N. M., Egebjerg Rischel, K., Frisén, L., Schorkopf, M., Suomalainen, L., & Waehre, A. (2020). Time trends in referrals to child and adolescent gender identity services: A study in four Nordic countries and in the UK. *Nordic Journal of Psychiatry*, 74(1), 40–44. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1667429>.
- Kaltiala, R., Heino, E., Työljärvi, M., & Suomalainen, L. (2020). Adolescent development and psychosocial functioning after starting cross-sex hormones for gender dysphoria. *Nordic Journal of Psychiatry*, 74(3), 213–219. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1691260>.
- Kaltiala-Heino, R., Sumia, M., Työljärvi, M., & Lindberg, N. (2015). Two years of gender identity service for minors: Overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0042-y>.
- Kanagalingam, J., Georgalas, C., Wood, G. R., Ahluwalia, S., Sandhu, G., & Cheesman, A. D. (2005). Cricothyroid approximation and subluxation in 21 male-to-female transsexuals. *The Laryngoscope*, 115(4), 611–618. <https://doi.org/10.1097/01.mlg.0000161357.12826.33>.
- Kang, A., Aizen, J. M., Cohen, A. J., Bales, G. T., & Pariser, J. J. (2019). Techniques and considerations of prosthetic surgery after phalloplasty in the transgender male. *Translational Andrological Urology*, 8(3), 273–282. <https://doi.org/10.21037/tau.2019.06.02>.
- Kanhai, R. C. (2016). Sensate vagina pedicled-spot for male-to-female transsexuals: The experience in the first 50 patients. *Aesthetic Plastic Surgery*, 40(2), 284–287. <https://doi.org/10.1007/s00266-016-0620-2>.
- Kanhai, R. C., Hage, J. J., Asscheman, H., & Mulder, J. W. (1999). Augmentation mammoplasty in male-to-female transsexuals. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 104(2), 542–549; discussion 550–541. <https://doi.org/10.1097/00006534-199908000-00039>.
- Kanhai, R. C., Hage, J. J., Karim, R. B., & Mulder, J. W. (1999). Exceptional presenting conditions and outcome of augmentation mammoplasty in male-to-female transsexuals. *Annals of Plastic Surgery*, 43(5), 476–483. <https://doi.org/10.1097/00006637-199911000-00003>.
- Kanhai, R. C., Hage, J. J., & Mulder, J. W. (2000). Long-term outcome of augmentation mammoplasty in male-to-female transsexuals: A questionnaire survey of 107 patients. *British Journal of Plastic Surgery*, 53(3), 209–211. <https://doi.org/10.1054/bjps.1999.3298>.
- Kanis, J. A. (1994). Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis: Synopsis of a WHO report. *Osteoporosis International*, 4(6), 368–381. <https://doi.org/10.1007/BF01622200>.
- Kanj, R. V., Conard, L. A. E., Corathers, S. D., & Trotman, G. E. (2019). Hormonal contraceptive choices in a clinic-based series of transgender adolescents and young adults. *The International Journal of Transgenderism*, 20(4), 413–420. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1631929>.
- Karasic, D. H. (2016). Protecting transgender rights promotes transgender health. *LGBT Health*, 3(4), 245–247. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0072>.
- Kaoutzanis, C., Winocour, J., Gupta, V., Yeslev, M., Ganesh Kumar, N., Wormer, B., Grotting, J. C., & Higdon, K. K. (2019). The effect of smoking in the cosmetic surgery population: Analysis of 129,007 patients. *Aesthetic Surgery Journal*, 39(1), 109–119. <https://doi.org/10.1093/asj/sjy088>
- Karasic, D. H. (2019). Mental health care for the adult transgender patient. In C. A. Ferrando (Ed.), *Comprehensive care of the transgender patient* (pp. 8–11). Elsevier.
- Karasic, D. H., & Fraser, L. (2018). Multidisciplinary care and the standards of care for transgender and gender nonconforming individuals. *Clinics in Plastic Surgery*, 45(3), 295–299. <https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.03.016>.
- Karkazis, K., Tamar-Mattis, A., & Kon, A. A. (2010). Genital surgery for disorders of sex development: Implementing a shared decision-making approach. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 23(8), 789–805. <https://doi.org/10.1515/jpem.2010.129>.
- Kasianczuk, M., & Trofymenko, O. (2020). *Size estimation for transgender people in Ukraine/SE "Center of Social Expertises named after Yu. Saenko" of the Institute of Sociology of the National Academy of Sciences of Ukraine*. Kyiv, 2020. [https://www.researchgate.net/publication/348325593\\_POPULATION\\_SIZE\\_ESTIMATION\\_FOR\\_TRANSGENDER\\_PEOPLE\\_IN\\_UKRAINE](https://www.researchgate.net/publication/348325593_POPULATION_SIZE_ESTIMATION_FOR_TRANSGENDER_PEOPLE_IN_UKRAINE)
- Kattari, S. K., & Hasche, L. (2016). Differences across age groups in transgender and gender non-conforming people's experiences of health care discrimination, harassment, and victimization. *Journal of Aging and Health*, 28(2), 285–306. <https://doi.org/10.1177/0898264315590228>.
- Kattari, S. K., Walls, N. E., Speer, S. R., & Kattari, L. (2016). Exploring the relationship between transgender-inclusive

- providers and mental health outcomes among transgender/gender variant people. *Social Work in Health Care*, 55(8), 635–650. <https://doi.org/10.1080/00981389.2016.1193099>.
- Katz-Wise, S. L., Budge, S. L., Fugate, E., Flanagan, K., Touloumtzis, C., Rood, B., Perez-Brumer, A., & Leibowitz, S. (2017). Transactional pathways of transgender identity development in transgender and gender-nonconforming youth and caregiver perspectives from the Trans Youth Family Study. *International Journal of Transgenderism*, 18(3), 243–263. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1304312>.
- Kaufman, R. & Tishelman, A. C. (2018). Creating a network of professionals. In C. E. Keo-Meier & D. E. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. American Psychological Association. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9>
- Kauth, M. R., Shipherd, J. C., Lindsay, J., Blosnich, J. R., Brown, G. R., & Jones, K. T. (2014). Access to care for transgender veterans in the Veterans Health Administration: 2006–2013. *American Journal of Public Health*, 104(S4), S532–S534. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302086>.
- Kcomt, L., Gorey, K. M., Barrett, B. J., & McCabe, S. E. (2020). Healthcare avoidance due to anticipated discrimination among transgender people: A call to create trans-affirmative environments. *Elsevier*, 11, 100608. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100608>.
- Kelly, S. J., & Ismail, M. (2015). Stress and type 2 diabetes: A review of how stress contributes to the development of type 2 diabetes. *Annual Review of Public Health*, 36, 441–462. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealt-031914-122921>.
- Kelly, V., Hertegård, S., Eriksson, J., Nygren, U., & Södersten, M. (2018). Effects of gender-confirming pitch-raising surgery in transgender women a long-term follow-up study of acoustic and patient-reported data. *Journal of Voice*, 33(5), 781–791. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2018.03.005>.
- Kelvin, J. F., Thom, B., Benedict, C., Carter, J., Corcoran, S., Dickler, M. N., Goodman, K. A., Margolies, A., Matasar, M. J., Noy, A & Goldfarb, S. B. (2016). Cancer and fertility program improves patient satisfaction with information received. *Journal of Clinical Oncology*, 34(15), 1780–1786. <https://doi.org/10.1200/JCO.2015.64.5168>.
- Kennedy, E., & Thibeault, S. L. (2020). Voice-gender incongruence and voice health information-seeking behaviors in the transgender community. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 29(3), 1563–1573. [https://doi.org/10.1044/2020\\_AJSLP-19-00188](https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00188).
- Kennis, M., Duecker, F., T'Sjoen, G., Sack, A. T., & Dewitte, M. (2022). Sexual self-concept discrepancies mediate the relation between gender dysphoria sexual esteem and sexual attitudes in binary transgender individuals. *The Journal of Sex Research*, 59(4), 524–536. <https://doi.org/10.1080/00224499.2021.1951643>.
- Kent, M. A., Winoker, J. S., & Grotas, A. B. (2018). Effects of feminizing hormones on sperm production and malignant changes: Microscopic examination of post orchiectomy specimens in transwomen. *Urology*, 121, 93–96. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2018.07.023>.
- Keohane v. Jones (Florida Department of Corrections), Case No.4:16-cv-511-MW-CAS, N. D. Fla, 2018.
- Keo-Meier, C. L., & Ehrensaft, D. (2018). Introduction to the gender affirmative model. In C. Keo-Meier & D. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children* (pp. 3–19). Washington, DC: American Psychological Association.
- Keo-Meier, C. L., & Fitzgerald, K. M. (2017). Affirmative psychological testing and neurocognitive assessment with transgender adults. *The Psychiatric Clinics of North America*, 40(1), 51–64. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.10.011>.
- Keo-Meier, C. L., Herman, L. I., Reisner, S. L., Pardo, S. T., Sharp, C., & Babcock, J. C. (2015). Testosterone treatment and MMPI-2 improvement in transgender men: A prospective controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(1), 143–156. <https://doi.org/10.1037/a0037599>.
- Kerckhof, M. E., Kreukels, B. P. C., Nieder, T. O., Becker-Héblly, I., van de Grift, T. C., Staphorsius, A. S., Elaut, E. (2019). Prevalence of sexual dysfunctions in transgender persons: Results from the ENIGI follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(12), 2018–2029. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.09.003>.
- Kerry, S. (2014). Sistergirls/brotherboys: The status of indigenous transgender Australians. *International Journal of Transgender Health*, 15(3–4), 173–186. <https://doi.org/10.1080/15532739.2014.995262>.
- Khalili, J., Leung, L. B., & Diamant, A. L. (2015). Finding the perfect doctor: Identifying lesbian, gay, bisexual, and transgender-competent physicians. *American Journal of Public Health*, 105(6), 1114–1119. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302448>.
- Khatchadourian, K., Amed, S., & Metzger, D. L. (2014). Clinical management of youth with gender dysphoria in Vancouver. *The Journal of Pediatrics*, 164(4), 906–911. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.10.068>.
- Kidd, J. D., Dolezal, C., & Bockting, W. O. (2018). The relationship between tobacco use and legal document gender-marker change, hormone use, and gender-affirming surgery in a United States sample of trans-feminine and transmasculine individuals: Implications for cardiovascular health. *LGBT Health*, 5(7), 401–411. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0103>.
- Kidd, K. M., Sequeira, G. M., Douglas, C., Paglisotti, T., Inwards-Breland, D. J., Miller, E., & Coulter, R. (2021). Prevalence of gender-diverse youth in an urban school district. *Pediatrics*, 147(6), e2020049823. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-049823>.
- Kim, H. T. (2020) Vocal feminization for transgender women: Current strategies and patient perspectives. *International Journal of General Medicine*, 13, 43–52. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S205102>.
- Kim, H. T. (2017). A new conceptual approach for voice

- feminization: 12 years of experience. *The Laryngoscope*, 127(5), 1102–1108. <https://doi.org/10.1002/lary.26127>.
- Kirey-Sitnikova, Y. (2021). Prospects and challenges of gender neutralization in Russian. *Russian Linguistics*, 45(2), 143–158. <https://doi.org/10.1007/s11185-021-09241-6>.
- Kismödi, E., Corona, E., Maticka-Tyndale, E., Rubio-Aurioles, E., & Coleman, E. (2017). Sexual Rights as Human Rights: A guide for the WAS Declaration of Sexual Rights. *International Journal of Sexual Health*, 29(Suppl 1), 1–92. <https://doi.org/10.1080/19317611.2017.1353865>.
- Klaver, M., de Mutsert, R., van der Loos, M., Wiepjes, C. M., Twisk, J. W. R., den Heijer, M., & Klink, D. T. (2020). Hormonal treatment and cardiovascular risk profile in transgender adolescents. *Pediatrics*, 145(3), e20190741. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-0741>.
- Klein, A., & Golub, S. A. (2016). Family rejection as a predictor of suicide attempts and substance misuse among transgender and gender nonconforming adults. *LGBT Health*, 3(3), 193–199. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0111>.
- Klein, C., & Gorzalka, B. B. (2009). Sexual functioning in transsexuals following hormone therapy and genital surgery: A review. *Journal of Sexual Medicine*, 6(11), 2922–2939. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01370>.
- Klein, D. A., Berry-Bibee, E. N., Baker, K. K., Malcolm, N. M., Rollison, J. M., & Frederiksen, B. N. (2018). Providing quality family planning services to LGBTQIA individuals: A systematic review. *Contraception*, 97(5). <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.12.016>.
- Klein, D. A., Paradise, S. L., & Goodwin, E. T. (2018). Caring for transgender and gender-diverse persons: What clinicians should know. *AFP Journal*, 98(11), 645–653. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30485050>
- Kleinplatz, P. J. (Ed.). (2012). *New directions in sex therapy: Innovations and alternatives* (2nd ed.). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Klimstra, T. A., Hale, W. W.III., Raaijmakers, Q. A. W., Branje, S. J. T., & Meeus, W. H. J. (2009). Identity formation in adolescence: Change or stability? *Journal of Youth and Adolescence*, 39(2), 150–162. <https://doi.org/10.1007/s10964-009-9401-4>.
- Klink, D., Bokenkamp, A., Dekker, C., & Rotteveel, J. (2015). Arterial hypertension as a complication of triptorelin treatment in adolescents with gender dysphoria. *Endocrinology and Metabolism International Journal*, 2(1), 36–38. <https://doi.org/10.15406/emij.2015.02.00008>.
- Klink, D., Caris, M., Heijboer, A., van Trotsenburg, M., & Rotteveel, J. (2015). Bone mass in young adulthood following gonadotropin-releasing hormone analog treatment and cross-sex hormone treatment in adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 100(2), E270–E275. <https://doi.org/10.1210/jc.2014-2439>.
- Kloer, C., Parker, A., Blasdel, G., Kaplan, S., Zhao, L., & Bluebond-Langner, R. (2021). Sexual health after vaginoplasty: A systematic review. *Andrology*, 9(6), 1744–1764. <https://doi.org/10.1111/andr.13022>.
- Klosky, J. L., Anderson, L. E., Russell, K. M., Huang, L., Zhang, H., Schover, L. R., Simmons, J. L., & Kutteh, W. H. (2017). Provider influences on sperm banking outcomes among adolescent males newly diagnosed with cancer. *Journal of Adolescent Health*, 60(3), 277–283. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.10.020>.
- Klosky, J. L., Flynn, J. S., Lehmann, V., Russell, K. M., Wang, F., Hardin, R. N., Eddinger, J. R., Zhang, H., Schenck, L. A., & Schover, L. R. (2017). Parental influences on sperm banking attempts among adolescent males newly diagnosed with cancer. *Fertility and Sterility*, 108(6), 1043–1049. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.08.039>.
- Klosky, J. L., Wang, F., Russell, K. M., Zhang, H., Flynn, J. S., Huang, L., Wasilewski-Masker, K., Landier, W., Leonard, M., Albritton, K. H., Gupta, A. A., Casilas, J., Colte, O., Kutteh, W. H., & Schover, L. R. (2017). Prevalence and predictors of sperm banking in adolescents newly diagnosed with cancer: Examination of adolescent, parent, and provider factors influencing fertility preservation outcomes. *Journal of Clinical Oncology*, 35(34), 3830–3865. <https://doi.org/10.1200/JCO.2016.70.4767>.
- Knutson, D., Koch, J. M., & Goldbach, C. (2019). Recommended terminology, pronouns, and documentation for work with transgender and non-binary populations. *Practice Innovations*, 4(4), 214–224. <https://doi.org/10.1037/pri0000098>.
- Koçak, I., Akpınar, M. E., Cakır, Z. A., Doğan, M., Bengisu, S., & Celikoyar, M. M. (2010). Laser reduction glottoplasty for managing androphonia after failed cricothyroid approximation surgery. *Journal of Voice*, 24(6), 758–764. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2009.06.004>.
- Kocan, S., & Gursoy, A. (2016). Body image of women with breast cancer after mastectomy: A qualitative research. *Journal of Breast Health*, 12(4), 145–150. <https://doi.org/10.5152/tjbh.2016.2913>.
- Koehler, A., Eyssel, J., & Nieder, T. O. (2018). Genders and individual treatment progress in (non-)binary trans individuals. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(1), 102–113. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.11.007>.
- Kohlberg, L. (1966). A cognitive-developmental analysis of children's sex-role concepts and attitudes. In E. E. Maccoby (Ed.), *The development of sex*. Tavistock Publications.
- Kojima, T., Shoji, K., Isshiki, N., & Nakamura, K. (2008). Thyroplasty type III for treatment of voice problem in GID of female-to-male type. *Practica Oto-Rhino-Laryngologica*, 101(1), 39–43. <https://doi.org/10.5631/jibirin.101.39>.
- Kon, A. (2015). Ethical issues in decision-making for infants with disorders of sex development. *Hormone and Metabolic Research*, 47(05), 340–343. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1547269>.
- Kornienko, O., Santos, C., Martin, C., & Granger, K. (2016). Peer influence on gender identity development in adolescence. *Developmental Psychology*, 52(10), 1578–1592. <https://doi.org/10.1037/dev0000200>.
- Korpaisarn, S., & Safer, J. D. (2018). Gaps in transgender medical education among healthcare providers: A major barrier to care for transgender persons. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, 19(3), 271–275.



- <https://doi.org/10.1007/s11154-018-9452-5>.
- Kosilek v. Mass. Department of Corrections/ Kathleen Dennehy; Kosilek v. Spencer, 889 F.Supp.2d 190 (D. Mass. Sept. 4, 2012); "Kosilek II."
- Kosilek v. Massachusetts, 221 F. Supp. 2d 156 (D Mass 2002).
- Kozato, A., Fox, G. C., Yong, P. C., Shin, S. J., Avanessian, B. K., Ting, J., Yiwei, L., Subha, K., Safer, J. D., & Pang, J. H. (2021). No venous thromboembolism increase among transgender female patients remaining on estrogen for gender-affirming surgery. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 106(4), e1586–e1590. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa966>.
- Krege, S., Eckoldt, F., Richter-Unruh, A., Köhler, B., Leuschner, I., Mentzel, H. J., Moss, A., Schweizer, K., Stein, R., Werner-Rosen, K., Wieacker, P., Wiesemann, C., Wunsch, L., & Richter-Appelt, H. (2019). Variations of sex development: The first German interdisciplinary consensus paper. *Journal of Pediatric Urology*, 15(2), 114–123. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2018.10.008>.
- Krempasky, C., Harris, M., Abern, L., & Grimstad, F. (2020). Contraception across the transmasculine spectrum. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(2), 134–143. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.07.043>.
- Kreukels, B. P. C., Köhler, B., Nordenström, A., Roehle, R., Thyen, U., Bouvattier, C., de Vries, A. L. C., Cohen-Kettenis, P. T., Köhler, B., Cohen-Kettenis, P., de Vries, A., Arlt, W., Wiesemann, C., Slowikowska-Hilczer, J., de la Perriere, A. B., Sultan, C., Paris, F., Bouvattier, C., Thyen, U., & Reisch, N. (2018). Gender dysphoria and gender change in disorders of sex development/intersex conditions: Results From the dsd-LIFE study. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(5), 777–785. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.02.021>.
- Kreukels, B. P., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Puberty suppression in gender identity disorder: the Amsterdam experience. *Nature Reviews Endocrinology*, 7(8), 466–472. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2011.78>.
- Krishnamurthy, R., VandeCreek, L., Kaslow, N. J., Tazeau, Y. N., Miville, M. L., Kerns, R., Stegman, R., Suzuki, L., & Benton, S. A. (2004). Achieving competency in psychological assessment: Directions for education and training. *Journal of Clinical Psychology*, 60(7), 725–739. <https://doi.org/10.1002/jclp.20010>.
- Kunachak, S., Prakunhungsit, S., & Sujjalak, K. (2000). Thyroid cartilage and vocal fold reduction: A new phonosurgical method for male-to-female transsexuals. *The Annals of Otolaryngology, Rhinology, and Laryngology*, 109(11), 1082–1086. <https://doi.org/10.1177/000348940010901116>.
- Kuper, L. E., Adams, N., & Mustanski, B. S. (2018). Exploring cross-sectional predictors of suicide ideation, attempt, and risk in a large online sample of transgender and gender nonconforming youth and young adults. *LGBT Health*, 5(7), 391–400. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0259>.
- Kuper, L. E., Lindley, L., & Lopez, X. (2019). Exploring the gender development histories of children and adolescents presenting for gender affirming medical care. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(3), 217–228. <https://doi.org/10.1037/cpp0000290>.
- Kuper, L. E., Mathews, S., & Lau, M. (2019). Baseline mental health and psychosocial functioning of transgender adolescents seeking gender-affirming hormone therapy. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 40(8), 589–596. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000697>.
- Kuper, L. E., Nussbaum, R., & Mustanski, B. (2012). Exploring the diversity of gender and sexual orientation identities in an online sample of transgender individuals. *Journal of Sex Research*, 49(2-3), 244–254. <https://doi.org/10.1080/00224499.2011.596954>.
- Kuper, L. E., Stewart, S., Preston, S., Lau, M., & Lopez, X. (2020). Body dissatisfaction and mental health outcomes of youth on gender-affirming hormone therapy. *Pediatrics*, 145(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3006>.
- Kuper, L. E., Wright, L., & Mustanski, B. (2014). Stud identity among female-born youth of color: Joint conceptualizations of gender variance and same-sex sexuality. *Journal of Homosexuality*, 61(5), 714–731. <https://doi.org/10.1080/00918369.2014.870443>.
- Kuper, L. E., Wright, L., & Mustanski, B. (2018). Gender identity development among transgender and gender nonconforming emerging adults: An intersectional approach. *International Journal of Transgenderism*, 19(4), 436–455. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1443869>.
- Kuijpers, S., Wiepjes, C. M., Conemans, E. B., Fisher, A. D., T'Sjoen, G., & den Heijer, M. (2021). Toward a lowest effective dose of cyproterone acetate in trans women: Results from the ENIGI study. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 106(10), e3936–e3945. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgab427>.
- Kuvalanka, K. A., Bellis, C., Goldberg, A. E., & McGuire, J. K. (2019). An exploratory study of custody challenges experienced by affirming mothers of transgender and gender-nonconforming children. *Family Court Review*, 57(1), 54–71. <https://doi.org/10.1111/fcre.12387>.
- Kuvalanka, K. A., Mahan, D. J., McGuire, J. K., & Hoffman, T. K. (2017). Perspectives of mothers of transgender and gender-nonconforming children with autism spectrum disorder. *Journal of Homosexuality*, 65(9), 1167–1189. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1406221>.
- Kuyper, L., & Wijsen, C. (2014). Gender identities and gender dysphoria in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 43(2), 377–385. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0140-y>.
- Kvist, O., Luiza Dallora, A., Nilsson, O., Anderberg, P., Sanmartin Berglund, J., Flodmark, C. E., & Diaz, S. (2021). A cross-sectional magnetic resonance imaging study of factors influencing growth plate closure in adolescents and young adults. *Acta Paediatrica*, 110(4), 1249–1256. <https://doi.org/10.1111/apa.15617>.
- Kyinn, M., Banks, K., Leemaqz, S. Y., Sarkodie, E., Goldstein, D., & Irwig, M. S. (2021). Weight gain and obesity rates in transgender and gender-diverse adults before and during hormone therapy. *International Journal of Obesity*, 45(12), 2562–2569. <https://doi.org/10.1038/s41366-021-00935-x>.
- Laan, E. T. M., Klein, V., Werner, M. A., van Lunsen, R. H.



- W., & Janssen, E. (2021). In pursuit of pleasure: A biopsychosocial perspective on sexual pleasure and gender. *International Journal of Sexual Health*, 33(4), 516–536. <https://doi.org/10.1080/19317611.2021.1965689>.
- Ladanyi, C., Mor, A., Christianson, M. S., Dhillon, N., & Segars, J. H. (2017). Recent advances in the field of ovarian tissue cryopreservation and opportunities for research. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 34(6), 709–722. <https://doi.org/10.1007/s10815-017-0899-1>.
- Lampalzer, U., Briken, P., & Schweizer, K. (2021). Psychosocial care and support in the field of intersex/ diverse sex development (dsd): Counseling experiences, localization and needed improvements. *International Journal of Impotence Research*, 33(2), 228–242.
- Landén, M., Wälinder, J., Hambert, G., & Lundstrom, B. (1998). Factors predictive of regret in sex reassignment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97(4), 284–289. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1998.tb10001.x>.
- Langenderfer-Magruder, L., Whitfield, D. L., Walls, N. E., Kattari, S. K., & Ramos, D. (2014). Experiences of intimate partner violence and subsequent police reporting among lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer adults in Colorado. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(5), 855–871. <https://doi.org/10.1177/0886260514556767>.
- Langley, R. E., Gilbert, D. C., Duong, T., Clarke, N. W., Nankivell, M., Rosen, S. D., Mangar, S., Macnair, A., Sundaram, S. K., Laniado, M. E., Dixit, S., Madaan, S., Manetta, C., Pope, A., Scrase, C. D., McKay, S., Muazzam, I. A., Collins, G. N., Worlding, J., & Williams, S. T. (2021). Transdermal oestradiol for androgen suppression in prostate cancer: Long-term cardiovascular outcomes from the randomised Prostate Adenocarcinoma Transcutaneous Hormone (PATCH) trial programme. *The Lancet*, 397(10274), 581–591. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)00100-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)00100-8).
- Laron, Z., Zeev, Z., Kauli, R., Comaru-Schally, A., & Schally, A. (1981). D-Trp6-analogue of luteinising hormone releasing hormone in combination with cyproterone acetate to treat precocious puberty. *The Lancet*, 318(8253), 955–956. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(81\)91155-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(81)91155-7).
- Laube, J. S., Auer, M. K., Biedermann, S. V., Schröder, J., Hildebrandt, T., Nieder, T. O., Briken, P., & Fuss, J. (2020). Sexual behavior, desire, and psychosexual experience in gynephilic and androphilic trans women: A cross-sectional multicenter study. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(6), 1182–1194. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.01.030>.
- Lawrence, A. A. (2003). Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behaviour*, 32(4), 299–315. <https://doi.org/10.1023/a:1024086814364>.
- Lawrence, A. A. (2005). Sexuality after male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behaviour*, 34(2), 147–166. <https://doi.org/10.1007/s10508-005-1793-7>.
- LeBreton, M., Courtois, F., Journel, N. M., Beaulieu-Prevost, D., Belanger, M., Ruffion, A., & Terrier, J. E. (2017). Genital sensory detection thresholds and patient satisfaction with vaginoplasty in male-to-female transgender women. *Journal of Sexual Medicine*, 14(2), 274–281. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.12.005>.
- Ledesma, E., & Ford, C. L. (2020). Health implications of housing assignments for incarcerated transgender women. *American Journal of Public Health*, 110(5), 650–654. <https://doi.org/10.2105/ajph.2020.305565>.
- Lee, D. S., Marsh, L., Garcia-Altieri, M. A., Chiu, L. W., & Awad, S. S. (2016). Active mental illnesses adversely affect surgical outcomes. *The American Surgeon*, 82(12), 1238–1243. <https://doi.org/10.1177/000313481608201233>.
- Lee, H., Operario, D., van den Berg, J. J., Yi, H., Choo, S., & Kim, S. S. (2020). Health disparities among transgender adults in South Korea. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 32 (2-3), 103 – 110. <https://doi.org/10.1177/1010539520912594>.
- Lee, J. Y., Finlayson, C., Olson-Kennedy, J., Garofalo, R., Chan, Y. M., Glidden, D. V., & Rosenthal, S. M. (2020). Low bone mineral density in early pubertal transgender/ gender diverse youth: Findings from the Trans Youth Care Study. *Journal of Endocrine Society*, 4(9), <https://doi.org/10.1210/jendso/bvaa065>.
- Lee, P. A., Houk, C. P., Ahmed, S. F., & Hughes, I. A. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. International Consensus Conference on Intersex. *Pediatrics*, 118(2):e488-500. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-0738>.
- Lee, P. A., Nordenström, A., Houk, C. P., Ahmed, S. F., Auchus, R., Baratz, A., Baratz Dalke, K., Liao, L. M., Lin-Su, K., Looijenga, L. H. J.3rd, Mazur, T., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Mouriquand, P., Quigley, C. A., Sandberg, D. E., Vilain, E., & Witchel, S. (2016). Global Disorders of sex development update since 2006: Perceptions, approach and care. *Hormone Research in Paediatrics*, 85 (3), 158 – 180. <https://doi.org/10.1159/000442975>.
- Lefevor, G. T., Sprague, B. M., Boyd-Rogers, C. C., & Smack, A. C. P. (2018). How well do various types of support buffer psychological distress among transgender and gender nonconforming students? *International Journal of Transgenderism*, 20(1), 39–48. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1452172>.
- Lehmann, V., Keim, M. C., Nahata, L., Shultz, E. L., Klosky, J. L., Tuinman, M. A., & Gerhardt, C. A. (2017). Fertility-related knowledge and reproductive goals in childhood cancer survivors: short communication. *Human Reproduction*, 32(11), 2250–2253. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex297>.
- Leibowitz, S., & de Vries, A. L. (2016). Gender dysphoria in adolescence. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 21–35. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1124844>.
- Lerner, J. E., Martin, J. I., & Gorsky, G. S. (2020). More than an apple a day: Factors associated with avoidance of doctor visits among transgender, gender nonconforming, and nonbinary people in the USA. *Sexuality Research and Social Policy*, 18(2), 409–426. <https://doi.org/10.1007/s13178-020-00469-3>.
- Leung, A., Sakkas, D., Pang, S., Thornton, K., & Resetkova, N. (2019). Assisted reproductive technology outcomes in

- female-to-male transgender patients compared with cis-gender patients: A new frontier in reproductive medicine. *Fertility and Sterility*, 112(5), 858–865. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.07.014>.
- Lev, A. I. & Wolf-Gould, C. (2018). Collaborative treatment across disciplines. In C. E. Keo-Meier & D. E. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. American Psychological Association. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9>
- Levine, S. B. (2009). Real-life test experience: Recommendations for revisions to the Standards of Care of the World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 186–193. <https://doi.org/10.1080/15532730903383773>.
- Levine, S. B., Brown, G., Coleman, E., Cohen-Kettenis, P. T., Hage, J., Van Maasdam, J., Petersen, M., Pfafflin, F., & Schaefer, L. C. (1998). The standards of care for gender identity disorders—Fifth edition. *International Journal of Transgenderism* 2, 2, <http://www.symposion.com/ijt/ijtc0405.htm>
- Levy, A., Crown, A., & Reid, R. (2003). Endocrine intervention for transsexuals. *Clinical Endocrinology*, 59(4), 409–418. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2265.2003.01821.x>.
- Leyns, C., Papeleu, T., Tomassen, P., T'Sjoen, G., & D'haeseleer, E. (2021). Effects of speech therapy for trans-gender women: A systematic review. *International Journal of Transgender Health*, 22(4), 360–380. <https://doi.org/10.1080/26895269.2021.1915224>.
- Liang, J. J., Gardner, I. H., Walker, J. A., & Safer, J. D. (2017). Observed deficiencies in medical student knowledge of transgender and intersex health. *Endocrine Practice*, 23(8), 897–906. <https://doi.org/10.4158/EP171758.O>.
- Liao, L. & Simmonds M. (2014). A values-driven and evidence-based health care psychology for diverse sex development. *Psychology & Sexuality*, 5(1), 83–101. <https://doi.org/10.1080/19419899.2013.831217>.
- Lieberman, T. (2018). *Painting dragons: What storytellers need to know about writing Eunuch Villains*. Bogotá: Glyph Torrent.
- Lierman, S., Tilleman, K., Braeckmans, K., Peynshaert, K., Weyers, S., T'Sjoen, G., & De Sutter, P. (2017). Fertility preservation for trans men: Frozen-thawed in vitro matured oocytes collected at the time of ovarian tissue processing exhibit normal meiotic spindles. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 34(11), 1449–1456. <https://doi.org/10.1007/s10815-017-0976-5>.
- Light, A. D., Obedin-Maliver, J., Sevelius, J. M., & Kerns, J. L. (2014). Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning. *Obstetrics and Gynecology*, 124(6), 1120–1127. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000540>.
- Light, A., Wang, L. F., Zeymo, A., & Gomez-Lobo, V. (2018). Family planning and contraception use in trans-gender men. *Contraception*, 98(4), 266–269. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.06.006>.
- Lightfoot, S., Kia, H., Vincent, A., Wright, D. K., & Vandyk, A. (2021). Trans-affirming care: An integrative review and concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 123, 104047. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104047>.
- Lim, F., Johnson, M., & Eliason, M. (2015). A national survey of faculty knowledge, experience, and readiness for teaching lesbian, gay, bisexual and transgender health in baccalaureate nursing programs. *Nursing Education Perspectives*, 36(3), 144–152. <https://doi.org/10.5480/14-1355>.
- Lindley, L., Anzani, A., Prunas, A., & Galupo, M. P. (2021). Sexual satisfaction in trans masculine and nonbinary individuals: A qualitative investigation. *The Journal of Sex Research*, 58(2), 222–234. <https://doi.org/10.1080/00224499.2020.1799317>.
- Lindqvist, E. K., Sigurjonsson, H., Möllermark, C., Tinder, J., Farnebo, F., & Kalle Lundgren, T. (2017). Quality of life improves early after gender reassignment surgery in transgender women. *European Journal of Plastic Surgery*, 40, 223–226. <https://doi.org/10.1007/s00238-016-1252-0>.
- Lin-Su, K., Lekarev, O., Poppas, D., & Vogiatzi, M. G. (2015). Congenital adrenal hyperplasia patient perception of 'disorders sex development' nomenclature. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2015(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s13633-015-0004-4>.
- Littman, L. (2018). Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLoS One*, 13(8), e0202330. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>.
- Littman, L. (2021). Individuals treated for gender dysphoria with medical and/or surgical transition who subsequently detransitioned: A survey of 100 detransitioners. *Archives of Sexual Behavior*, 50(8), 3353–3369. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02163-w>.
- Liu, Y., Xin, Y., Qi, J., Wang, H., Hong, T., Yang, X., Li, B., Change, X., Knudson, G., Zhao, Z., & Pan, B. (2020). The desire and status of gender-affirming hormone therapy and surgery in transgender men and women in China: A national population study. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(11), 2291–2298. <https://doi.org/10.1177/1010539520912594>.
- Lopez, X., Marinkovic, M., Eimicke, T., Rosenthal, S. M., & Olshan, J. S. (2017). Statement on gender-affirmative approach to care from the pediatric endocrine society special interest group on transgender health. *Current Opinion in Pediatrics*, 29(4), 475–480. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000516>.
- Lo Russo, G., Tanini, S., & Innocenti, M. (2017). Masculine chest-wall contouring in FtM transgender: A personal approach. *Aesthetic Plastic Surgery*, 41(2), 369–374. <https://doi.org/10.1007/s00266-017-0796-0>.
- Lowry, R., Johns, M. M., Gordon, A. R., Austin, S. B., Robin, L. E., & Kann, L. K. (2018). Nonconforming gender expression and associated mental distress and substance use among high school students. *JAMA Pediatrics*, 172(11), 1020–1028. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.2140>.
- Lundberg, T., Hegarty, P., & Roen, K. (2018). Making sense of 'Intersex' and 'DSD': How laypeople understand and use terminology. *Psychology & Sexuality*, 9(2), 161–173.

- <https://doi.org/10.1080/19419899.2018.1453862>.
- Luz, P. M., Jalil, E. M., Castilho, J., Velasque, L., Ramos, M., Ferreira, A. C. G., Wilson, E. C., Valdilea, G., Veloso, B. D., Moodie, E. E. M., & Grinsztejn, B. (2022). Association of discrimination, violence, and resilience with depressive symptoms among transgender women in Rio de Janeiro, Brazil: A cross-sectional analysis. *Transgender Health, 7*(1), 101–106. <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0171>.
- Lynch, M., & Cicchetti I. D. (1998). An ecological-transactional analysis of children and contexts: The longitudinal inter-play among child maltreatment, community violence, and children's symptomatology. *Development and Psychopathology, 10*(2), 235–257. <https://doi.org/10.1017/s095457949800159x>.
- MacDonald, T., Noel-Weiss, J., West, D., Walks, M., Biener, M., Kibbe, A., & Myler, E. (2016). Transmasculine individuals' experiences with lactation, chestfeeding, and gender identity: A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth, 16*, 106–110. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0907-y>.
- MacKinnon, K. R., Ashley, F., Kia, H., Lam, J. S. H., Krakowsky, Y., & Ross, L. E. (2021). Preventing transition "regret": An institutional ethnography of gender-affirming medical care assessment practices in Canada. *Social Science & Medicine, 291*, 114477. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114477>.
- MacKinnon, K. R., Ng, S. L., Grace, D., Sicchia, S. R., & Ross, L. E. (2019). Protocols as curriculum? Learning health advocacy skills by working with transgender patients in the context of gender-affirming medicine. *Advances in Health Sciences Education, 25*(1), 7–18. <https://doi.org/10.1007/s10459-019-09899-0>.
- Madrigal-Borloz, V. (2021). *Report on gender: the law of inclusion and practices of exclusion. Report of the UN—Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity*, submitted to the 47th UN Human Rights Council and 76th UN General Assembly. [https://www.ohchr.org/Documents/Issues/SexualOrientation/IESOGI/Reports\\_on\\_Gender\\_Final\\_Summary.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Issues/SexualOrientation/IESOGI/Reports_on_Gender_Final_Summary.pdf)
- Madrigal-Borloz, V. (2020). *Practices of so-called "conversion therapy"—Report of the UN independent expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity*, Submitted to the 44th session of the UN Human Rights Council. Geneva: United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights. <https://undocs.org/A/HRC/44/53>
- Maheux, A. J., Zhou, Y., Thoma, B. C., Salk, R. H., & Choukas-Bradley, S. (2021). Examining sexual behavior among U.S. transgender adolescents. *The Journal of Sex Research, 58*(8), 1050–1060. <https://doi.org/10.1080/00224499.2020.1855408>.
- Mahfouda, S., Moore, J. K., Siafarikas, A., Hewitt, T., Ganti, U., Lin, A., & Zepf, F. D. (2019). Gender-affirming hormones and surgery in transgender children and adolescents. *Lancet Diabetes Endocrinology, 7*(6), 484–498. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(18\)30305-X](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(18)30305-X).
- Malhotra, A., Kort, S., Lauther, T., Mann, N., Skopicki, H. A., & Parikh, P. B. (2022). Prevalence and predictors of cardiovascular disease and risk factors in transgender persons in the United States. *Critical Pathways in Cardiology, 21*(1), 42–46. <https://doi.org/10.1097/HPC.000000000000271>.
- Malkin, M. L., & DeJong, C. (2018). Protections for transgender inmates under PREA: A comparison of state correctional policies in the United States. *Sexuality Research and Social Policy, 16*(4), 393–407. <https://doi.org/10.1007/s13178-018-0354-9>.
- Malpas, J., Glaeser, E., & Giammattei, S. V. (2018). Building resilience in transgender and gender expansive children, families, and communities: A multidimensional family approach. In C. Keo-Meier & D. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children* (pp. 141–156). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000095-009>.
- Mamoojee, Y., Seal, L. J., & Quinton, R. (2017). Transgender hormone therapy: Understanding international variation in practice. *Lancet Diabetes & Endocrinology, 5*(4), 243–246. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(17\)30068-2](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(17)30068-2).
- Mancini, I., Rotilio, A., Coati, I., Seracchioli, R., Martelli, V., & Meriggiola, M. C. (2017). Presentation of a meningioma in a transwoman after nine years of cyproterone acetate and estradiol intake: Case report and literature review. *Gynecological Endocrinology, 34*(6), 456–459. <https://doi.org/10.1080/09513590.2017.1395839>.
- Manero Vazquez, I., Garcia-Senosiain, O., Labanca, T., & Gómez-Gil, E. (2018). Aesthetic refinement in the creation of the clitoris, its preputial hood, and labia minora in male-to-female transsexual patients. *Annals of Plastic Surgery, 81*(4), 393–397. <https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000001532>.
- Mann, R. (2006). The treatment of transgender prisoners, not just an American problem—Comparative analysis of American, Australian, and Canadian prison policies concerning the treatment of transgender prisoners and a "universal" recommendation to improve treatment. *Law & Sexuality: A Review Lesbian, Gay, Bisexual & Transgender Legal Issues, 15*, 92–133.
- Manrique, O. J., Sabbagh, M. D., Ciudad, P., Martinez-Jorge, J., Kiranantawat, K., Sitpahul, N., Nippoldt, T. B., Charafeddine, A., & Chen, H. C. (2018). Gender-confirmation surgery using the pedicle transverse colon flap for vaginal reconstruction: A clinical outcome and sexual function evaluation study. *Plastic and Reconstructive Surgery, 141*(3), 767–771. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000004122>.
- Manson, J. E., Chlebowski, R. T., Stefanick, M. L., Aragaki, A. K., Rossouw, J. E., Prentice, R. L., Anderson, G., Howard, B. V., Thomson, C. A., LaCroix, A. Z., Wactawski-Wende, J., Jackson, R. D., Limacher, M., Margolis, K. L., Wassertheil-Smoller, S., Beresford, S. A., Cauley, J. A., Eaton, C. B., Gass, M., ... & Wallace, R. B. (2013). Menopausal hormone therapy and health outcomes during the intervention and extended poststopping phases of the Women's Health Initiative



- randomized trials. *The Journal of the American Medical Association*, 310(13), 1353–1368.
- Maraka, S., Singh Ospina, N., Rodriguez-Gutierrez, R., Davidge-Pitts, C. J., Nippoldt, T. B., Prokop, L. J., & Murad, M. H. (2017). Sex steroids and cardiovascular outcomes in transgender individuals: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 102(11), 3914–3923. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01643>.
- Margulies, I. G., Chuang, C., Travieso, R., Zhu, V., Persing, J. A., Steinbacher, D. M., & Zellner, E. G. (2021). Preferences of transgender and gender-nonconforming persons in gender-confirming surgical care: A cross-sectional study. *Annals of Plastic Surgery*, 86(1), 82–88. <https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000002351>.
- Marinkovic, M., & Newfield, R. S. (2017). Chest reconstructive surgeries in transmasculine youth: Experience from one pediatric center. *International Journal of Transgenderism*, 18(4), 376–381. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1349706>.
- Marks, D. H., Peebles, J. K., & Dommasch, E. (2019). Hair reduction for transgender persons: What dermatologists should know and how they can help. *JAMA Dermatology*, 155(5), 525–526. <https://doi.org/10.1001/jamaderma-tol.2019.0149>.
- Marsh, C., McCracken, M., Gray, M., Nangia, A., Gay, J., & Roby, K. F. (2019). Low total motile sperm in trans-gender women seeking hormone therapy. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 36(8), 1639–1648. <https://doi.org/10.1007/s10815-019-01504-y>.
- Marshall, W. A., & Tanner, J. M. (1969). Variations in pattern of pubertal changes in girls. *Archives of Disease in Childhood*, 44(235), 291–303.
- Masten, A. S., & Cicchetti, D. (2010). Developmental cascades. *Development and Psychopathology*, 22(3), 491–495. <https://doi.org/10.1017/s0954579410000222>.
- Martin, K. A., Chang, R. J., Ehrmann, D. A., Ibanez, L., Lobo, R. A., Rosenfield, R. L., Shapiro, J., Montori, V. M., & Swiglo, B. A. (2008). Evaluation and treatment of hirsutism in premenopausal women: An Endocrine Society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 93(4), 1105–1120. <https://doi.org/10.1210/jc.2007-2437>.
- Martinez, C., Rikhi, R., Haque, T., Fazal, A., Kolber, M., Hurwitz, B. E., Schneiderman, N., & Brown, T. T. (2020). Gender identity, hormone therapy, and cardiovascular disease risk. *Current Problems in Cardiology*, 45(5), 100396. <https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2018.09.003>.
- Martinez, F., & International Society for Fertility Preservation-ESHRE-ASRM Expert Working Group. (2017). Update on fertility preservation from the Barcelona International Society for Fertility Preservation-ESHRE-ASRM 2015 expert meeting: Indications, results and future perspectives. *Fertility and Sterility*, 108(3), 407–415.e11. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.05.024>.
- Martins, R. S., Saleh, R., Kamal, H., Gillani, M., Merchant, A., Munir, M. M., Ifikar, H. K., Shah, Z., Hussain, M. H. Z., Azhar, M., Qadri, F., & Saleem, S. (2020). The need for transgender healthcare medical education in a developing country. *Advances in Medical Education and Practice*, 11, 405. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S255483>.
- Maruri, S. (2011). Hormone therapy for inmates: A metonym for transgender rights. *Cornell Journal of Law and Public Policy*, 20(3), 10.
- Massie, J. P., Morrison, S. D., Van Maasdam, J., & Satterwhite, T. (2018). Predictors of patient satisfaction and postoperative complications in penile inversion vaginoplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 141(6), 911e–921e. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000004427>.
- Mastronikolis, N. S., Remacle, M., Biagini, M., Kiagiadaki, D., & Lawson, G. (2013). Wendler glottoplasty: An effective pitch raising surgery in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 27(4), 516–522. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2013.04.004>.
- Matai, V., Cheesman, A. D., & Clarke, P. M. (2003). Cricothyroid approximation and thyroid chondroplasty: A patient survey. *Otolaryngology—Head and Neck Surgery*, 128(6), 841–847. [https://doi.org/10.1016/S0194-5998\(03\)00462-5](https://doi.org/10.1016/S0194-5998(03)00462-5).
- Matei, S., & Danino, M. A. (2015). Smoking and plastic surgery: A Montreal perspective. *Annales de Chirurgie Plastique et Esthétique*, 60(1), e71–e72. <https://doi.org/10.1016/j.anplas.2014.09.012>.
- Matoso, A., Khandakar, B., Yuan, S., Wu, T., Wang, L. J., Lombardo, K. A., & Yakirevich, E. (2018). Spectrum of findings in orchiectomy specimens of persons undergoing gender confirmation surgery. *Human Pathology*, 76, 91–99. <https://doi.org/10.1016/j.humpath.2018.03.007>.
- Matsuno, E. (2019). Nonbinary-affirming psychological interventions. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(4), 617–628. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2018.09.003>.
- Matsuno, E., & Israel, T. (2018). Psychological interventions promoting resilience among transgender individuals: Transgender resilience intervention model (TRIM). *The Counseling Psychologist*, 46(5), 632–655. <https://doi.org/10.1177/0011000018787261>.
- Mattawanon, N., Charoenkwan, K., & Tangpricha, V. (2021). Sexual dysfunction in transgender people: A systematic review. *Urology Clinics of North America*, 48(4), 437–460. <https://doi.org/10.1016/j.ucl.2021.06.004>.
- Mattawanon, N., Spencer, J. B., Schirmer, D. A., & Tangpricha, V. (2018). Fertility preservation options in transgender people: A review. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, 19(3), 231–242. <https://doi.org/10.1007/s11154-018-9462-3>.
- Matthews, J. J., Olszewski, A., & Peterit, J. (2020). Knowledge, training, and attitudes of students and speech-language pathologists about providing communication services to individuals who are transgender. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 29(2), 597–610. [https://doi.org/10.1044/2020\\_AJSLP-19-00148](https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00148).
- Matthews, S. J., Picton, H., Ernst, E., & Andersen, C. Y. (2018). Successful pregnancy in a woman previously suffering from  $\beta$ -thalassemia following transplantation of ovarian tissue cryopreserved before puberty. *Minerva Obstetrics and Gynecology*, 70(4), 432–435. <https://doi.org/10.1016/j.minerva.2018.03.003>.



- org/10.23736/S0026-4784.18.04240-5.
- Maxwell, S., Noyes, N., Keefe, D., Berkeley, A. S., & Goldman, K. N. (2017). Pregnancy outcomes after fertility preservation in transgender men. *Obstetrics and Gynecology*, 129(6), 1031–1034. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002036>.
- Mayer, T. K., Koehler, A., Eysse, J., & Nieder, T. O. (2019). How gender identity and treatment progress impact decision-making, psychotherapy and aftercare desires of trans persons. *Journal of Clinical Medicine*, 8(5), 749. <https://doi.org/10.3390/jcm8050749>.
- Mazur, T., Cohen-Kettenis, P. T., Meyer, W. J., Meyer-Bahlburg, H. F., & Zucker, K. J. (2007). Survey of HBIGDA membership on treatment of disorders of sex development (DSD). *International Journal of Transgenderism*, 10 (2), 99–108. <https://doi.org/10.1080/1553273080218227>.
- McCallion, S., Smith, S., Kyle, H., Shaikh, M. G., Wilkinson, G., & Kyriakou, A. (2021). An appraisal of current ser-delivery and future models of care for young people with gender dysphoria. *European Journal of Pediatrics*, 180 (9), 2969–2976. <https://doi.org/10.1007/s00431-021-04075-2>.
- McCauley, E., Eckstrand, K., Desta, B., Bouvier, B., Brockmann, B., & Brinkley-Rubenstein, L. (2017). Exploring healthcare experiences for incarcerated individuals who identify as transgender in a southern jail. *Transgender Health*, 3(1), 34–41. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0046>.
- McConnell, E. A., Birkett, M. A., & Mustanski, B. (2015). Typologies of social support and associations with mental health outcomes among LGBT youth. *LGBT Health*, 2(1), 55–61. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2014.0051>.
- McDowell, A., & Bower, K. M. (2016). Transgender health care for nurses: An innovative approach to diversifying nursing curricula to address health inequities. *Journal of Nursing Education*, 55(8), 476–479. <https://doi.org/10.3928/01484834-20160715-11>.
- McDowell, A., Raifman, J., Progovac, A. M., & Rose, S. (2020). Association of nondiscrimination policies with mental health among gender minority individuals. *JAMA Psychiatry*, 77(9), 952–958. <https://doi.org/10.1001/jama-psychiatry.2020.0770>.
- McDowell, M. J., Hughto, J. M. W., & Reiser, S. L. (2019). Risk and protective factors for mental health morbidity in a community sample of female-to-male trans-masculine adults. *BMC Psychiatry*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-2008-0>.
- McFadden, S. H., Frankowski, S., Flick, H., & Witten, T. M. (2013). Resilience and multiple stigmatized identities: Lessons from transgender persons' reflections on aging. In J. D. Sinnott (Ed.), *Positive psychology: Advances in understanding adult motivation* (pp. 247–267). Springer.
- McGuire, J. K., Beek, T. F., Catalpa, J. M., & Steensma, T. D. (2018). The Genderqueer Identity (GQI) Scale: Measurement and validation of four distinct subscales with trans and LGBQ clinical and community samples in two countries. *International Journal of Transgenderism*, 20(2–3), 289–304. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1460735>.
- McGuire, J. K., Berg, D., Catalpa, J. M., Morrow, Q. J., Fish, J. N., Nic Rider, G., Steensma, T., Cohen-Kettenis, P. T., & Spencer, K. (2020). Utrecht Gender Dysphoria Scale—Gender Spectrum (UGDS-GS): Construct validity among transgender, nonbinary, and LGBQ samples. *International Journal of Transgender Health*, 21(2), 194–208. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1723460>.
- McInroy, L. B., Beaujolais, B., Craig, S. L., & Eaton, A. D. (2021). The self-identification, LGBTQ + identity development, and attraction and behavior of asexual youth: Potential implications for sexual health and internet-based service provision. *Archives of Sexual Behavior*, 50(8), 3853–3863. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02064-y>.
- McLachlan, C. (2019). Que(e)ring trans and gender diversity. *South African Journal of Psychology*, 49(1), 10–13. Urology Clinics North America <https://doi.org/10.1177/0081246318780774>.
- McLaughlin, R. J., & Sharp, R. N. (2018). Working with parents/guardians and caregivers when conflicts arise. In C. Keo-Meier & D. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children* (pp. 157–172). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000095-009>.
- McNabb, C. (2017). *Nonbinary gender identities: History, culture, resources*. Rowman & Littlefield.
- McNamara, C. (2007). Re-inhabiting an uninhabitable body: Interventions in voice production with transsexual men. *Research in Drama Education: The Journal of Applied Theatre and Performance*, 12(2), 195–206. <https://doi.org/10.1080/13569780701321070>.
- McNeil, J., Bailey, L., Ellis, S., & Regan, M. (2013). *Speaking from the margins: trans mental health and wellbeing in Ireland*. Transgender Equality Network Ireland (TENI). <https://www.atlanticphilanthropies.org/wp-content/uploads/2015/09/teni-speaking-from-the-margins-report.pdf>
- McNeil, J., Bailey, L., Ellis, S., Morton, J., & Regan, M. (2012). *UK trans mental health study 2012*. Scottish Transgender Alliance, Trans Resource and Empowerment Centre, TransBareAll, Traverse Research, Sheffield Hallam University. Scottish Trans Alliance [https://www.scottish-trans.org/wp-content/uploads/2013/03/trans\\_mh\\_study.pdf](https://www.scottish-trans.org/wp-content/uploads/2013/03/trans_mh_study.pdf)
- McNeill, E. J. M., Wilson, J. A., Clark, S., & Deakin, J. (2008). Perception of voice in the transgender client. *Journal of Voice*, 22(6), 727–733. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2006.12.010>.
- McTernan, M., Yokoo, K., & Tong, W. (2020). A comparison of gender-affirming chest surgery in nonbinary versus transmasculine patients. *Annals of Plastic Surgery*, 84(5S Suppl. 4), S323–S328. <https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000002254>.
- Meeus, W., van de Schoot, R., Keijsers, L., & Branje, S. (2011). Identity statuses as developmental trajectories: A five-wave longitudinal study in early-to-middle and middle-to-late adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(8), 1008–1021. <https://doi.org/10.1007/s10964-011-9730-y>.
- Mehring, J., & Dowshen, N. L. (2019). Sexual and reproductive health considerations among transgender and gender-expansive youth. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 49(9), 100684. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2019.100684>.

- Mehringer, J. E., Harrison, J. B., Quain, K. M., Shea, J. A., Hawkins, L. A., & Dowshen, N. L. (2021). Experience of chest dysphoria and masculinizing chest surgery in transmasculine youth. *Pediatrics*, *147*(3), e2020013300. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-013300>.
- Meier, S. C., & Labuski, C. M. (2013). *The Demographics of the Transgender Population*. In A. K. Baumle (Ed.), *International handbook on the demography of sexuality* (pp. 289–327). Springer.
- Meier, S. C., Sharp, C., Michonski, J., Babcock, J. C., & Fitzgerald, K. (2013). Romantic relationships of female-to-male trans men: A descriptive study. *International Journal of Transgenderism*, *14*(2), 75–85. <https://doi.org/10.1080/15532739.2013.791651>.
- Meijer, J. H., Eeckhout, G. M., van Vlerken, R. H., & de Vries, A. L. (2017). Gender dysphoria and co-existing psychosis: Review and four case examples of successful gender affirmative treatment. *LGBT Health*, *4*(2), 106–114. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0133>.
- Meister, J., Hagen, R., Shehata-Dieler, W., Kühn, H., Kraus, F., & Kleinsasser, N. (2016). Pitch elevation in male-to-female transgender persons—The Würzburg approach. *Journal of Voice*, *31*(2), 244.e7–244.e15. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2016.07.018>.
- Mendoza, N., & Motos, M. A. (2013). Androgen insensitivity syndrome. *Gynecological Endocrinology*, *29*(1), 1–5. <https://doi.org/10.3109/09513590.2012.705378>.
- Merigiola, M. C., Armillotta, F., Costantino, A., Altieri, P., Saad, F., Kalhorn, T., & Pelusi, G. (2008). Effects of testosterone undecanoate administered alone or in combination with letrozole or dutasteride in female to male transsexuals. *The Journal of Sexual Medicine*, *5*(10), 2442–2453. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00909.x>.
- Mészáros, K., Vitéz, L. C., Szabolcs, I., Góth, M., Kovács, L., Görömbei, Z., & Hacki, T. (2005). Efficacy of conservative voice treatment in male-to-female transsexuals. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, *57*(2), 111–118. <https://doi.org/10.1159/000083572>.
- Meyer, W. III., Bockting W., Cohen-Kettenis P., Coleman E., DiCeglie D., Devor H., Gooren L., Hage J., Kirk S., Kuiper B., Laub D., Lawrence A., Menard Y., Patton J., Schaefer L., Webb A., & Wheeler C. (2001). The standards of care for gender identity disorders—Sixth version. *International Journal of Transgenderism*, *5*(1). [http://www.symposium.com/ijt/soc\\_01/index.htm](http://www.symposium.com/ijt/soc_01/index.htm)
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, *129*(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2019). “Diagnosing” gender? Categorizing gender-identity variants in the Anthropocene. *Archives of Sexual Behavior* *48*(7), 2027–2035. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1349-6>.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2022). The timing of genital surgery in somatic intersexuality: Surveys of patients’ preferences. *Hormone Research in Paediatrics*, *95*, 12–20. <https://doi.org/10.1159/000521958>. 5267
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Baratz Dalke, K., Berenbaum, S. A., Cohen-Kettenis, P. T., Hines, M., & Schober, J. M. (2016). Gender assignment, reassignment and outcome in disorders of sex development: Update of the 2005 Consensus Conference. *Hormone Research in Paediatrics*, *85*(2), 112–118. <https://doi.org/10.1159/000442386>.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Khuri, J., Reyes-Portillo, J., & New, M. I. (2017). Stigma in medical settings as reported retrospectively by women with congenital adrenal hyperplasia (CAH) for their childhood and adolescence. *Journal of Pediatric Psychology*, *42*(5), 496–503. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsw034>.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Khuri, J., Reyes-Portillo, J., Ehrhardt, A. A., & New, M. I. (2018). Stigma associated with classical congenital adrenal hyperplasia in women’s sexual lives. *Archives of Sexual Behavior*, *47*(4), 943–951. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1003-8>.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Reyes-Portillo, J. A., Khuri, J., Ehrhardt, A. A., & New, M. I. (2017). Syndrome-related stigma in the general social environment as reported by women with classical congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, *46*(2), 341–351. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0862-8>.
- Mieusset, R., Bujan, L., Mansat, A., Pontonnier, F., & Grandjean, H. (1987). Effects of artificial cryptorchidism on sperm morphology. *Fertility and Sterility*, *47*(1), 150–155. <https://doi.org/10.1016/s0015-02821649951-6>.
- Mieusset, R., Grandjean, H., Mansat, A., & Pontonnier, F. (1985). Inhibiting effect of artificial cryptorchidism on spermatogenesis. *Fertility and Sterility*, *43*(4), 589–594. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(16\)48502-X](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(16)48502-X).
- Miller, L., Leeth, E. A., Johnson, E. K., Rosoklija, I., Chen, D., Aufox, S. A., & Finlayson, C. (2018). Attitudes towards ‘disorders of sex development’ nomenclature among physicians, genetic counselors, and mental health clinicians. *Journal of Pediatric Urology*, *14*(5), 418.e1–418.e7. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2018.08.009>.
- Millet, N., Longworth, J., & Arcelus, J. (2017). Prevalence of anxiety symptoms and disorders in the transgender population: A systematic review of the literature. *International Journal of Transgenderism*, *18*(1), 27–38. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1258353>.
- Millington, K., Liu, E., & Chan, Y. M. (2019). The utility of potassium monitoring in gender-diverse adolescents taking spironolactone. *Journal of the Endocrine Society*, *3*(5), 1031–1038. <https://doi.org/10.1210/js.2019-00030>.
- Millington, K., Schulmeister, C., Finlayson, C., Grabert, R., Olson-Kennedy, J., Garofalo, R., & Chan, Y. M. (2020). Physiological and metabolic characteristics of a cohort of transgender and gender-diverse youth in the United States. *Journal of Adolescent Health*, *67*(3), 376–383. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.03.028>.
- Mills, M., & Stoneham, G. (2017). *The voice book for trans and non-binary people*. Jessica Kingsley Publishers.
- Mills, M., Stoneham, G., & Davies, S. (2019). Toward a protocol for transmasculine voice: A service evaluation of the voice and communication therapy group program, including long-term follow-up for trans men at the London Gender Identity Clinic. *Transgender Health*, *4*(1), 143–151. <https://doi.org/10.1089/trgh.2019.0011>.
- Milrod, C., & Karasic, D. H. (2017). Age is just a number:

- WPATH-affiliated surgeons' experiences and attitudes toward vaginoplasty in transgender females under 18 years of age in the United States. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(4), 624–634. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.02.007>.
- Ming, J. M., Chua, M. E., Lopes, R. I., Maloney, A. M., Gupta, A. A., & Lorenzo, A. J. (2018). Cryopreservation of testicular tissue in pre-pubertal and adolescent boys at risk for infertility: A low risk procedure. *Journal of Pediatric Urology*, 14(3), 274.e271–274.e275. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2018.02.016>.
- Ministry of Justice. (2016.) *Care and management of trans- gender offenders*. (n.d.). GOV.UK. Retrieved May 31, 2022, from <https://www.gov.uk/government/publications/care-and-management-of-transgender-offenders>
- Mizock, L., & Lewis, T. K. (2008). Trauma in transgender populations: Risk, resilience, and clinical care. *Journal of Emotional Abuse*, 8(3), 335–354. <https://doi.org/10.1080/10926790802262523>.
- Mollet, A. L. (2021). "It's easier just to say I'm queer": Asexual college students' strategic identity management. *Journal of Diversity in Higher Education*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/dhe0000210>.
- Money, J., & Lamacz, M. (1987). Genital examination and exposure experienced as nosocomial sexual abuse in childhood. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175(12), 713–721. <https://doi.org/10.1097/00005053-198712000-00002>.
- Monroe (aka Patterson) v. Baldwin, Illinois Department of Corrections et al, Case No. 1:19-cv-01060, 2019.
- Monstrey, S., Hoebeke, P., Dhont, M., De Cuypere, G., Rubens, R., Moerman, M., Hamdi, M., Van Landuyt, K., & Blondeel, P. (2001). Surgical therapy in transsexual patients: A multi-disciplinary approach. *Acta Chirurgica Belgica*, 101(5), 200–209. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11758101>
- Monstrey, S., Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Blondeel, P., Hamdi, M., Roche, N., Weyers, S., & De Cuypere, G. (2009). Penile reconstruction: Is the radial forearm flap really the standard technique? *Plastic and Reconstructive Surgery*, 124(2), 510–518. <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181aeeb06>.
- Montejo, A. L., Montejo, L., & Navarro-Cremades, F. (2015). Sexual side-effects of antidepressant and antipsychotic drugs. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(6), 418–423. <https://doi.org/10.1097/ycp.000000000000198>.
- Moody, C., Fuks, N., Peláez, S., & Smith, N. G. (2015). "Without this, I would for sure already be dead": A qualitative inquiry regarding suicide protective factors among trans adults. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 266. <https://doi.org/10.1037/sgd0000130>.
- Mora, E., Cobeta, I., Becerra, A., & Lucio, M. J. (2018). Comparison of cricothyroid approximation and glottoplasty for surgical voice feminization in male-to-female transsexuals. *The Laryngoscope*, 128(9), 2101–2109. <https://doi.org/10.1002/lary.27172>.
- Moravek, M. B., Kinnear, H. M., George, J., Batchelor, S., Shikanov, A., Padmanabhan, V., & Randolph, J. F. (2020). Impact of exogenous testosterone on reproduction in transgender men. *Endocrinology*, 161(3), bqaa014. <https://doi.org/10.1210/endo/bqaa014>.
- Morenz, A. M., Goldhammer, H., Lambert, C. A., Hopwood, R., & Keuroghlian, A. S. (2020). A blueprint for planning and implementing a transgender health program. *Annals of Family Medicine*, 18(1), 73–79. <https://doi.org/10.1370/afm.2473>.
- Morrison, S. D., Capitán-Canadas, F., Sanchez-Garcia, A., Ludwig, D. C., Massie, J. P., Nolan, I. T., Swanson, M., Rodriguez-Conesa, M., Friedrich, J. B., Cederna, P. S., Bellinga, R. J., Simon, D., Capitán, L., & Satterwhite, T. (2020). Prospective quality-of-life outcomes after facial feminization surgery: An international multicenter study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 145(6), 1499–1509. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000006837>.
- Morrison, S. D., Satterwhite, T., Grant, D. W., Kirby, J., Laub, D. R., Sr., & VanMaasdam, J. (2015). Long-term outcomes of rectosigmoid neocolporrhaphy in male-to-female gender reassignment surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 136(2), 386–394. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000001459>.
- Morrison, S. D., Shakir, A., Vyas, K. S., Kirby, J., Crane, C. N., & Lee, G. K. (2016). Phalloplasty: A review of techniques and outcomes. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 138 (3), 594–615. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000002518>.
- Moser, C., & Devereux, M. (2019). Gender neutral pronouns: A modest proposal. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 331–332. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1217446>.
- Moseson, H., Fix, L., Hastings, J., Stoeffler, A., Lunn, M. R., Flentje, A., Lubensky, M. E., Capriotti, M. R., Ragosta, S., & Obedin-Maliver, J. (2020). Pregnancy intentions and outcomes among transgender, nonbinary, and gender-expansive people assigned female or intersex at birth in the United States: Results from a national, quantitative survey. *International Journal of Transgender Health*, 22(1–2), 30–41. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1841058>.
- Moseson, H., Fix, L., Hastings, J., Stoeffler, A., Lunn, M. R., Flentje, A., Lubensky, M. E., Capriotti, M. R., Ragosta, S., Forsberg, H., & Obedin-Maliver, J. (2021). Pregnancy intentions and outcomes among transgender, nonbinary, and gender-expansive people assigned female or intersex at birth in the United States: Results from a national, quantitative survey. *International Journal of Transgender Health*, 22(1-2), 30–41. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1841058>.
- Moseson, H., Fix, L., Ragosta, S., Forsberg, H., Hastings, J., Stoeffler, A., Lunn, M. R., Flentje, A., Capriotti, M. R., Lubensky, M. E., & Obedin-Maliver, J. (2021). Abortion experiences and preferences of transgender, nonbinary, and gender-expansive people in the United States. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 224(4), 376. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.09.035>.
- Moseson, H., Lunn, M. R., Katz, A., Fix, L., Durden, M., Stoeffler, A., Hastings, J., Cudlitz, L., Goldberg, E., Lesser-Lee, B., Letcher, L., Reyes, A., Flentje, A., Capprotti, M., Lubensky, M. E., & Obedin-Maliver, J. (2020). Development of an affirming



- and customizable electronic survey of sexual and reproductive health experiences for transgender and gender nonbinary people. *PLoS One*, 15(5), e0232154. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232154>.
- Moseson, H., Zazanis, N., Goldberg, E., Fix, L., Durden, M., Stoeffler, A., Hastings, J., Cudlitz, L., Goldberg, E., Lesser-Lee, B., Letcher, L., Reyes, A., & Obedin-Maliver, J. (2020). The imperative for transgender and gender nonbinary inclusion: Beyond women's health. *Obstetrics and Gynecology*, 135(5), 1059–1068. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003816>.
- Motmans, J., Meier, P., Ponnet, K., & T'Sjoen, G. (2012). Female and male transgender quality of life: Socioeconomic and medical differences. *The Journal of Sexual Medicine*, 9 (3), 743 – 750. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02569.x>.
- Motmans, J., Nieder, T. O., & Bouman, W. P. (2019). Transforming the paradigm of nonbinary transgender health: A field in transition. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 119–125. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1640514>.
- Motmans, J., Wyverkens, E., & Defreyne, J. (2017). *Being transgender in Belgium: Ten years later*. Institute for the Equality of Women and Men. [https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/118\\_-\\_being\\_transgender\\_in\\_belgium.pdf](https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/118_-_being_transgender_in_belgium.pdf)
- Motta, G., Marinelli, L., Barale, M., Brustio, P. R., Manieri, C., Ghigo, E., Procopio, M., & Lanfranco, F. (2020). Fracture risk assessment in an Italian group of transgender women after gender-confirming surgery. *Journal of Bone Mineral Metabolism*, 38(6), 885–893. <https://doi.org/10.1007/s00774-020-01127-9>.
- Mouriquand, P. D. E., Gorduz, D. B., Gay, C.-L., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Baker, L., Baskin, L. S., Bouvattier, C., Braga, L. H., Caldamone, A. C., Duranteau, L., El Ghoneimi, A., Hensle, T. W., Hoebeke, P., Kaefer, M., Kalfa, N., Kolon, T. F., Manzoni, G., Mure, P.-Y., Nordenskjöld, A., & Pippi Salle, J. L. (2016). Surgery in disorders of sex development (DSD) with a gender issue: If (why), when, and how? *Journal of Pediatric Urology*, 12 (3), 139–149. <https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2016.04.001>.
- Movement Advancement Project. Conversion “Therapy” Bans. (2021). [https://www.lgbtmap.org/equality-maps/conversion\\_therapy](https://www.lgbtmap.org/equality-maps/conversion_therapy)
- Mujugira, A., Kasiita, V., Bagaya, M., Nakyanzi, A., Bambia, F., Nampewo, O., Kamusiime, B., Mugisha, J., Nalumansi, A., Twesigye, C. C., Muwonge, T. R., Baeten, J. M., Wyatt, M. A., Tsai, A. C., Ware, N. C., & Haberer, J. E. (2021). “You are not a man”: A multi-method study of trans stigma and risk of HIV and sexually transmitted infections among trans men in Uganda. *Journal of the International AIDS Society*, 24(12), e25860. <https://doi.org/10.1002/jia2.25860>.
- Mukhopadhyay, A., & Chowdhury, R. (2009). The eunuch patient. *Tropical Doctor*, 39(1), 63–64. <https://doi.org/10.1258/td.2008.080016>.
- Müller, A. (2017). Scrambling for access: Availability, accessibility, acceptability and quality of healthcare for lesbian, gay, bisexual and transgender people in South Africa. *BMC International Health and Human Rights*, 17(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s12914-017-0124-4>.
- Müller, A., & Daskilewicz, K., & The Southern and East African Research Collective on Health (2019). ‘Are we doing alright? Realities of violence, mental health, and access to healthcare related to sexual orientation and gender identity and expression in eSwatini: Research report based on a community-led study in nine countries’. COC Netherlands. [https://eswatiniminorities.org/wp-content/uploads/2019/07/SOGIE-and-wellbeing\\_02\\_eSwatini.pdf](https://eswatiniminorities.org/wp-content/uploads/2019/07/SOGIE-and-wellbeing_02_eSwatini.pdf)
- Mullins, E. S., Geer, R., Metcalf, M., Piccola, J., Lane, A., Conard, L. A. E., & Kowalczyk Mullins, T. L. (2021). Thrombosis risk in transgender adolescents receiving gender-affirming hormone therapy. *Paediatrics*, 147(4), e2020023549. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-023549>.
- Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*, 72(2), 214–231. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x>.
- Murchison, G., Adkins, D., Conard, L. A., Ph, R., Ehrensaft, D., Elliott, T., Hawkins, L. A., Lopez, X., Newby, H., Ng, H., Veters, R., Wolf-Gould, C., Brown, J., Hanneman, T., Kahn, E. (2016). *Supporting & caring for transgender children*. Human Rights Campaign.
- Myers, S. C., & Safer, J. D. (2017). Increased rates of smoking cessation observed among transgender women receiving hormone treatment. *Endocrine Practice*, 23(1), 32–36. <https://doi.org/10.4158/EP161438.OR>.
- Nahata, L., Chen, D., Moravek, M. B., Quinn, G. P., Sutter, M. E., Taylor, J., Tishelman, A. C., & Gomez-Lobo, V. (2019). Understudied and under-reported: Fertility issues in transgender youth—A narrative review. *Journal of Paediatrics*, 205, 265–271. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.09.009>.
- Nahata, L., Curci, M. B., & Quinn, G. P. (2018). Exploring fertility preservation intentions among transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 62(2), 123–125. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.11.288>.
- Nahata, L., Quinn, G. P., & Tishelman, A. C. (2018). Counseling in pediatric populations at risk for infertility and/or sexual function concerns. *Pediatrics*, 142(2), e20181435. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-1435>.
- Nahata, L., Tishelman, A. C., Caltabellotta, N. M., & Quinn, G. P. (2017). Low fertility preservation utilization among transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 61(1), 40–44. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.12.012>.
- Nanda, K., Stuart, G. S., Robinson, J., Gray, A. L., Tepper, N. K., & Gaffield, M. E. (2017). Drug interactions between hormonal contraceptives and antiretrovirals. *AIDS*, 31(7), 917–952. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000001392>.
- Nanda, S. (2014). *Gender diversity: cross cultural variations* (2nd ed.). Waveland Press.
- Narayan, S. K., Hontscharuk, R., Danker, S., Guerriero, J., Carter, A., Blasdel, G., Bluebond-Langner, R., Ettner, R., Radix, A., Schechter, L., & Berli, J. U. (2021). Guiding the conversation-types of regret after gender-affirming surgery and their associated etiologies. *Annals of Translational Medicine*, 9(7), 605. <https://doi.org/10.21037/>



- atm-20-6204.
- Nash, R., Ward, K. C., Jemal, A., Sandberg, D. E., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2018). Frequency and distribution of primary site among gender minority cancer patients: An analysis of U.S. national surveillance data. *Cancer Epidemiology, 54*, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2018.02.008>.
- Nassiri, N., Maas, M., Basin, M., Cacciamani, G. E., & Doumanian, L. R. (2021). Urethral complications after gender reassignment surgery: A systematic review. *International Journal of Impotence Research, 33*(8), 793–800. <https://doi.org/10.1038/s41443-020-0304-y>.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2020). *Understanding the well-being of LGBTQI + populations*. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25877>
- National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1979). *The Belmont report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. U.S. Department of Health and Human Services.
- National Commission on Correctional Health Care. (2016). *Solitary confinement (isolation)*. <https://www.ncchc.org/solitary-confinement>.
- National LGBTQIA+ Health Education Center. (2020). *Affirming primary care for intersex people*. <https://www.lgbtqihealtheducation.org/publication/affirming-primary-care-for-intersex-people-2020/>
- Nestle, J., Howell, C., & Wilchins, R. (Eds.). (2002). *Genderqueer. Voices from behind the sexual binary*. Alyson Books.
- Netshandama, V. O., Mavhandu-Mudzusi, A. H., & Matshideze, P. (2017). Deconstructing matula (taboo), a multi-stakeholder narrative about LGBTI. *South African Journal of Higher Education, 31*(4). <https://doi.org/10.20853/31-4-1328>.
- Neumann, K., & Welzel, C. (2004). The importance of the voice in male-to-female transsexualism. *Journal of Voice, 18*(1), 153–167. [https://doi.org/10.1016/S0892-1997\(03\)00084-5](https://doi.org/10.1016/S0892-1997(03)00084-5).
- Newcomb, M. E., Hill, R., Buehler, K., Ryan, D. T., Whitton, S. W., & Mustanski, B. (2020). High burden of mental health problems, substance use, violence, and related psychosocial factors in transgender, non-binary, and gender diverse youth and young adults. *Archives of Sexual Behavior, 49*(2), 645–659. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01533-9>.
- Newfield, E., Hart, S., Dibble, S., & Kohler, L. (2006). Female-to-male transgender quality of life. *Quality of Life Research, 15*(9), 1447–1457. <https://doi.org/10.1007/s11136-006-0002-3>.
- Neyman, A., Fuqua, J. S., & Eugster, E. A. (2019). Bicalutamide as an androgen blocker with secondary effect of promoting feminization in male-to-female transgender adolescents. *The Journal of Adolescent Health, 64* (4), 544 – 546. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.10.296>.
- Nguyen, H. B., Chavez, A. M., Lipner, E., Hantsch, K., Kornfield, S. L., Davies, R. D., & Epperson, C. N. (2018). Gender-affirming hormone use in transgender individuals: Impact on behavioral health and cognition. *Current Psychiatry Reports, 20*(12), 1–9. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0973-0>.
- Nieder, T. O., & Richter-Appelt, H. (2011). Tertium non datur – either/or reactions to transsexualism amongst health care professionals: the situation past and present, and its relevance to the future. *Psychology & Sexuality, 2*(3), 224–243. <https://doi.org/10.1080/19419899.2010.545955>.
- Nieder, T. O., Eyszel, J., & Köhler, A. (2020). Being trans without medical transition: Exploring characteristics of trans individuals from Germany not seeking gender-affirmative medical interventions. *Archives of Sexual Behavior, 49*(7), 2661–2672. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01559-z>.
- Nieder, T. O., Gùldenring, A., Woellert, K., Briken, P., Mahler, L., & Mundle, G. (2020). Ethical aspects of mental health care for lesbian, gay, bi-, pan-, asexual, and transgender people: A case-based approach. *The Yale Journal of Biology and Medicine, 93*(4), 593–602. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7513438/>
- Nieder, T. O., Mayer, T. K., Hinz, S., Fahrenkrug, S., Herrmann, L., & Becker-Hebly, I. (2021). Individual treatment progress predicts satisfaction with transition-related care for youth with gender dysphoria: A prospective clinical cohort study. *The Journal of Sexual Medicine, 18*(3), 632–645. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.12.010>.
- Nilsson, J., Jervaeus, A., Lampic, C., Eriksson, L. E., Widmark, C., Armuand, G. M., Malmors, M., Heyman, M., & Wettergren, L. (2014). ‘Will I be able to have a baby?’ Results from online focus group discussions with childhood cancer survivors in Sweden. *Human Reproduction, 29*(12), 2704–2711. <https://doi.org/10.1093/humrep/deu280>.
- Nobili, A., Glazebrook, C., & Arcelus, J. (2018). Quality of life of treatment-seeking transgender adults: A systematic review and meta-analysis. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders, 19*(3), 199–220. <https://doi.org/10.1007/s11154-018-9459-y>.
- Nobili, A., Glazebrook, C., Bouman, W. P., Baron-Cohen, S., & Arcelus, J. (2020). The stability of autistic traits in transgender adults following cross-sex hormone treatment. *International Journal of Transgender Health, 21*(4), 431–439. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1783738>.
- Nokoff, N. J., Scarbro, S., Juarez-Colunga, E., Morea, K. L., & Kempe, A. (2018). Health and cardiometabolic disease in transgender adults in the United States: Behavioral Risk Factor Surveillance System 2015. *Journal of the Endocrine Society, 2*(4), 349–360. <https://doi.org/10.1210/js.2017-00465>.
- Nota, N. M., Wiepjes, C. M., de Blok, C. J. M., Gooren, L. J., Kreukels, B. P. C., & den Heijer, M. (2019). Occurrence of acute cardiovascular events in transgender individuals receiving hormone therapy. *Circulation, 139*(11), 1461–1462. <https://doi.org/10.1161/circulationaha.118.038584>.
- Nota, N. M., Wiepjes, C. M., de Blok, C. J. M., Gooren, L.

- J. G., Peerdeman, S. M., Kreukels, B. P. C., & den Heijer, M. (2018). The occurrence of benign brain tumours in transgender individuals during cross-sex hormone treatment. *Brain*, *141*(7), 2047–2054. <https://doi.org/10.1093/brain/awy108>.
- Noureaï, S. A., Randhawa, P., Andrews, P. J., & Saleh, H. A. (2007). The role of nasal feminization rhinoplasty in male-to-female gender reassignment. *Archives of Facial Plastic Surgery*, *9*(5), 318–320. <https://doi.org/10.1001/archfaci.9.5.318>.
- Nowotny, K. M., Rogers, R. G., & Boardman, J. D. (2017). Racial disparities in health conditions among prisoners compared with the general population. *SSM—Population Health*, *3*, 487–496. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.05.011>.
- Nuttbrock, L., Bockting, W., Rosenblum, A., Hwahng, S., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2014). Gender abuse, depressive symptoms, and substance use among trans-gender women: A 3-year prospective study. *American Journal of Public Health*, *104*(11), 2199–2206. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302106>.
- Nuttbrock, L., Hwahng, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *Journal of Sex Research*, *47*(1), 12–23. <https://doi.org/10.1080/00224490903062258>.
- Nuyen, B. A., Qian, Z. J., Campbell R. D., Erickson-DiRenzo E., Thomas J., & Sung C. K. (2022). Feminization laryngoplasty: 17-year review on long-term outcomes, safety, and technique. *Otolaryngology—Head and Neck Surgery*, *167*(1), 112–117. <https://doi.org/10.1177/01945998211036870>.
- Nygren, U., Nordenskjöld, A., Arver, S., & Södersten, M. (2016). Effects on voice fundamental frequency and satisfaction with voice in trans men during testosterone treatment—A longitudinal study. *Journal of Voice*, *30*(6), 766.e23–766.e34. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2015.10.016>.
- Oates, J. (2019). *Evidence-based practice in voice training for transwomen*. In R. K. Adler, S. Hirsch, & J. Pickering (Eds.), *Voice and communication therapy for the trans-gender/Gender Diverse client: A comprehensive clinical guide* (pp. 87–103). Plural Publishing.
- Oates, J. M. & Dacakis, G. (1983). Speech pathology considerations in the management of transsexualism—A review. *British Journal of Disorders of Communication*, *18* (3), 139–151. <https://doi.org/10.3109/13682828309012237>.
- O'Bryant, C. L., Flaig, T. W., & Utz, K. J. (2008). Bicalutamide-associated fulminant hepatotoxicity. *Pharmacotherapy*, *28*(8), 1071–1075. <https://doi.org/10.1592/phco.28.8.1071>.
- Obedin-Maliver, J. (2015). Time for OBGYNs to care for people of all genders. *Journal of Women's Health (Larchmt)*, *24*(2), 109–111. <https://doi.org/10.1089/jwh.2015.1518>.
- Obedin-Maliver, J., & Makadon, H. (2016). Transgender men and pregnancy. *Obstetric Medicine*, *9*(1), 4–8. <https://doi.org/10.1177/1753495X15612658>.
- Obedin-Maliver, J., Goldsmith, E. S., Stewart, L., White, W., Tran, E., Brenman, S., & Lunn, M. R. (2011). Lesbian, gay, bisexual, and transgender-related content in undergraduate medical education. *The Journal of the American Medical Association*, *306*(9), 971–977. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.1255>.
- OECD. (2019). *Health at a glance 2019: OECD indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.
- Oğuz, Ö., Ayran, B., & Yelken, K. (2020). Clinical considerations in speech and language therapy in Turkish transgender population. *Journal of Voice*, *35*(4), 662.e9–662.e13. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2019.12.011>.
- OHCHR, ILO, UNDP, UNESCO, UNFPA, UNHCR, & UNAIDS. (2016). *Ending violence and discrimination against lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people*. [https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Discrimination/Joint\\_LGBTI\\_Statement\\_ENG.PDF](https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Discrimination/Joint_LGBTI_Statement_ENG.PDF)
- Øien, R. A., Cicchetti, D. V., & Nordahl-Hansen, A. (2018). Gender dysphoria, sexuality and autism spectrum disorders: A systematic map review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *48*(12), 4028–4037. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3686-7>.
- Oktay, K., Buyuk, E., Rodriguez-Wallberg, K. A., & Sahin, G. (2010). In vitro maturation improves oocyte or embryo cryopreservation outcome in breast cancer patients undergoing ovarian stimulation for fertility preservation. *Reproductive Biomedicine Online*, *20*(5), 634–638. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2010.01.012>.
- Olde Dubbelink, L. M. E., & Geurts, H. M. (2017). Planning skills in autism spectrum disorder across the lifespan: A meta-analysis and meta-regression. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *47*(4), 1148–1165. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-3013-0>.
- Olezeski, C. L., Pariseau, E. M., Bamatter, W. P., & Tishelman, A. C. (2020). Assessing gender in young children: Constructs and considerations. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *7*(3), 293–303. <https://doi.org/10.1037/sgd0000381>.
- Oliphant, J., Veale, J., Macdonald, J., Carroll, R., Johnson, R., Harte, M., Stephenson, C., & Bullock, J. (2018). *Guidelines for gender affirming healthcare for gender diverse and transgender children, young people and adults in Aotearoa, New Zealand*. Transgender Health Research Lab. <https://patha.nz/Guidelines>
- Olivier, S., & Thurasukam, O. (2018). *Lesbian, gay, transgender, bisexual, intersex and queer (LGBTIQ+) youth in Thailand*. Save the Children Fund. [https://resourcecentre.savethechildren.net/node/13480/pdf/lgbtqiyouth\\_in\\_thailand\\_save\\_the\\_children\\_2018.pdf](https://resourcecentre.savethechildren.net/node/13480/pdf/lgbtqiyouth_in_thailand_save_the_children_2018.pdf)
- Olson, K. R., Blotner, C., Alonso, D., Lewis, K., Edwards, D., Durwood, L., 2019. Family discussions of early childhood social transitions. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, *7*, 229–240. <https://doi.org/10.1037/cpp0000289>.
- Olson, K. R., Durwood, L., DeMeules, M., McLaughlin, K. A., 2016. Mental health of transgender children who are supported in their identities. *Pediatrics*, *137*, e20153223. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-3223>.

- Olson, K. R., Durwood, L., Horton, R., Gallagher, N. M., & Devor, A. (2022). Gender identity 5 years after social transition. *Pediatrics*. Advance Online Publication. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-056082>.
- Olson, K. R., Gülgöz, S., 2018. Early findings from the TransYouth Project: Gender development in transgender children. *Child Development Perspectives*, 12, 93–97. <https://doi.org/10.1111/cdep.12268>.
- Olson-Kennedy, J., Chan, Y. M., Rosenthal, S., Hidalgo, M. A., Chen, D., Clark, L., & Garofalo, R. (2019). Creating the Trans Youth Research Network: A collaborative re- search endeavor. *Transgender Health*, 4(1), 304–312. <https://doi.org/10.1089/trgh.2019.0024>.
- Olson-Kennedy, J., Chan, Y.-M., Garofalo, R., Spack, N., Chen, D., Clark, L., Ehrensaft, D., Hidalgo, M., Tishelman, A., & Rosenthal, S. (2019). Impact of early medical treatment for transgender youth: Protocol for the longitudinal, observational Trans Youth Care Study. *JMIR Research Protocols*, 8(7), e14434. <https://doi.org/10.2196/14434>.
- Olson-Kennedy, J., Cohen-Kettenis, P. T., Kreukels, B. P. C., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Garofalo, R., Meyer, W., & Rosenthal, S. M. (2016). Research priorities for gender nonconforming/transgender youth. *Current Opinion in Endocrinology & Diabetes and Obesity*, 23(2), 172–179. <https://doi.org/10.1097/MED.0000000000000236>.
- Olson-Kennedy, J., Rosenthal, S. M., Hastings, J., & Wesp, L. (2018). *Health considerations for gender non-conforming children and transgender adolescents*. Guidelines for the primary care of transgender and gender nonbinary people. <http://transhealth.ucsf.edu/guidelines/youth>
- Olson-Kennedy, J., Warus, J., Okonta, V., Belzer, M., & Clark, L. F. (2018). Chest reconstruction and chest dysphoria in transmasculine minors and young adults: Comparisons of nonsurgical and postsurgical cohorts. *JAMA Pediatrics*, 172(5), 431–436. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.5440>.
- Olyslager, F., & Conway, L. (2008). Transseksualiteit komt vaker voor dan u denkt. Een nieuwe kijk op de prevalentie van transseksualiteit in Nederland en België. *Tijdschrift voor Genderstudies*, 11(2), 39–51.
- Oparah, J. (2012). Feminism and the (trans)gender entrapment of gender nonconforming prisoners. *UCLA Women's Law Journal*, 18(2), 239–271. <https://doi.org/10.5070/L3182017822>.
- Orel, N. A., & Fruhauf, C. A. (2015). *The lives of LGBT older adults: Understanding challenges and resilience* (p. 256). American Psychological Association.
- Orloff, L. A., Mann, A. P., Damrose, J. F., & Goldman, S. N. (2006). Laser-assisted voice adjustment (LAVA) in transsexuals. *The Laryngoscope*, 116(4), 655–660. <https://doi.org/10.1097/01.mlg.0000205198.65797.59>.
- Ott, J., Kaufmann, U., Bentz, E. K., Huber, J. C., & Tempfer, C. B. (2010). Incidence of thrombophilia and venous thrombosis in transsexuals under cross-sex hormone therapy. *Fertility and Sterility*, 93(4), 1267–1272. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.12.017>.
- Owen, K., & Hancock, A. B. (2010). The role of self- and listener perceptions of femininity in voice therapy. *International Journal of Transgenderism*, 12(4), 272–284. <https://doi.org/10.1080/15532739.2010.550767>.
- Owen-Smith, A. A., Gerth, J., Sineath, R. C., Barzilay, J., Becerra-Culqui, T. A., Getahun, D., Giammattei, S., Hunkeler, E., Lash, T. L., Millman, A., Nash, R., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Sanchez, T., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Valentine, C., Winter, S., Woodyatt, C., Song, Y., & Goodman, M. (2018). Association between gender confirmation treatments and perceived gender congruence, body image satisfaction, and mental health in a cohort of transgender individuals. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(4), 591–600. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.017>.
- Özer, M., Toulabi, S. P., Fisher, A. D., T'Sjoen, G., Buncamper, M. E., Monstrey, S., Bizic, M. R., Djordjevic, M., Falcone, M., Christopher, N. A., Simon, D., Capitán, L., & Motmans, J. (2022). ESSM position statement “Sexual Wellbeing After Gender Affirming Surgery.” *Sexual Medicine*, 10(1), 100471. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2021.100471>.
- Özkan, Ö., Çinpolat, A., Dog'an, N. U., Bektaş, G., Dolay, K., Gürkan, A., Arıcı, C., & Dog'an, S. (2018). Vaginal reconstruction with the modified rectosigmoid colon: Surgical technique, long-term results and sexual outcomes. *Journal of Plastic Surgery and Hand Surgery*, 52(4), 210–216. <https://doi.org/10.1080/20006512486X.2018.1444616>.
- Padilla, J. A., Feng, J. E., Anoushiravani, A. A., Hozack, W. J., Schwarzkopf, R., & Macaulay, W. B. (2019). Modifying patient expectations can enhance total hip arthroplasty postoperative satisfaction. *Journal of Arthroplasty*, 34(7s), S209–S214. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2018.12.038>.
- PAHO. (2014). *Blueprint for the provision of comprehensive care for trans persons and their communities in the Caribbean and other anglophone countries*. John Snow, Inc. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31360>
- Palmer, D., Dietsch, A., & Searl, J. (2011). Endoscopic and stroboscopic presentation of the larynx in male-to-female transsexual persons. *Journal of Voice*, 26(1), 117–126. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2010.10.014>.
- Palmert, M. R., & Dunkel, L. (2012). Delayed puberty. *New England Journal of Medicine*, 366(5), 443–453. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1109290>.
- Pan, S., & Honig, S. C. (2018). Gender-affirming surgery: Current concepts. *Current Urology Reports*, 19(8), 62. <https://doi.org/10.1007/s11934-018-0809-9>.
- Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. (2019). *Guidelines for the use of antiretroviral agents in adults and adolescents with HIV: Transgender people with HIV*. Department of Health and Human Services: <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/adult-and-adolescent-arv/transgender-people-hiv>.
- Pang, C., Gutman, G., & de Vries, B. (2019). Later life care planning and concerns of transgender older adults in



- Canada. *The International Journal of Aging and Human Development*, 89 (1), 39–56. <https://doi.org/10.1177/0091415019843520>.
- Pang, K. C., de Graaf, N. M., Chew, D., Hoq, M., Keith, D. R., Carmichael, P., & Steensma, T. D. (2020). Association of media coverage of transgender and gender diverse issues with rates of referral of transgender children and adolescents to specialist gender clinics in the UK and Australia. *JAMA Network Open*, 3(7), e2011161–e2011161. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.11161>.
- Papadopulos, N. A., Lelle, J. D., Zavlin, D., Herschbach, P., Henrich, G., Kovacs, L., Ehrenberger, B., Kluger, A. K., Machens, H. G., & Schaff, J. (2017). Quality of life and patient satisfaction following male-to-female sex reassignment surgery. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(5), 721–730. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.01.022>.
- Papadopulos, N. A., Zavlin, D., Lelle, J. D., Herschbach, P., Henrich, G., Kovacs, L., Ehrenberger, B., Machens, H. G., & Schaff, J. (2017). Male-to-female sex reassignment surgery using the combined technique leads to increased quality of life in a prospective study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 140(2), 286–294. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000003529>.
- Parameshwaran, V., Cockbain, B. C., Hillyard, M., & Price, J. R. (2017). Is the lack of specific lesbian, gay, bisexual, transgender and queer/questioning (LGBTQ) health care education in medical school a cause for concern? Evidence from a survey of knowledge and practice among UK medical students. *Journal of Homosexuality*, 64(3), 367–381. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1190218>.
- Paré, F. (2020). *Outlawing trans reparative therapy*. EScholarship@McGill. <https://escholarship.mcgill.ca/concern/theses/wh246x33v>
- Paredes, A. Z., Hyer, J. M., Diaz, A., Tsilimigras, D. I., & Pawlik, T. M. (2020). The impact of mental illness on postoperative outcomes among Medicare beneficiaries: A missed opportunity to help surgical patients? *Annals of Surgery*, 272(3), 419–425. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000004118>.
- Pariseau, E. M., Chevalier, L., Long, K. A., Clapham, R., Edwards-Leeper, L., & Tishelman, A. C. (2019). The relationship between family acceptance-rejection and trans- gender youth psychosocial functioning. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(3), 267. <https://doi.org/10.1037/cpp0000291>.
- Park, C., Brown, S., & Courey, M. (2021). Trans woman voice questionnaire scores highlight specific benefits of adjunctive glottoplasty with voice therapy in treating voice feminization. *Journal of Voice*. <https://doi.org/10.1016/j.voice.2021.07.017>.
- Parkes, G., & Hall, I. (2006). Gender dysphoria and cross-dressing in people with intellectual disability: A literature review. *Mental Retardation*, 44(4), 260–271. [https://doi.org/10.1352/0047-6765\(2006\)44\[260:G-DACIP\]2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0047-6765(2006)44[260:G-DACIP]2.0.CO;2).
- Parker, E., & Davis-McCabe, C. (2021). The sibling experience: Growing up with a trans sibling. *Australian Journal of Psychology*, 73(2), 188–199.
- Pasricha, N., Dacakis, G., & Oates, J. (2008). Communicative satisfaction of male-to-female transsexuals. *Logopedics, Phoniatrics, Vocology*, 33(1), 25–34. <https://doi.org/10.1080/14015430701514500>.
- Pasterski, V., Mastroyannopoulou, K., Wright, D., Zucker, K. J., & Hughes, I. A. (2014). Predictors of posttraumatic stress in parents of children diagnosed with a disorder of sex development. *Archives of Sexual Behavior*, 43(4), 369–375. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0196-8>.
- Pasterski, V., Prentice, P., & Hughes, I. A. (2010). Consequences of the Chicago consensus on disorders of sex development (DSD): Current practices in Europe. *Archives of Disease in Childhood*, 95(8):618. <https://doi.org/10.1136/adc.2009.163840>.
- Pasterski, V., Zucker, K. J., Hindmarsh, P. C., Hughes, I. A., Acerini, C., Spencer, D., Neufeld, S., & Hines, M. (2015). Increased cross-gender identification independent of gender role behavior in girls with congenital adrenal hyperplasia: Results from a standardized assessment of 4- to 11-year-old children. *Archives of Sexual Behavior*, 44(5), 1363–1375. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0385-0>.
- Payer, A. F., Meyer, W. J., 3rd, & Walker, P. A. (1979). The ultrastructural response of human Leydig cells to exogenous estrogens. *Andrologia*, 11(6), 423–436. <https://doi.org/10.1111/j.1439-0272.1979.tb02232.x>.
- Pediatric Endocrine Society (PES). (2020). *Position statement on genital surgery in individuals with differences of sex development (DSD)/intersex traits*. <https://pedsendo.org/clinical-resource/position-statement-on-genital-surgery-in-individuals-with-differences-of-sex-development-dsd-intersex-traits/>.
- Peitzmeier, S., Gardner, I., Weinand, J., Corbet, A., & Acevedo, K. (2016). Health impact of chest binding among transgender adults: A community-engaged, cross-sectional study. *Culture, Health & Sexuality*, 19(1), 64–75. <https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1191675>.
- Peitzmeier, S. M., Reisner, S. L., Harigopal, P., & Potter, J. (2014). Female-to-male patients have high prevalence of unsatisfactory Paps compared to non-transgender females: Implications for cervical cancer screening. *Journal of General Internal Medicine*, 29(5), 778–784. <https://doi.org/10.1007/s11606-013-2753-1>.
- Peletz, M. (2009). *Gender pluralism: southeast Asia since early modern times*. Routledge.
- Pelusi, C., Costantino, A., Martelli, V., Lambertini, M., Bazzocchi, A., Ponti, F., & Meriggiola, M. C. (2014). Effects of three different testosterone formulations in female-to-male transsexual persons. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(12), 3002–3011. <https://doi.org/10.1111/jsm.12698>.
- Peng, K., Zhu, X., Gillespie, A., Wang, Y., Gao, Y., Xin, Y., Qi, J., Ou, J., Zhong, S., Zhao, L., Liu, J., Wang, C., & Chen, R. (2019). Self-reported rates of abuse, neglect, and bullying experienced by transgender and gender-nonbinary adolescents in China. *JAMA Network Open*, 2(9), e1911058. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.11058>.
- Perez-Brumer, A., Hatzenbuehler, M. L., Oldenburg, C. E., & Bockting, W. (2015). Individual-and structural-level risk



- factors for suicide attempts among transgender adults. *Behavioral Medicine*, 41(3), 164–171. <https://doi.org/10.1080/08964289.2015.1028322>.
- Perrone, A. M., Cerpolini, S., Maria Salfi, N. C., Ceccarelli, C., De Giorgi, L. B., Formelli, G., & Meriggiola, M. C. (2009). Effect of long-term testosterone administration on the endometrium of female-to-male (FtM) transsexuals. *The Journal of Sexual Medicine*, 6(11), 3193–3200. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01380.x>.
- Perry, D., & Pauletti, R. (2011). Gender and adolescent development. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 61–74. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00715.x>.
- Peterson, A. L., Bender, A. M., Sullivan, B., & Karver, M. S. (2021). Ambient discrimination, victimization, and suicidality in a non-probability US sample of LGBTQ adults. *Archives of Sexual Behavior*, 50(3), 1003–1014. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01888-4>.
- Pfäfflin, F., & Junge, A. (1998). *Sex reassignment: thirty years of international follow-up studies after sex reassignment surgery: a comprehensive review, 1961–1991* (Translated from German into American English by Roberta B. Jacobson and Alf B. Meier). Symposion Publishing <http://web.archive.org/web/20070503090247/http://www.symposion.com/ijtpfaefflin/1000.htm>
- Pflum, S. R., Testa, R. J., Balsam, K. F., Goldblum, P. B., & Bongar, B. (2015). Social support, trans community connectedness, and mental health symptoms among transgender and gender nonconforming adults. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 281–286. <https://doi.org/10.1037/sgd0000122>.
- Philpott, A., Knerr, W., & Boydell, V. (2006). Pleasure and prevention: When good sex is safer sex. *Reproductive Health Matters*, 14(28), 23–31. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(06\)28254-5](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(06)28254-5).
- Pickuth, D., Brandt, S., Neumann, K., Berghaus, A., Spielmann, R. P., & Heywang-Köbrunner, S. H. (2000). Value of spiral CT in patients with cricothyroid approximation. *The British Journal of Radiology*, 73(872), 840–842. <https://doi.org/10.1259/bjr.73.872.11026858>.
- Picton, H. M., Wyns, C., Anderson, R. A., Goossens, E., Jahnukainen, K., Kliesch, S., Mitchell, R. T., Pennings, G., Rives, N., Tournaye, H., van Pelt, A. M. M., & Schlatt, S. (2015). A European perspective on testicular tissue cryopreservation for fertility preservation in prepubertal and adolescent boys. *Human Reproduction*, 30(11), 2463–2475. <https://doi.org/10.1093/humrep/dev190>.
- Piepoli, M. F., Abreu, A., Albus, C., Ambrosetti, M., Brotons, C., Catapano, A. L., Corra, U., Cosyns, B., Deaton, C., Graham, I., Hoes, A., Lochen, M., Matrone, B., Redon, J., Sattar, Y., & Tiberi, M. (2020). Update on cardiovascular prevention in clinical practice: A position paper of the European Association of Preventive Cardiology of the European Society of Cardiology. *European Journal of Preventive Cardiology*, 27(2), 181–205. <https://doi.org/10.1177/2047487319893035>.
- Pitasi, M. A., Kerani, R. P., Kohn, R., Murphy, R. D., Pathela, P., Schumacher, C. M., Tabidze, I., & Llata, E. (2019). Chlamydia, Gonorrhea, and Human Immunodeficiency Virus infection among transgender women and transgender men attending clinics that provide sexually transmitted disease services in six US cities. *Sexually Transmitted Diseases*, 46(2), 112–117. <https://doi.org/10.1097/olq.0000000000000917>.
- Pluvy, I., Garrido, I., Pauchot, J., Saboye, J., Chavoine, J. P., Tropet, Y., Grolleau, J. L., & Chaput, B. (2015). Smoking and plastic surgery, part I. Pathophysiological aspects: Update and proposed recommendations. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, 60(1), e3–e13. <https://doi.org/10.1016/j.anplas.2014.06.011>.
- Pluvy, I., Panouillères, M., Garrido, I., Pauchot, J., Saboye, J., Chavoine, J. P., Tropet, Y., Grolleau, J. L., & Chaput, B. (2015). Smoking and plastic surgery, part II. Clinical implications: A systematic review with meta-analysis. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, 60(1), e15–e49. <https://doi.org/10.1016/j.anplas.2014.09.011>.
- Pope, K. S., & Vasquez, M. J. T. (2016). *Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide*. Wiley.
- Poquiz, J. L., Coyne, C. A., Garofalo, R., & Chen, D. (2021). Comparison of gender minority stress and resilience among transmasculine, transfeminine, and nonbinary adolescents and young adults. *Journal of Adolescent Health*, 68(3), 615–618. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.06.014>.
- Porter, K. E., Brennan-Ing, M., Chang, S. C., Dickey, L. M., Singh, A. A., Bower, K. L., & Witten, T. M. (2016). Providing competent and affirming services for transgender and gender nonconforming older adults. *Clinical Gerontologist*, 39(5), 366–388. <https://doi.org/10.1080/07317115.2016.1203383>.
- Poteat, T. C., Divsalar, S., Streed, C. G., Feldman, J. L., Bockting, W. O., & Meyer, I. H. (2021). Cardiovascular disease in a population-based sample of transgender and cisgender adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 61(6), 804–811. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2021.05.019>.
- Poteat, T., German, D., & Kerrigan, D. (2013). Managing uncertainty: A grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Social Science & Medicine*, 84, 22–29. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.02.019>.
- Poteat, T., Scheim, A., Xavier, J., Reisner, S., & Baral, S. (2016). Global epidemiology of HIV infection and related syndemics affecting transgender people. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 72, S210–S219. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001087>.
- Poteat, T., Wirtz, A. L., Radix, A., Borquez, A., Silva-Santisteban, A., Deutsch, M. B., & Operario, D. (2015). HIV risk and preventive interventions in transgender women sex workers. *The Lancet*, 385(9964), 274–286. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60833-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60833-3).
- Potter, J., Peitzmeier, S. M., Bernstein, I., Reisner, S. L., Alizaga, N. M., Agénor, M., & Pardee, D. J. (2015). Cervical cancer screening for patients on the female-to-male spectrum: A narrative review and guide for clinicians. *Journal of General Internal Medicine*, 30(12), 1857–1864. <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3462-8>.

- Poudrier, G., Nolan, I. T., Cook, T. E., Saia, W., Motosko, C. C., Stranix, J. T., Thomson, J. E., Gothard, M. D., & Hazen, A. (2019). Assessing quality of life and patient-reported satisfaction with masculinizing top surgery: A mixed-methods descriptive survey study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 143(1), 272–279. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000005113>.
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2019). Fertility preservation in patients undergoing gonadotoxic therapy or gonadectomy: A committee opinion. *Fertility and Sterility*, 112(6), 1022–1033. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.08.012>.
- Pradhan, S., & Gomez-Lobo, V. (2019). Hormonal contraceptives, intrauterine devices, gonadotropin-releasing hormone analogues and testosterone: Menstrual suppression in special adolescent populations. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 32(5S), S23–S29. <https://doi.org/10.1016/j.jpjag.2019.04.007>.
- Pratt-Chapman, M. L. (2020). Implementation of sexual and gender minority health curricula in health care professional schools: A qualitative study. *BMC Medical Education*, 20, 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02045-0>.
- Précoma, D. B., Oliveira, G., Simão, A. F., Dutra, O. P., Coelho, O. R., Izar, M., Póvoa, R., Giuliano, I., Alencar Filho, A. C., Machado, C. A., Scherr, C., Fonseca, F., Santos Filho, R., Carvalho, T., Avezum, Á., Jr., Esporcatte, R., Nascimento, B. R., Brasil, D. P., Soares, G. P., Villela, P. B., ... Mourilhe-Rocha, R. (2019). Updated cardiovascular prevention guideline of the Brazilian Society of Cardiology—2019. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 113(4), 787–891. <https://doi.org/10.5935/abc.20190204>.
- Prince, J. C. J., & Safer, J. D. (2020). Endocrine treatment of transgender individuals: Current guidelines and strategies. *Expert Review of Endocrinology & Metabolism*, 15(6), 395–403. <https://doi.org/10.1080/17446651.2020.1825075>.
- Prison systems in the United States. *Journal of Correctional Health Care: The Official Journal of the National Commission on Correctional Health Care*, 15(4), 280–291. <https://doi.org/10.1177/1078345809340423-hi>.
- Przeworski, A., Peterson, E., & Piedra, A. (2021). A systematic review of the efficacy, harmful effects, and ethical issues related to sexual orientation change efforts. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 28(1), 81–100. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12377>.
- Puckett, J. A., Cleary, P., Rossman, K., Mustanski, B., & Newcomb, M. E. (2018). Barriers to gender-affirming care for transgender and gender nonconforming individuals. *Sexuality Research and Social Policy*, 15(1), 48–59. <https://doi.org/10.1007/s13178-017-0295-8>.
- Puckett, J. A., Matsuno, E., Dyar, C., Mustanski, B., & Newcomb, M. E. (2019). Mental health and resilience in transgender individuals: What type of support makes a difference? *Journal of Family Psychology*, 33(8), 954. <https://doi.org/10.1037/fam0000561>.
- Pullen Sansfaçon, A., Kirichenko, V., Holmes, C., Feder, S., Lawson, M. L., Ghosh, S., Ducharme, J., Temple Newhook, J., Suerich-Gulick, F. (2019). Parents/guardians' journeys to acceptance and support of gender-diverse and trans children and youth. *Journal of Family Issues*, 41(8), 1214–1236. <https://doi.org/10.1177/0192513X19888779>.
- Pullen Sansfaçon, A., Robichaud, M.-J., & Dumais-Michaud, A.-A. (2015). The experience of parents who support their children's gender variance. *Journal of LGBT Youth*, 12, 39–63. <https://doi.org/10.1080/19361653.2014.935555>.
- Quain, K. M., Kyweluk, M. A., Sajwani, A., Gruschow, S., Finlayson, C., Gordon, E. J., Johnson, E. K., Persky, R., Dowshen, N., & Chen, D. (2021). Timing and delivery of fertility preservation information to transgender adolescents, young adults, and their parents. *The Journal of Adolescent Health*, 68(3), 619–622. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.06.044>.
- Quinn, G. P., Tishelman, A. C., Chen, D., & Nahata, L. (2021). Reproductive health risks and clinician practices with gender diverse adolescents and young adults. *Andrology*, 9(6), 1689–1697. <https://doi.org/10.1111/andr.13026>.
- Quinn, V. P., Nash, R., Hunkeler, E., Contreras, R., Cromwell, L., Becerra-Culqui, T. A., Getahun, D., Giammattei, S., Lash, T. L., Millman, A., Robinson, B., Roblin, D., Silverberg, M. J., Slovis, J., Tangpricha, V., Tolsma, D., Valentine, C., Wads, K., Winter, S., & Goodman, M. (2017). Cohort profile: Study of Transition, Outcomes and Gender (STRONG) to assess health status of transgender people. *BMJ Open*, 7(12), e018121. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018121>.
- Radix, A. E., Harris, A. B., & Goldstein, Z. G. (2020). How can we improve uptake of oral HIV pre-exposure prophylaxis for transgender individuals? *Expert Review of Anti-infective Therapy*, 18(9), 835–838. <https://doi.org/10.1080/14787210.2020.1759418>.
- Radix, A., & Eisfeld, J. (2014). Informierte zustimmung in der trans\*-gesundheitsversorgung. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 27 (01), 31–43. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1366129>.
- Rae, J. R., Gülgöz, S., Durwood, L., DeMeules, M., Lowe, R., Lindquist, G., & Olson, K. R. (2019). Predicting early-childhood gender transitions. *Psychological Science*, 30(5), 669–681. <https://doi.org/10.1177/0956797619830649>.
- Rael, C. T., Martinez, M., Giguere, R., Bocking, W., MacCrate, C., Mellman, W., Valente, P., Greene, G. J., Sherman, S. G., Footer, K. H. A., D'Aquila, R. T., Carballo-Diéguez, A., & Hope, T. J. (2019). Transgender women's concerns and preferences on potential future long-acting biomedical HIV prevention strategies: The case of injections and implanted medication delivery devices (IMDDs). *AIDS and Behavior*, 24(5), 1452–1462. <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02703-5>.
- Raffaini, M., Magri, A. S., & Agostini, T. (2016). Full facial feminization surgery: Patient satisfaction assessment based on 180 procedures involving 33 consecutive patients. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 137(2), 438–448. <https://doi.org/10.1097/01.prs.0000475754.71333.f6>.
- Rafferty, J., & Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. (2018). Ensuring comprehensive care

- and support for transgender and gender-diverse children and adolescents. *Pediatrics*, 142(4), e20182162. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2162>.
- Raigosa, M., Avvedimento, S., Yoon, T. S., Cruz-Gimeno, J., Rodriguez, G., & Fontdevila, J. (2015). Male-to-female genital reassignment surgery: A retrospective review of surgical technique and complications in 60 patients. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(8), 1837–1845. <https://doi.org/10.1111/jsm.12936>.
- Rapp, M., Duranteau, L., van de Griff, T. C., Schober, J., Hirschberg, A. L., Kregel, S., & DSD- Life group. (2021). Self- and proxy-reported outcomes after surgery in people with disorders/differences of sex development (DSD) in Europe (dsd-LIFE). *Journal of Pediatric Urology*, 17(3), 353–365. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2020.12.007>.
- Rashid, A., Afiqah, S. N., & Iguchi, Y. (2022). Use of hormones among trans women in the west coast of peninsular Malaysia: A mixed methods study. *Transgender Health*, 7(3), 242–249. <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0119>.
- RCGP. (2019). *The role of the GP in caring for gender-questioning and transgender patients: RCGP Position Statement*. <https://www.rcgp.org.uk/media/Files/Policy/A-Z-policy/2019/RCGP-position-statement-providing-care-for-gender-transgender-patients-june-2019.ashx?la=en>
- Rebeck, T. R., Friebel, T., Wagner, T., Lynch, H. T., Garber, J. E., Daly, M. B., Isaacs, C., Olopade, O. L., Neuhausen, S. L., van 't Veer, L., Eeles, R., Evans, D. G., Tomlinson, G., Matloff, E., Narod, S. A., Eisen, A., Domchek, S., Armstrong, K., & Weber, B. L. (2005). Effect of short-term hormone replacement therapy on breast cancer risk reduction after bilateral prophylactic oophorectomy in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers: The PROSE study group. *Journal of Clinical Oncology*, 23(31), 7804–7810. <https://doi.org/10.1200/JCO.2004.00.8151>.
- Reed, G. M., Drescher, J., Krueger, R. B., Atalla, E., Cochran, S. D., First, M. B., Cohen-Kettenis, P. T., Arango-de Montis, L., Parish, S. J., Cottler, S., Briken, P., & Saxena, S. (2016). Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: Revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry*, 15(3), 205–221. <https://doi.org/10.1002/wps.20354>.
- Rees, S. N., Crowe, M., & Harris, S. (2021). The lesbian, gay, bisexual and transgender communities' mental health care needs and experiences of mental health services: An integrative review of qualitative studies. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(4), 578–589. <https://doi.org/10.1111/jpm.12720>.
- Regmi, P. R., van Teijlingen, E., & Neupane, S. R. (2021). Silicone use among Nepali transgender women: The hazards of beauty. *Journal of Health Research*, 35(2), 160–171. <https://doi.org/10.1108/JHR-08-2019-0192>.
- Reisman, T., Dacarett-Galeano, D., & Goldstein, Z. (2019). Transgender care and medical education. In L. Poretsky & W. C. Hembree (Eds.), *Transgender Medicine* (pp. 283–292). Humana Press, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-05683-4\\_14](https://doi.org/10.1007/978-3-030-05683-4_14).
- Reisman, T., & Goldstein, Z. (2018). Case report: Induced lactation in a transgender woman. *Transgender Health*, 3(1), 24–26. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0044>.
- Reisner, S. L., & Murchison, G. R. (2016). A global research synthesis of HIV and STI biobehavioural risks in female-to-male transgender adults. *Global Public Health*, 11(7-8), 866–887. <https://doi.org/10.1080/17441692.2015.1134613>.
- Reisner, S. L., Bradford, J., Hopwood, R., Gonzalez, A., Makadon, H., Todisco, D., Cavanaugh, T., VanDerwarker, R., Grasso, C., Zaslow, S., Boswell, S. L., & Mayer, K. (2015). Comprehensive transgender healthcare: The gender affirming clinical and public health model of Fenway Health. *Journal of Urban Health*, 92(3), 584–592. <https://doi.org/10.1007/s11524-015-9947-2>.
- Reisner, S. L., Deutsch, M. B., Peitzmeier, S. M., White Hughto, J. M., Cavanaugh, T. P., Pardee, D. J., McLean, S. A., Panther, L. A., Gelman, M., Mirmiaga, M. J., & Potter, J. E. (2018). Test performance and acceptability of self-versus provider-collected swabs for high-risk HPV DNA testing in female-to-male trans masculine patients. *PLoS One*, 13(3), e0190172. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190172>.
- Reisner, S. L., Greytak, E. A., Parsons, J. T., & Ybarra, M. L. (2015). Gender minority social stress in adolescence: Disparities in adolescent bullying and substance use by gender identity. *Journal of Sex Research*, 52(3), 243–256. <https://doi.org/10.1080/00224499.2014.886321>.
- Reisner, S. L., Moore, C. S., Asquith, A., Pardee, D. J., Sarvet, A., Mayer, G., & Mayer, K. H. (2019). High risk and low uptake of pre-exposure prophylaxis to prevent HIV acquisition in a national online sample of transgender men who have sex with men in the United States. *Journal of the International AIDS Society*, 22(9), e25391. <https://doi.org/10.1002/jia2.25391>.
- Reisner, S. L., Poteat, T., Keatley, J., Cabral, M., Mothopeng, T., Dunham, E., Holland, C. E., & Baral, S. D. (2016). Global health burden and needs of transgender populations: A review. *Lancet* 388(10042), 412–436. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00684-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00684-X).
- Reisner, S. L., Radix, A., & Deutsch, M. B. (2016). Integrated and gender-affirming transgender clinical care and research. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 72, s235 – 242. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001088>.
- Reisner, S. L., Veters, R., Leclerc, M., Zaslow, S., Wolfrum, S., Shumer, D., & Mirmiaga, M. J. (2015). Mental health of transgender youth in care at an adolescent urban community health center: A matched retrospective cohort study. *The Journal of Adolescent Health*, 56(3), 274–279. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.264>.
- Reisner, S. L., Silva-Santisteban, A., Salazar, X., Vilela, J., D'Amico, L., & Perez-Brumer, A. (2021). "Existimos": Health and social needs of transgender men in Lima, Peru. *PLoS One*, 16(8), e0254494. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254494>.
- Remacle, M., Matar, N., Morsomme, D., Veduyck, I., & Lawson, G. (2011). Glottoplasty for male-to-female transsexualism: Voice results. *Journal of Voice*, 25(1), 120–123. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2009.07.004>.



- Remington, A. C., Morrison, S. D., Massie, J. P., Crowe, C. S., Shakir, A., Wilson, S. C., Vyas, K. S., Lee, G. K., & Friedrich, J. B. (2018). Outcomes after phalloplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *141*(2), 220e–229e. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000004061>.
- Rew, L., Young, C. C., Monge, M., & Bogucka, R. (2021). Puberty blockers for transgender and gender diverse youth—A critical review of the literature. *Child and Adolescent Mental Health*, *26*(1), 3–14. <https://doi.org/10.1111/camh.12437>.
- Rich, A., Scheim, A., Koehoorn, M., & Poteat, T. (2020). Non-HIV chronic disease burden among transgender populations globally: A systematic review and narrative synthesis. *Preventive Medicine Reports*, *20*, 101259. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2020.101259>.
- Richards, C. (2021). *Trans and sexuality: An existentially-informed inquiry with implications for counselling psychology*. Routledge.
- Richards, C., & Barrett, J. (2020). *Trans and non-binary gender healthcare for psychiatrists, psychologists, and other mental health professionals*. Royal College of Psychiatrists/Cambridge University Press.
- Richards, C., Barker, M. J., Lenihan, P., & Iantaffi, A. (2014). Who watches the watchmen? A critical perspective on the theorization of trans people and clinicians. *Feminism & Psychology*, *4*, 248–258. <https://doi.org/10.1177/0959353514526220>.
- Richards, C., Bouman, W. P., & Barker, M.-J. (2017). *Genderqueer and non-binary genders*. Palgrave MacMillan. <https://doi.org/10.1057/978-1-137-51053-2>
- Richards, C., Bouman, W. P., Seal, L., Barker, M. J., Nieder, T. O., & T'Sjoen, G. (2016). Non-binary or genderqueer genders. *International Review of Psychiatry*, *28*(1), 95–102. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1106446>.
- Richards, E. G., Farrell, R. M., Ricci, S., Pemi, U., Quintini, C., Tzakis, A., & Falcone, T. (2021). Uterus transplantation: State of the art in 2021. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, *38*(9), 2251–2259. <https://doi.org/10.1007/s10815-021-02245-7>.
- Richards, R. N., & Meharg, G. E. (1995). Electrolysis: Observations from 13 years and 140,000hours of experience. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *33*(4), 662–666. [https://doi.org/10.1016/0190-9622\(95\)91290-8](https://doi.org/10.1016/0190-9622(95)91290-8).
- Rider, G. N., McMorris, B. J., Gower, A. L., Coleman, E., Brown, C., & Eisenberg, M. E. (2019). Perspectives from nurses and physicians on training needs and comfort working with transgender and gender-diverse youth. *Journal of Pediatric Health Care*, *33*(4), 379–385. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2018.11.003>.
- Rider, G. N., Vencill, J. A., Berg, D. R., Becker-Warner, R., Candelario-Pérez, L., & Spencer, K. G. (2019). The gender affirmative lifespan approach (GALA): A framework for competent clinical care with nonbinary clients. *International Journal of Transgenderism*, *20*(2-3), 275–288. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1485069>.
- Riggs, D. W., & Treharne, G. J. (2016). Decompenation: A novel approach to accounting for stress arising from the effects of ideology and social norms. *Journal of Homosexuality*, *64*(5), 592–605. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1194116>.
- Riggs, D. W., & Bartholomaeus, C. (2016). Australian mental health nurses and transgender clients: Attitudes and knowledge. *Journal of Research in Nursing*, *21*(3), 212–222. <https://doi.org/10.1177/1744987115624483>.
- Riggs, D. W., & Bartholomaeus, C. (2018a). Fertility preservation decision making amongst Australian transgender and non-binary adults. *Reproductive Health*, *15*(1), 181. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0627-z>.
- Riggs, D. W., & Bartholomaeus, C. (2018b). Gaslighting in the context of clinical interactions with parents of transgender children. *Sexual and Relationship Therapy*, *33*(4), 382–394. <https://doi.org/10.1080/14681994.2018.1444274>.
- Riggs, D. W., Bartholomaeus, C., & Sansfaçon, A. P. (2019). “If they didn’t support me, I most likely wouldn’t be here”: Transgender young people and their parents negotiating medical treatment in Australia. *International Journal of Transgender Health*, *21*(1), 3–15. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1692751>.
- Ristori, J., & Steensma, T. D. (2016). Gender dysphoria in childhood. *International Review of Psychiatry*, *28*(1), 13–20. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1115754>.
- Ristori, J., Fisher, A. D., Castellini, G., Sensi, C., Cipriani, A., Ricca, V., & Maggi, M. (2019). Gender dysphoria and anorexia nervosa symptoms in two adolescents. *Archives of Sexual Behavior*, *48*(5), 1625–1631. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-1396-7>.
- Ristori, J., Rossi, E., Cocchetti, C., Mazzoli, F., Castellini, G., Vignozzi, L., Ricca, V., Maggi, M., & Fisher, A. D. (2021). Sexual habits among Italian transgender adolescents: A cross-sectional study. *International Journal of Impotence Research*, *33*(7), 687–693. <https://doi.org/10.1038/s41443-021-00427-6>.
- Roberts, A. L., Rosario, M., Corliss, H. L., Koenen, K. C., & Austin, S. B. (2012). Childhood gender nonconformity: A risk indicator for childhood abuse and posttraumatic stress in youth. *Pediatrics*, *129*(3), 410–417. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-1804>.
- Roberts, A. L., Rosario, M., Slopen, N., Calzo, J. P., & Austin, S. B. (2014). Childhood gender nonconformity, bullying victimization, and depressive symptoms across adolescence and early adulthood: An 11-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *52*(2), 143–152. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.11.006>.
- Roberts, C. M., Sharkey, C. M., Bakula, D. M., Perez, M. N., Delozier, A. J., Austin, P. F., Baskin, L. S., Chan, Y.-M., Cheng, E. Y., Diamond, D. A., Fried, A. J., Kropp, B., Lakshmanan, Y., Meyer, S. Z., Meyer, T., Nokoff, N. J., Palmer, B. W., Paradis, A., Reyes, K. J. S., & Tishelman, A. (2020). Illness uncertainty longitudinally predicts distress among caregivers of children born with DSD. *Journal of Pediatric Psychology*, *45*(9), 1053–1062. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsaa069>.
- Roberts, L. F., Brett, M. A., Johnson, T. W., & Wassersug, R. J. (2008). A passion for castration: Characterizing men who are fascinated with castration, but have not been



- castrated. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(7), 1669–1680. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00636.x>.
- Roberts, S. A., & Kaiser, U. B. (2020). Genetics in endocrinology: Genetic etiologies of central precocious puberty and the role of imprinted genes. *European Journal of Endocrinology*, 183(4), R107–R117. <https://doi.org/10.1530/EJE-20-0103>.
- Robles, R., Fresán, A., Vega-Ramírez, H., Cruz-Islas, J., Rodríguez-Pérez, V., Domínguez-Martínez, T., & Reed, G. M. (2016). Removing transgender identity from the classification of mental disorders: A Mexican field study for ICD-11. *The Lancet Psychiatry*, 3(9), 850–859. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)30165-1](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)30165-1).
- Rochlin, D. H., Brazio, P., Wapnir, I., & Nguyen, D. (2020). Immediate targeted nipple-areolar complex reinnervation: Improving outcomes in gender-affirming mastectomy. *Plastic and Reconstructive Surgery—Global Open*, 8(3), e2719. <https://doi.org/10.1097/gox.0000000000002719>.
- Rodriguez-Wallberg, K. A., Häljestic, J., Arver, S., Johansson, A. L. V., & Lundberg, F. E. (2021). Sperm quality in transgender women before or after gender affirming hormone therapy—A prospective cohort study. *Andrology*, 9(6), 1773–1780. <https://doi.org/10.1111/andr.12999>.
- Rodriguez-Wallberg, K. A., Marklund, A., Lundberg, F., Wikander, I., Milenkovic, M., Anastacio, A., Seryounitis, F., Wanggren, K., Ekengren, T. L., Lind, T., & Borgström, B. (2019). A prospective study of women and girls undergoing fertility preservation due to oncologic and non-oncologic indications in Sweden—Trends in patients' choices and benefit of the chosen methods after long-term follow up. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 98(5), 604–615. <https://doi.org/10.1111/aogs.13559>.
- Rodriguez-Wallberg, K. A., Milenkovic, M., Papaikononou, K., Keros, V., Gustafsson, B., Sergouniotis, F., Wikander, I., Perot, R., Borgström, B., Ljungman, P., & Barbany, G. (2021). Successful pregnancies after transplantation of ovarian tissue retrieved and cryopreserved at time of childhood acute lymphoblastic leukemia—A case report. *Haematologica*, 106(10), 2783–2787. <https://doi.org/10.3324/haematol.2021.278828>.
- Roen, K. (2019). Intersex or diverse sex development: Critical review of psychosocial health care research and indications for practice. *Journal of Sex Research*, 56(4–5), 511–528. <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1578331>.
- Rolston, A. M., Gardner, M., Vilain, E., & Sandberg, D. E. (2015). Parental reports of stigma associated with child's disorder of sex development. *International Journal of Endocrinology*, 2015, 980121. <https://doi.org/10.1155/2015/980121>.
- Rondahl, G. (2009). Students' inadequate knowledge about lesbian, gay, bisexual and transgender persons. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6(1), 11. <https://doi.org/10.2202/1548-923X.1718>.
- Rood, B. A., Puckett, J. A., Pantalone, D. W., & Bradford, J. B. (2015). Predictors of suicidal ideation in a statewide sample of transgender individuals. *LGBT Health*, 2(3), 270–275. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2013.0048>.
- Rood, B. A., Reisner, S. L., Puckett, J. A., Surace, F. I., Berman, A. K., & Pantalone, D. W. (2017). Internalized transphobia: Exploring perceptions of social messages in transgender and gender-nonconforming adults. *International Journal of Transgenderism*, 18(4), 411–426. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1329048>.
- Rosen, H. N., Hamnvik, O. R., Jaisamram, U., Malabanan, A. O., Safer, J. D., Tangpricha, V., Wattanachanya, L., & Yeap, S. S. (2019). Bone densitometry in transgender and gender non-conforming (TGNC) individuals: 2019 ISCD official position. *Journal of Clinical Densitometry*, 22(4), 544–553. <https://doi.org/10.1016/j.jocd.2019.07.004>.
- Rosenthal, S. M. (2014). Approach to the patient: Transgender youth: endocrine considerations. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 99(12), 4379–4389. <https://doi.org/10.1210/jc.2014-1919>.
- Rosenthal, S. M. (2016). Transgender youth: Current concepts. *Annals of Pediatric Endocrinology & Metabolism*, 21(4), 185–192. <https://doi.org/10.6065/apem.2016.21.4.185>.
- Rosenthal, S. M. (2021). Challenges in the care of transgender youth: An endocrinologist's view. *Nature Reviews Endocrinology*, 17(10), 581–591. <https://doi.org/10.1038/s41574-021-00535-9>.
- Rosenwohl-Mack, A., Tamar-Mattis, S., Baratz, A. B., Dalke, K. B., Ittelson, A., Zieselman, K., & Flatt, J. D. (2020). A national study on the physical and mental health of intersex adults in the U.S. *PLoS One*, 15(10), e0240088. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240088>.
- Ross, A. (2017). *Gender confirmation surgeries rise 20% in first ever report*. American Society of Plastic Surgeons, Press Releases.
- Rothblum, E. D., Krueger, E. A., Kittle, K. R., & Meyer, I. H. (2020). Asexual and non-asexual respondents from a U.S. population-based study of sexual minorities. *Archives of Sexual Behavior*, 49(2), 757–767. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01485-0>.
- Rothenberg, S. S., Witchel, S. F., & Menke, M. N. (2019). Oocyte cryopreservation in a transgender male adolescent. *New England Journal of Medicine*, 380(9), 886–887. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1813275>.
- Routh, D., Abess, G., Makin, D., Stohr, M. K., Hemmens, C., & Yoo, J. (2015). Transgender inmates in prisons. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 61(6), 645–666. <https://doi.org/10.1177/0306624x15603745>.
- Rowniak, S., Bolt, L., & Sharifi, C. (2019). Effect of cross-sex hormones on the quality of life, depression and anxiety of transgender individuals: A quantitative systematic review. *JBI Evidence Synthesis*, 17(9), 1826–1854. <https://doi.org/10.11124/JBISRIIR-2017-003869>.
- Royal College of General Practitioners. (2019). *The role of the GP in caring for gender-questioning and transgender patients: RCGP position statement*. <https://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/transgender-care.aspx>
- Russell, A. M., Galvin, K. M., Harper, M. M., & Clayman, M. L. (2016). A comparison of heterosexual and LGBTQ

- cancer survivors' outlooks on relationships, family building, possible infertility, and patient-doctor fertility risk communication. *Journal of Cancer Survivorship*, 10(5), 935–942. <https://doi.org/10.1007/s11764-016-0524-9>.
- Russell, M. R., & Abrams, M. (2019). Transgender and non-binary adolescents: The role of voice and communication therapy. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 4(6), 1298–1305. [https://doi.org/10.1044/2019\\_PERSP-19-00034](https://doi.org/10.1044/2019_PERSP-19-00034).
- Russell, S. T., Pollitt, A. M., Li, G., & Grossman, A. H. (2018). Chosen name use is linked to reduced depressive symptoms, suicidal ideation, and suicidal behavior among transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 63(4), 503–505. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.02.003>.
- Ryan, C. (2009). *Supportive families, healthy children: Helping families with lesbian, gay, bisexual & transgender (LGBT) children*. <http://familyproject.sfsu.edu>
- Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R. M., & Sanchez, J. (2009). Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics*, 123(1), 346–352. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-3524>.
- Ryan, C., Russell, S. T., Huebner, D., Diaz, R., & Sanchez, J. (2010). Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(4), 205–213. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2010.00246.x>.
- Ryan, C., Toomey, R. B., Diaz, R. M., & Russell, S. T. (2020). Parent-initiated sexual orientation change efforts with LGBT adolescents: Implications for young adult mental health and adjustment. *Journal of Homosexuality*, 67(2), 159–173. <https://doi.org/10.1080/00918369.2018.1538407>.
- Saeed, A., Mughal, U., & Farooq, S. (2017). It's complicated: Sociocultural factors and the disclosure decision of transgender individuals in Pakistan. *Journal of Homosexuality*, 65(8), 1051–1070. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1368766>.
- Safer, J. D. (2021). Research gaps in medical treatment of trans-gender/nonbinary people. *The Journal of Clinical Investigation*, 131(4), e142029. <https://doi.org/10.1172/JCI142029>.
- Safer, J. D., & Tangpricha, V. (2019). Care of the transgender patient. *Annals of Internal Medicine*, 171(1), ITC1–ITC16. <https://doi.org/10.7326/aitc201907020>.
- Safer, J. D., Coleman, E., Feldman, J., Garofalo, R., Hembree, W., Radix, A., & Sevelius, J. (2016). Barriers to healthcare for transgender individuals. *Current Opinion in Endocrinology & Diabetes and Obesity*, 23(2), 168–171. <https://doi.org/10.1097/med.0000000000000227>.
- Salgado, C. J., Nugent, A., Kuhn, J., Janette, M., & Bahna, H. (2018). Primary sigmoid vaginoplasty in transwomen: Technique and outcomes. *Biomed Research International*, 2018, 4907208. <https://doi.org/10.1155/2018/4907208>.
- Salibian, A. A., Axelrod, D. M., Smith, J. A., Fischer, B. A., Agarwal, C., & Bluebond-Langner, R. (2021). Oncologic considerations for safe gender-affirming mastectomy: Preoperative imaging, pathologic evaluation, counseling, and long-term screening. *Plastic and Reconstructing Surgery*, 147(2), 213e–221e. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000007589>.
- Salway, T., Ferlatte, O., Gesink, D., & Lachowsky, N. J. (2020). Prevalence of exposure to sexual orientation change efforts and associated sociodemographic characteristics and psychosocial health outcomes among Canadian sexual minority men. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 65(7), 502–509. <https://doi.org/10.1177/0706743720902629>.
- Sandberg, D. E., & Gardner, M. (2022). Differences/disorders of sex development: Medical conditions at the intersection of sex and gender. *Annual Review of Clinical Psychology*, 18, 201–231. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-101412>.
- Sandberg, D. E., & Mazur, T. (2014). A noncategorical approach to the psychosocial care of persons with DSD and their families. In B. P. C. Kreukels, T. D. Steensma, & A. L. C. de Vries (Eds.), *Gender dysphoria and disorders of sex development: Progress in care and knowledge* (pp. 93–114). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7441-8\\_5](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7441-8_5).
- Sandberg, D. E., Gardner, M., Kopec, K., Urbanski, M., Callens, N., Keegan, C. E., Yashar, B. M., Fechner, P. Y., Shnorhavorian, M., Vilain, E., Timmermans, S., & Siminoff, L. A. (2019). Development of a decision support tool in pediatric differences/disorders of sex development. *Seminars in Pediatric Surgery*, 28(5), 150838. <https://doi.org/10.1016/j.sempedsurg.2019.150838>.
- Sanders, R. A. (2013). Adolescent psychosocial, social, and cognitive development. *Pediatrics in Review*, 34(8), 354–359. <https://doi.org/10.1542/pir.34-8-354>.
- Santucci, R. A. (2018). Urethral complications after transgender phalloplasty: Strategies to treat them and minimize their occurrence. *Journal of Clinical Anatomy*, 31(2), 187–190. <https://doi.org/10.1002/ca.23021>.
- Sawyer, J., Perry, J. L., & Dobbins-Scaramelli, A. (2014). A survey of the awareness of speech services among transgender and transsexual individuals and speech-language pathologists. *International Journal of Transgenderism*, 15(3–4), 146–163. <https://doi.org/10.1080/15532739.2014.995260>.
- Sawyer, W. (2020). *Visualizing the racial disparities in mass incarceration*. Prison Policy Initiative.
- Scandurra, C., Amodeo, A. L., Valerio, P., Bochicchio, V., & Frost, D. M. (2017). Minority stress, resilience, and mental health: A study of Italian transgender people. *Journal of Social Issues*, 73(3), 563–585. <https://doi.org/10.1111/josi.12232>.
- Scandurra, C., Mezza, F., Maldonato, N. M., Bottone, M., Bochicchio, V., Valerio, P., & Vitelli, R. (2019). Health of non-binary and genderqueer people: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 10, 1453.
- Schagen, S. E. E., Wouters, F. M., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L. J., & Hannema, S. E. (2020). Bone development in transgender adolescents treated with GnRH analogues and subsequent gender-affirming

- hormones. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 105(12). <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa604>.
- Schagen, S. E., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., & Hannema, S. E. (2016). Efficacy and safety of gonadotropin-releasing hormone agonist treatment to suppress puberty in gender dysphoric adolescents. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(7), 1125–1132. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.05.004>.
- Schardein, J. N., Zhao, L. C., & Nikolavsky, D. (2019). Management of vaginoplasty and phalloplasty complications. *Urology Clinics of North America*, 46(4), 605–618. <https://doi.org/10.1016/j.ucl.2019.07.012>.
- Schechter, L. S., & Safa, B. (2018). Introduction to phalloplasty. *Clinics in Plastic Surgery*, 45(3), 387–389. <https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.03.014>.
- Schechter, L. S., & Schechter, R. B. (2019). Training surgeons in gender confirmation surgery. *Journal of Craniofacial Surgery*, 30(5), 1380–1382. <https://doi.org/10.1097/SCS.0000000000005477>.
- Schechter, L. S., D'Arpa, S., Cohen, M. N., Kocjancic, E., Claes, K. E. Y., & Monstrey, S. (2017). Gender confirmation surgery: Guiding principles. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(6), 852–856. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.04.001>.
- Schein, A. I., & Travers, R. (2017). Barriers and facilitators to HIV and sexually transmitted infections testing for gay, bisexual, and other transgender men who have sex with men. *AIDS Care*, 29(8), 990–995. <https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1271937>.
- Schein, A. I., Bauer, G. R., & Travers, R. (2017). HIV-related sexual risk among transgender men who are gay, bisexual, or have sex with men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 74(4), e89–e96. <https://doi.org/10.1097/qai.0000000000001222>.
- Schein, A. I., Perez-Brumer, A. G., & Bauer, G. R. (2020). Gender-concordant identity documents and mental health among transgender adults in the USA: A cross-sectional study. *The Lancet Public Health*, 5(4), e196–e203. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30032-3](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30032-3).
- Schneider, F., Kliesch, S., Schlatt, S., & Neuhaus, N. (2017). Andrology of male-to-female transsexuals: Influence of cross-sex hormone therapy on testicular function. *Andrology*, 5(5), 873–880. <https://doi.org/10.1111/andr.12405>.
- Schneider, F., Neuhaus, N., Wistuba, J., Zitzmann, M., Heß, J., Mahler, D., & Kliesch, S. (2015). Testicular functions and clinical characterization of patients with gender dysphoria (GD) undergoing sex reassignment surgery (SRS). *Journal of Sexual Medicine*, 12(11), 2190–2200. <https://doi.org/10.1111/jsm.13022>.
- Schubert, F. D., & Carey, J. M. (2020). Data unclear on pregnancy risk in transmasculine individuals on testosterone. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(4). <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.12.014>.
- Schützmann, K., Brinkmann, L., Schacht, M., & Richter-Appelt, H. (2007). Psychological distress, self-harming behavior, and suicidal tendencies in adults with disorders of sex development. *Archives of Sexual Behavior*, 38(1), 16–33. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9241-9>.
- Schwartz, A. R., Russell, K., & Gray, B. A. (2019). Approaches to vaginal bleeding and contraceptive counseling in transgender and gender nonbinary patients. *Obstetrics and Gynecology*, 134(1), 81–90. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003308>.
- Schweizer, K., Brunner, F., Gedrose, B., Handford, C., & Richter-Appelt, H. (2016). Coping with diverse sex development: Treatment experiences and psychosocial support during childhood and adolescence and adult well-being. *Journal of Pediatric Psychology*, 42(5), 504–519. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsw058>.
- Scott, S. (2013). “One is not born, but becomes a woman”: A fourteenth amendment argument in support of housing male-to female transgender inmates in female facilities. *University of Pennsylvania Journal of Constitutional Law*, 15(4), 1259–1297. <https://scholarship.law.upenn.edu/jcl/vol15/iss4/6>
- Seal, L. (2017). Adult endocrinology. In C. Richards, W. P. Bouman, & M.-J. Barker (Eds.), *Genderqueer and non-binary genders* (pp. 183–223). Palgrave MacMillan.
- Seal, L. J., Franklin, S., Richards, C., Shishkareva, A., Sinclair, C., & Barrett, J. (2012). Predictive markers for mammoplasty and a comparison of side effect profiles in transwomen taking various hormonal regimens. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 97(12), 4422–4428. <https://doi.org/10.1210/jc.2012-2030>.
- Seelman, K. L. (2016). Transgender adults' access to college bathrooms and housing and the relationship to suicidality. *Journal of Homosexuality*, 63(10), 1378–1399. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1157998>.
- Seelman, K. L., Colón-Díaz, M. J., LeCroix, R. H., Xavier-Brier, M., & Kattari, L. (2017). Transgender non-inclusive healthcare and delaying care because of fear: Connections to general health and mental health among transgender adults. *Transgender Health*, 2(1), 17–28. <https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0024>.
- Segev-Becker, A., Israeli, G., Elkon-Tamir, E., Perl, L., Sekler, O., Amir, H., Interator, H., Dayan, S. C., Chorna, E., Weintrob, N., & Oren, A. (2020). Children and adolescents with gender dysphoria in Israel: Increasing referral and fertility preservation rates. *Endocrine Practice*, 26(4), 423–428. <https://doi.org/10.4158/EP-2019-0418>.
- Sequeira, G. M., Ray, K. N., Miller, E., & Coulter, R. W. S. (2020). Transgender youth's disclosure of gender identity to providers outside of specialized gender centers. *Journal of Adolescent Health*, 66(6), 691–698. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.12.010>.
- Serafin, J., Smith, G. B., & Keltz, T. (2013). Lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) elders in nursing homes: It's time to clean out the closet. *Geriatric Nursing*, 34(1), 81–83.
- Sermondade, N., Benaloun, E., Berthaut, I., Moreau, E., Prades, M., Béranger, A., Chabbert-Buffet, N., Johnson, N., Lévy, R., & Dupont, C. (2021). Reproductive



- functions and fertility preservation in transgender women: A French case series. *Reproductive BioMedicine Online*, 43(2), 339–345. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2021.04.016>.
- Sevelius, J., & Jenness, V. (2017). Challenges and opportunities for gender-affirming healthcare for transgender women in prison. *International Journal of Prisoner Health*, 13(1), 32–40. <https://doi.org/10.1108/ijph-08-2016-0046>.
- Sevelius, J. M., Chakravarty, D., Dilworth, S. E., Rebchook, G., & Neilands, T. B. (2020). Gender affirmation through correct pronoun usage: Development and validation of the transgender women's importance of pronouns (TW-IP) scale. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9525. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249525>.
- Sevelius, J. M., Deutsch, M. B., & Grant, R. (2016). The future of PrEP among transgender women: The critical role of gender affirmation in research and clinical practices. *Journal of the International AIDS Society*, 19(7S6), 21105. <https://doi.org/10.7448/IAS.19.7.21105>.
- Seyed-Forootan, K., Karimi, H., & Seyed-Forootan, N. S. (2018). Autologous fibroblast-seeded amnion for reconstruction of neo-vagina in male-to-female reassignment surgery. *Aesthetic Plastic Surgery*, 42(2), 491–497. <https://doi.org/10.1007/s00266-018-1088-z>.
- Shen, J. K., Seebacher, N. A., & Morrison, S. D. (2019). Global interest in gender affirmation surgery: A Google trends analysis. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 143(1), 254e–256e. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000005160>
- Shepherd, S. M. (2018). Cultural Awareness training for health professionals may have unintended consequences. *The British Medical Journal Opinion*. <https://blogs.bmj.com/bmj/2018/01/22/stephane-m-shepherd-cultural-awareness-training->
- Shepherd, S. M. (2019). Cultural awareness workshops: limitations and practical consequences. *BMC Medical Education*, 19(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1450-5>.
- Shepherd, S. M. (2022). Introducing an integrated model of cross-cultural assessment. *Australasian Psychiatry*, <https://doi.org/10.1177/10398562211068373>.
- Sheppard, M., & Mayo, J. B. Jr. (2013). The social construction of gender and sexuality: Learning from two spirit traditions. *The Social Studies*, 104(6), 259–270. <https://doi.org/10.1080/00377996.2013.788472>.
- Sherrard, J., Wilson, J., Donders, G., Mendling, W., & Jensen, J. S. (2018). 2018 European (IUSTI/WHO) International Union against sexually transmitted infections (IUSTI) World Health Organisation (WHO) guideline on the management of vaginal discharge. *International Journal of STD and AIDS*, 29(13), 1258–1272. <https://doi.org/10.1177/0956462418785451>.
- Shieh, E., Marzinke, M. A., Fuchs, E. J., Hamlin, A., Bakshi, R., Aung, W., Breakey, J., Poteat, T., Brown, Z., Bumpus, N. N., & Hendrix, C. W. (2019). Transgender women on oral HIV pre-exposure prophylaxis have significantly lower tenofovir and emtricitabine concentrations when also taking oestrogen when compared to cisgender men. *Journal of the International AIDS Society*, 22:e25405. <https://doi.org/10.1002/jia2.25405>.
- Shields, J. P., Cohen, R., Glassman, J. R., Whitaker, K., Franks, H., & Bertolini, I. (2013). Estimating population size and demographic characteristics of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth in middle school. *Journal of Adolescent Health*, 52(2), 248–250. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.06.016>.
- Shipherd, J. C., Berke, D., & Livingston, N. A. (2019). Trauma recovery in the transgender and gender diverse community: extensions of the minority stress model for treatment planning. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(4), 629–646. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2019.06.001>.
- Shires, D. A., & Jaffee, K. D. (2016). Structural discrimination is associated with smoking status among a national sample of transgender individuals. *Nicotine & Tobacco Research*, 18(6), 1502–1508. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntv221>.
- Shires, D. A., Stroumsa, D., Jaffee, K. D., & Woodford, M. R. (2017). Primary care providers' willingness to continue gender-affirming hormone therapy for transgender patients. *Family Practice*, 35(5), 576–581. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz119>.
- Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., Garner, A. S., McGuinn, L., Pascoe, J., & Wood, D. L. (2011). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129(1), e232–e246. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663>.
- Shnorhavorian, M., Kroon, L., Jeffries, H., & Johnson, R. (2012). Creating a standardized process to offer the standard of care: continuous process improvement methodology is associated with increased rates of sperm cryopreservation among adolescent and young adult males with cancer. *Junior of Pediatric and Hematology/Oncology*, 34 (8), e315–319. <https://doi.org/10.1097/MPH.0b013e3182678e3a>
- Shumer, D. E., & Tishelman, A. C. (2015). The role of assent in the treatment of transgender adolescents. *International Journal of Transgenderism*, 16(2), 97–102. <https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1075929>.
- Shumer, D. E., Nokoff, N. J., & Spack, N. P. (2016). Advances in the care of transgender children and adolescents. *Advances in Pediatrics*, 63(1), 79–102. <https://doi.org/10.1016/j.yapd.2016.04.018>.
- Siboni, L., Rucco, D., Prunas, A., & Anzani, A. (2022). "We faced every change together". Couple's intimacy and sexuality experiences from the perspectives of transgender and non-binary individuals' partners. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 48(1), 23–46. <https://doi.org/10.1080/0092623x.2021.1957733>.
- Sigurjonsson, H., Mollermark, C., Rinder, J., Farnebo, F., & Lundgren, T. K. (2017). Long-term sensitivity and patient-reported functionality of the neoclitoris after gender reassignment surgery. *Journal of Sexual*



- Medicine*, 14(2), 269–273. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.12.003>.
- Silverberg, M. J., Nash, R., Becerra-Culqui, T. A., Cromwell, L., Getahun, D., Hunkeler, E., & Goodman, M. (2017). Cohort study of cancer risk among insured transgender people. *Annals of Epidemiology*, 27(8), 499–501. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2017.07.007>.
- Siminoff, L., & Sandberg, D. (2015). Promoting shared decision making in disorders of sex development (DSD): Decision aids and support tools. *Hormone and Metabolic Research*, 47(05), 335–339. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1545302>.
- Simon, D., Capitán, L., Bailón, C., Bellinga, R. J., Gutiérrez Santamaría, J., Tenório, T., Sánchez-García, A., & Capitán-Cañadas, F. (2022). Facial gender confirmation surgery: The lower jaw. Description of surgical techniques and presentation of results. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 149(4), 755e–766e. <https://doi.org/10.1097/prs.0000000000008969>.
- Simons, L., Schrage, S. M., Clark, L. F., Belzer, M., & Olson, J. (2013). Parental support and mental health among transgender adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 53(6), 791–793. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.07.019>.
- Simonsen, R. K., Giraldo, A., Kristensen, E., & Hald, G. M. (2016). Long-term follow-up of individuals undergoing sex reassignment surgery: Psychiatric morbidity and mortality. *Nordic Journal of Psychiatry*, 70(4), 241–247. <https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1081405>.
- Simopoulos, E. F., & Khin Khin, E. (2014). Fundamental principles inherent in the comprehensive care of trans- gender inmates. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 42(1), 26–36. <http://jaapl.org/content/42/1/26>
- Singh, D., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2021). A follow-up study of boys with gender identity disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 632784. <https://doi.org/10.3389/fp- syt.2021.632784>.
- Singh-Ospina, N., Maraka, S., Rodriguez-Gutierrez, R., Davidge-Pitts, C., Nippoldt, T. B., Prokop, L. J., & Murad, M. H. (2017). Effect of sex steroids on the bone health of transgender individuals: A systematic review and meta-analysis. *Journal Clinical Endocrinology and Metabolism*, 102(11), 3904–3913. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01642>.
- Smith, A. J., Hallum-Montes, R., Nevin, K., Zenker, R., Sutherland, B., Reagor, S., & Brennan, J. M. (2018). Determinants of transgender individuals' well-being, mental health, and suicidality in a rural state. *Journal of Rural Mental Health*, 42(2), 116. <https://doi.org/10.1037/rmh0000089>.
- Smith, P. (2006). The effects of solitary confinement on prison inmates: A brief history and review of the literature. *Crime and Justice*, 34(1), 441–528. <https://doi.org/10.1086/500626>.
- Smith, N. L., Blondon, M., Wiggins, K. L., Harrington, L. B., van Hylckama Vlieg, A., Floyd, J. S., Hwang, M., Bis, J. C., McKnight, B., Rice, K.M., Lumley, T., Rosendaal, F. R., Heckbert, S. R., & Psaty, B. M. (2014). Lower risk of cardiovascular events in postmenopausal women taking oral estradiol compared with oral conjugated equine estrogens. *JAMA Internal Medicine*, 174(1), 25–31. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.11074>.
- Smith, Y. L., van Goozen, S. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2001). Adolescents with gender identity disorder who were accepted or rejected for sex reassignment surgery: A prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(4), 472–481. <https://doi.org/10.1097/00004583-200104000-00017>.
- Smith, Y. L., Van Goozen, S. H., Kuiper, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Sex reassignment: Outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychological Medicine*, 35(1), 89–99. <https://doi.org/10.1017/s0033291704002776>.
- Snowden, J. M., Guise, J., & Kzhimannil, K. B. (2018). Promoting inclusive and person-centered care: Starting with birth. *Birth*, 45, 232–235. <https://doi.org/10.1111/birt.12351>.
- Söderpalm, E., Larsson, A., & Almquist, S. A. (2004). Evaluation of a consecutive group of transsexual individuals referred for vocal intervention in the west of Sweden. *Logopedics, Phoniatrics, Vocology*, 29(1), 18–30. <https://doi.org/10.1080/14015430310021618>.
- Södersten, M., Nygren, U., Hertegård, S., & Dhejne, C. (2015). Interdisciplinary program in Sweden related to transgender voice. *Perspectives on Voice and Voice Disorders*, 25(2), 87–97. <https://doi.org/10.1044/vvd25.2.87>.
- Sofer, Y., Yaish, I., Yaron, M., Bach, M. Y., Stern, N., & Greenman, Y. (2020). Differential endocrine and metabolic effects of testosterone suppressive agents in transgender women. *Endocrine Practice*, 26(8), 883–890. <https://doi.org/10.4158/EP-2020-0032>.
- Song, T. E., & Jiang, N. (2017). Transgender phonosurgery: A systematic review and meta-analysis. *Otolaryngology—Head and Neck Surgery*, 156(5), 803–808. <https://doi.org/10.1177/0194599817697050>.
- Sonnenblick, E. B., Shah, A. D., Goldstein, Z., & Reisman, T. (2018). Breast imaging of transgender individuals: A review. *Current Radiology Reports*, 6(1), 1. <https://doi.org/10.1007/s40134-018-0260-1>.
- Sood, R., Chen, D., Muldoon, A. L., Chen, L., Kwasny, M. J., Simons, L. K., Gangopadhyay, N., Corcoran, J. F., & Jordan, S. W. (2021). Association of chest dysphoria with anxiety and depression in transmasculine and nonbinary adolescents seeking gender-affirming care. *Journal of Adolescent Health*, 68(6), 1135–1141. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.02.024>.
- Sorbara, J. C., Chiniara, L. N., Thompson, S., & Palmert, M. R. (2020). Mental health and timing of gender-affirming care. *Pediatrics*, 146(4), e20193600. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3600>.
- Spack, N. P., Edwards-Leeper, L., Feldman, H. A., Leibowitz, S., Mandel, F., Diamond, D. A., & Vance, S. R. (2012). Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. *Pediatrics*, 129(3), 418–425. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-0907>.

- Spanos, C., Bretherton, I., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2020). Effects of gender-affirming hormone therapy on insulin resistance and body composition in transgender individuals: A systematic review. *World Journal of Diabetes, 11*(3), 66–77. <https://doi.org/10.4239/wjd.v11.i3.66>.
- Spanos, C., Grace, J. A., Leemaqz, S. Y., Brownhill, A., Cundill, P., Locke, P., Wong, P., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2021). The informed consent model of care for accessing gender-affirming hormone therapy is associated with high patient satisfaction. *Journal of Sexual Medicine, 18*(1), 201–208. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.20.020>.
- Spatz, E. S., Krumholz, H. M., & Moulton, B. W. (2016). The new era of informed consent: Getting to a reasonable-patient standard through shared decision making. *The Journal of the American Medical Association, 315* (19), 2063–2064. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.3070>.
- Speiser, P. W., Arlt, W., Auchus, R. J., Baskin, L. S., Conway, G. S., Merke, D. P., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Miller, W. L., Murad, M. H., Oberfield, S. E., & White, P. C. (2018). Congenital adrenal hyperplasia due to steroid 21-hydroxylase deficiency: An Endocrine Society\* Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 103*(11), 4043–4088. <https://doi.org/10.1210/jc.2018-01865>.
- Spencer, K. G., Berg, D. R., Bradford, N. J., Vencill, J. A., Tellawi, G., & Rider, G. N. (2021). The gender-affirmative life span approach: A developmental model for clinical work with transgender and gender-diverse children, adolescents, and adults. *Psychotherapy, 58*(1), 37–49. <https://doi.org/10.1037/pst0000363>.
- Spivey, L. A., & Edwards-Leeper, L. (2019). Future directions in affirmative psychological interventions with transgender children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 48*, 343–356. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1534207>.
- Spizzirri, G., Eufrásio, R., Lima, M. C. P., de Carvalho Nunes, H. R., Kreukels, B. P., Steensma, T. D., & Abdo, C. H. N. (2021). Proportion of people identified as transgender and non-binary gender in Brazil. *Scientific Reports, 11*(1), 2240. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-81411-4>.
- Sprager, L., & O. N. Martinez, Jr. (2015). Beyond translation: Promoting a new national standard for equity in health materials translated from English. *NAM Perspectives, 1*. <https://doi.org/10.31478/201509b>.
- Spruill, T. M. (2010). Chronic psychosocial stress and hypertension. *Current Hypertension Reports, 12*(1), 10–16. <https://doi.org/10.1007/s11906-009-0084-8>.
- Srinath, S., Jacob, P., Sharma, E., & Gautam, A. (2019). Clinical practice guidelines for assessment of children and adolescents. *Indian Journal of Psychiatry, 61*(Suppl. 2), 158–175. [https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\\_580\\_18](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_580_18).
- Staples, J. M., Bird, E. R., Gregg, J. J., & George, W. (2020). Improving the gender-affirmation process for transgender and gender-nonconforming individuals: Associations among time since transition began, body satisfaction, and sexual distress. *The Journal of Sex Research, 57*(3), 375–383. <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1617829>.
- Stark, T., Shoag, J. E., & Poppas, D. P. (2019). Eliminating early surgery for disorders of sex development: Risking adverse outcomes in 46, XX CAH. *Journal of Urology, 201* (5), 871–873. <https://doi.org/10.1097/ju.000000000000023>.
- Statistics Canada. (2022). *Census of population Canada*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220427/dq220427b-eng.htm>
- Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 16*(4), 499–516. <https://doi.org/10.1177/1359104510378303>.
- Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Gender transitioning before puberty? *Archives of Sexual Behavior, 40*(4), 649–650. <https://doi.org/10.1007/s10508-011-9752-2>.
- Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P. T., & Zucker, K. J. (2018). Evidence for a change in the sex ratio of children referred for gender dysphoria: Data from the center of expertise on gender dysphoria in Amsterdam (1988–2016). *Journal of Sex & Marital Therapy, 44*(7), 713–715. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1437580>.
- Steensma, T. D., Kreukels, B. P., de Vries, A. L., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Gender identity development in adolescence. *Hormones and Behavior, 64*, 288–297. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2013.02.020>.
- Steensma, T. D., McGuire, J. K., Kreukels, B. P., Beekman, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: A quantitative follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 52*(6), 582–590. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.03.016>.
- Steensma, T. D., & Wensing-Kruger, S. A. (2019). Gender dysphoria. In T. H. Ollendick, S. W. White, & B. A. White (Eds), *The Oxford handbook of clinical child and adolescent psychology*. Oxford Library of Psychology
- Steensma, T. D., Zucker, K. J., Kreukels, B. P. C., VanderLaan, D. P., Wood, H., Fuentes, A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Behavioral and emotional problems on the teacher's report form: A cross-national, cross-clinic comparative analysis of gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology, 42*(4), 635–647. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9804-2>.
- Stein, G. L. (2020) Experiences of lesbian, gay, bisexual, and transgender patients and families in hospice and palliative care: Perspectives of the palliative care team. *Journal of Palliative Medicine, 23*(6), 817–824. <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0542>.
- Steinberg, L. (2009). Should the science of adolescent brain development inform public policy? *American Psychologist, 64*(8), 739–750. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.64.8.739>.
- Stephenson, R., Riley, E., Rogers, E., Suarez, N., Metheny, N., Senda, J., Saylor, K. M., & Bauermeister, J. A. (2017). The sexual health of transgender men: A scoping review. *The Journal of Sex Research, 54*(4-5), 424–445. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1271863>.

- Sterling, J., & Garcia, M. M. (2020a). Cancer screening in the transgender population: A review of current guidelines, best practices, and a proposed care model. *Translational Andrological Urology*, 9(6), 2771–2785. <https://doi.org/10.21037/tau-20-954>.
- Sterling, J., & Garcia, M. M. (2020b). Fertility preservation options for transgender individuals. *Translational Andrological Urology*, 9(Suppl. 2), S215–S226. <https://doi.org/10.21037/tau.2019.09.28>.
- Stohr, M. K. (2015). The Hundred Years' war: The etiology and status of assaults on transgender women in men's prisons. *Women & Criminal Justice*, 25(1-2), 120–129. <https://doi.org/10.1080/08974454.2015.1026154>.
- Stojanovic, B., Bizic, M., Bencic, M., Kojovic, V., Majstorovic, M., Jeftovic, M., Stanojevic, D., & Djordjevic, M. L. (2017). One-stage gender-confirmation surgery as a viable surgical procedure for female-to-male transsexuals. *Translational Andrological Urology*, 14(5), 741–746. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.03.256>.
- Stonewall. (2018). *LGBT in Britain: Work report*. [https://www.stonewall.org.uk/system/files/lgbt\\_in\\_britain\\_work\\_report.pdf](https://www.stonewall.org.uk/system/files/lgbt_in_britain_work_report.pdf)
- Strang, J. F., Jarin, J., Call, D., Clark, B., Wallace, G. L., Anthony, L. G., Kenworthy, L., & Gomez-Lobo, V. (2018). Transgender Youth Fertility Attitudes Questionnaire: Measure development in nonautistic and autistic transgender youth and their parents. *Journal of Adolescent Health*, 62(2), 128–135. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.07.022>.
- Strang, J. F., Meagher, H., Kenworthy, L., de Vries, A. L., Menvielle, E., Leibowitz, S., Janssen, A., Cohen-Kettenis, P., Shumer, D., Edwards-Leeper, L., Pleak, R., Spack, N., Karasic, D., Schreier, H., Balleur, A., Tishelman, A., Ehrensaft, D., Rodnan, L., Kuschner, E., ... Caretto, A., Lewis, H., & Anthony, L. (2018). Initial clinical guidelines for co-occurring Autism Spectrum Disorder and Gender Dysphoria or Incongruence in adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(1), 105–115. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1228462>.
- Strang, J. F., Powers, M. D., Knauss, M., Sibarium, E., Leibowitz, S. F., Kenworthy, L., Sadikova, E., Wyss, S., Willing, L., Caplan, R., Pervez, N., Nowak, J., Gohari, D., Gomez-Lobo, V., Call, D., & Anthony, L. G. (2018). "They thought it was an obsession": Trajectories and perspectives of autistic transgender and gender-diverse adolescents. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 48(12), 4039–4055. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3723-6>.
- Strang, J. F., Knauss, M., van der Miesen, A., McGuire, J. K., Kenworthy, L., Caplan, R., Freeman, A., Sadikova, E., Zaks, Z., Pervez, N., Balleur, A., Rowlands, D. W., Sibarium, E., Willing, L., McCool, M. A., Ehrbar, R. D., Wyss, S. E., Wimms, H., Tobing, J., & Thomas, J. (2021). A clinical program for transgender and gender-diverse neurodiverse/autistic adolescents developed through community-based participatory design. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 50(6), 730–745. <https://doi.org/10.1080/15374416.2020.1731817>.
- Strauss, P., Cook, A., Winter, S., Watson, V., Wright Toussaint, D., & Lin, A. (2017). *Trans Pathways: the mental health experiences and care pathways of trans young people. Summary of results*. Telethon Kids Institute <https://www.telethonkids.org.au/globalassets/media/documents/brain-behaviour/trans-pathwayreport-web.pdf>
- Streed, C. G., Beach, L. B., Caceres, B. A., Dowshen, N. L., Moreau, K. L., Mukherjee, M., Poteat, T., Radix, A., Reisner, S. L., & Singh, V. (2021). Assessing and addressing cardiovascular health in people who are transgender and gender diverse: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 144(6). <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001003>.
- Stroumsa, D., & Wu, J. P. (2018). Welcoming transgender and nonbinary patients: Expanding the language of "women's health". *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 219(6), 585.e581–585.e585. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.09.018>.
- Stübler, M. L., & Becker-Hebly, I. (2019). [Sexual experiences and sexual orientation among transgender adolescents]. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 32(01), 5–16. <https://doi.org/10.1055/a-0838-8965>.
- Stutterheim, S. E., van Dijk, M., Wang, H., & Jonas, K. J. (2021) The worldwide burden of HIV in transgender individuals: An updated systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 16(12): e0260063. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260063>.
- Subramanian, T., Chakrapani, V., Selvaraj, V., Noronha, E., Narang, A., & Mehendale, S. (2016). Mapping and size estimation of hijras and other trans-women in 17 states of India: First level findings. *International Journal of Health Sciences and Research*, 6(4), 345–353. [https://www.ijhsr.org/IJHSR\\_Vol.6\\_Issue.4\\_April2016/4\\_8.pdf](https://www.ijhsr.org/IJHSR_Vol.6_Issue.4_April2016/4_8.pdf)
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2015). *Ending conversion therapy: Supporting and affirming LGBTQ youth*. HHS Publications.
- Suchak, T., Hussey, J., Takhar, M., & Bellringer, J. (2015). Postoperative trans women in sexual health clinics: Managing common problems after vaginoplasty. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 41(4), 245–247. <https://doi.org/10.1136/jfprhc-2014-101091>.
- Suen, Y. T., Chan, R. C. H., & Wong, E. M. Y. (2018). Mental health of transgender people in Hong Kong: A community-driven, large-scale quantitative study documenting demographics and correlates of quality of life and suicidality. *Journal of Homosexuality*, 65(8), 1093–1113. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1368772>.
- Sundstrom and Fields v. Frank USDC D WI, Case No. 06-C-112, 2011.
- Taliaferro, L. A., McMorris, B. J., Rider, G. N., & Eisenberg, M. E. (2019). Risk and protective factors for self-harm in a population-based sample of transgender youth. *Archives of Suicide Research*, 23(2), 203–221. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1430639>.
- Tamar-Mattis, S., Gamarel, K. E., Kantor, A., Baratz, A.,



- Tamar-Mattis, A., & Operario, D. (2018). Identifying and counting individuals with differences of sex development conditions in population health research. *LGBT Health*, 5(5), 320–324. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0180>.
- Tan, K. K. H., Treharne, G. J., Ellis, S. J., Schmidt, J. M., & Veale, J. F. (2021). Enacted stigma experiences and protective factors are strongly associated with mental health outcomes of transgender people in Aotearoa/New Zealand. *International Journal of Transgender Health*, 22(3), 269–280. <https://doi.org/10.1080/15532739.2020.1819504>.
- Tangpricha, V., & den Heijer, M. (2017). Oestrogen and anti-androgen therapy for transgender women. *Lancet Diabetes & Endocrinology*, 5(4), 291–300. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(16\)30319-9](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(16)30319-9).
- Tatum, A. K., Catalpa, J., Bradford, N. J., Kovic, A., & Berg, D. R. (2020). Examining identity development and transition differences among binary transgender and genderqueer nonbinary (GQNB) individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 7(4), 379–385. <https://doi.org/10.1037/sgd0000377>.
- Taub, R. L., Ellis, S. A., Neal-Perry, G., Magaret, A. S., Prager, S. W., & Micks, E. A. (2020). The effect of testosterone on ovulatory function in transmasculine individuals. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 223(2), 229–e1. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.01.059>.
- Tavakkoli Tabassi, K., Djavan, B., Hosseini, J., Ghoreifi, A., Ershadi, M., & Hosseini, E. (2015). Fold-back perineo- scrotal flap plus penile inversion vaginoplasty for male-to- female gender reassignment surgery in circumcised subjects. *European Journal of Plastic Surgery*, 38(1), 43–48. <https://doi.org/10.1007/s00238-014-1038-1>.
- Taylor, A. K., Condry, H., and Cahill, D. (2018). Implementation of teaching on LGBT health care. *Clinical Teacher*, 15(2), 141–144. <https://doi.org/10.1111/tct.12647>.
- Taylor, J., Zalewska, A., Gates, J. J., & Millon, G. (2019). An exploration of the lived experiences of non-binary individuals who have presented at a gender identity clinic in the United Kingdom. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 195–204. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1445056>.
- Telfer, M. M., Tollit, M. A., Pace, C. C., & Pang, K. C. (2018). Australian standards of care and treatment guidelines for transgender and gender diverse children and adolescents. *Medical Journal of Australia*, 209(3), 132–136. <https://doi.org/10.5694/mja17.01044>.
- Telfer, M. M., Tollit, M. A., Pace, C. C., & Pang, K. C. (2020). Australian standards of care and treatment guidelines for trans and gender diverse children and adolescents, Version 1.3. The Royal Children's Hospital. <https://www.rch.org.au/uploaded-Files/Main/Content/adolescent-medicine/australian-standards-of-care-and-treatment-guidelines-for-trans-and-gender-diverse-children-and-adolescents.pdf>
- Temple Newhook, J., Pyne, J., Winters, K., Feder, S., Holmes, C., Tosh, J., Sinnott, M.-L., Jamieson, A., & Pickett, S. (2018). A critical commentary on follow-up studies and “desistance” theories about transgender and gender-nonconforming children. *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 212–224. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1456390>.
- Ter Wengel, P. V., Martin, E., Gooren, L., Den Heijer, M., & Peerdeman, S. M. (2016). Meningiomas in three male-to-female transgender subjects using oestrogens/progestogens and review of the literature. *Andrologia*, 48(10), 1130–1137. <https://doi.org/10.1111/and.12550>.
- Testa, R. J., Michaels, M. S., Bliss, W., Rogers, M. L., Balsam, K. F., & Joiner, T. (2017). Suicidal ideation in transgender people: Gender minority stress and interpersonal theory factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(1), 125–136. <https://doi.org/10.1037/abn0000234>.
- Testa, R. J., Sciacca, L. M., Wang, F., Hendricks, M. L., Goldblum, P., Bradford, J., & Bongar, B. (2012). Effects of violence on transgender people. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 452. <https://doi.org/10.1037/a0029604>.
- TGEU. (2017). *Overdiagnosed but underserved. Trans healthcare in Georgia, Poland, Serbia, Spain, and Sweden: trans health survey*. Transgender Europe. <https://tgeu.org/healthcare/>
- TGEU. (2021). *Trans rights map 2021*. Transgender Europe. <https://transrightsmap.tgeu.org/home/>
- Thalavirithan, B. M., Sethu, M., Ramachandran, D. K., Kandasamy, M., & Janardhanam, J. (2018). Application of embryonic equivalents in male-to-female sex reassignment surgery. *India Journal of Plastic Surgery*, 51(2), 155–166. [https://doi.org/10.4103/ijps.IJPS\\_62\\_18](https://doi.org/10.4103/ijps.IJPS_62_18).
- The Institute of Medicine. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. <http://www.nationalacademies.org/hmd/Reports/2011/The-Health-of-Lesbian-Gay-Bisexual-and-Transgender-People.aspx>
- The Joint Commission. (2011). *Advancing effective communication, cultural competence, and patient- and family-centered care for the lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) community* [Field Guide]. [https://www.jointcommission.org/assets/1/18/LGBTFieldGuide\\_WEB\\_LINKED\\_VER.pdf](https://www.jointcommission.org/assets/1/18/LGBTFieldGuide_WEB_LINKED_VER.pdf)
- The Yogyakarta Principles. (2017). *The Yogyakarta Principles Plus 10: Additional principles and state obligations on the application of international human rights law in relation to sexual orientation, gender identity, gender expression, and sex characteristics to complement the Yogyakarta Principles*. [http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2017/11/A5\\_yogyakartaWEB-2.pdf](http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2017/11/A5_yogyakartaWEB-2.pdf)
- Therell, B. L. (2001). Newborn screening for congenital adrenal hyperplasia. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 30(1), 15–30. [https://doi.org/10.1016/s0889-8529\(08\)70017-3](https://doi.org/10.1016/s0889-8529(08)70017-3).
- Theron, L., & Collier, K. L. (2013). Experiences of female partners of masculine-identifying trans persons. *Culture, Health & Sexuality*, 15, 62–75. <https://doi.org/10.1080/13691058.2013.788214>.
- Thomas, J. P., & Macmillan, C. (2013). Feminization laryngoplasty: Assessment of surgical pitch elevation.



- European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 270(10), 2695–2700. <https://doi.org/10.1007/s00405-013-2511-3>.
- Thoreson, N., Marks, D. H., Peebles, J. K., King, D. S., & Dommasch, E. (2020). Health insurance coverage of permanent hair removal in transgender and gender-minority patients. *JAMA Dermatology*, 2156(5), 561–565. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2020.0480>.
- Thorne, N., Witcomb, G. L., Nieder, T., Nixon, E., Yip, A., & Arcelus, J. (2019). A comparison of mental health symptomatology and levels of social support in young treatment seeking transgender individuals who identify as binary and non-binary. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 241–250. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1452660>.
- Thorne, N., Yip, A. K.-T., Bouman, W. P., Marshall, E., & Arcelus, J. (2019). The terminology of identities between, outside and beyond the gender binary—A systematic review. *The International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 138–154. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1640654>.
- Thurston, M. D., & Allan, S. (2018). Sexuality and sexual experiences during gender transition: A thematic synthesis. *Clinical Psychological Review*, 66, 39–50. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.11.008>.
- Thyen, U., Ittermann, T., Flessa, S., Muehlan, H., Birnbaum, W., Rapp, M., Marshall, L., Szarras-Capnik, M., Bouvattier, C., Kreukels, B. P. C., Nordenstroem, A., Roehle, R., & Koehler, B. (2018). Quality of health care in adolescents and adults with disorders/differences of sex development (DSD) in six European countries (dsd-LIFE). *BMC Health Services Research*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3342-0>.
- Thyen, U., Richter-Appelt, H., Wiesemann, C., Holterhus, P.-M., & Hiort, O. (2005). Deciding on gender in children with intersex conditions. *Treatments in Endocrinology*, 4(1), 1–8. <https://doi.org/10.2165/00024677-200504010-00001>.
- Timmermans, S., Yang, A., Gardner, M., Keegan, C. E., Yashar, B. M., Fechner, P. Y., Shnorhavorian, M., Vilain, E., Siminoff, L. A., & Sandberg, D. E. (2018). Does patient-centered care change genital surgery decisions? The strategic use of clinical uncertainty in disorders of sex development clinics. *Journal of Health and Social Behavior*, 59(4), 520–535. <https://doi.org/10.1177/0022146518802460>.
- Timmermans, S., Yang, A., Gardner, M., Keegan, C. E., Yashar, B. M., Fechner, P. Y., Shnorhavorian, M., Vilain, E., Siminoff, L. A., & Sandberg, D. E. (2019). Gender destinies: Assigning gender in disorders of sex development—Intersex clinics. *Sociology of Health & Illness*, 41(8), 1520–1534. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12974>.
- Tirapegui, F. I., Acar, Ö., & Kocjancic, E. (2020). Sexual function after gender-affirming genital reconstruction. *Current Sexual Health Reports*, 12(4), 411–420. <https://doi.org/10.1007/s11930-020-00294-0>.
- Tiryaki, S., Tekin, A., Yagmur, İ., Özen, S., Özbaran, B., Gökşen, D., ... Avanoğlu, A. (2018). Parental perception of terminology of disorders of sex development in Western Turkey. *Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology*, 10(3), 216–222. <https://doi.org/10.4274/jcrpe.0007>.
- Tishelman, A. C., Shumer, D. E., Nahata, L. (2017). Disorders of sex development: Pediatric psychology and the genital exam. *Journal of Pediatric Psychology*, 42(5), 530–543. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsw015>.
- Tishelman, A. C., Haney, P., Greenwald O'Brien, J., & Blaustein, M. E. (2010). A framework for school-based psychological evaluations: Utilizing a “trauma lens.” *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 3(4), 279–302. <https://doi.org/10.1080/19361521.2010.523062>.
- Tishelman, A. C., Kaufman, R., Edwards-Leeper, L., Mandel, F. H., Shumer, D. E., & Spack, N. P. (2015). Serving transgender youth: Challenges, dilemmas, and clinical examples. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(1), 37–45. <https://doi.org/10.1037/a0037490>.
- Tishelman, A. C., Sutter, M. E., Chen, D., Sampson, A., Nahata, L., Kolbuck, V. D., & Quinn, G. P. (2019). Health care provider perceptions of fertility preservation barriers and challenges with transgender patients and families: Qualitative responses to an international survey. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 36(3), 579–588. <https://doi.org/10.1007/s10815-018-1395-y>.
- Tishelman, A., & Neumann-Mascis, A. (2018). *Gender-related trauma*. In *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children* (pp. 85–100). American Psychological Association.
- Tollemache, N., Shrewsbury, D., & Llewellyn, C. (2021). Que(e)rying undergraduate medical curricula: A cross-sectional online survey of lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer content inclusion in UK undergraduate medical education. *BMC Medical Education*, 21(1), 100. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02532-y>.
- Tollinche, L. E., Walters, C. B., Radix, A., Long, M., Galante, L., Goldstein, Z. G., Kapinos, Y., & Yeoh, C. (2018). The perioperative care of the transgender patient. *Anesthesia and Analgesia*, 127(2), 359–366. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000003371>.
- Tollit, M. A., Feldman, D., McKie, G., & Telfer, M. M. (2018). Patient and parent experiences of care at a pediatric gender service. *Transgender Health*, 3(1), 251–256. <https://doi.org/10.1089/trgh.2018.0016>.
- Tollit, M. A., Pace, C. C., Telfer, M., Hoq, M., Bryson, J., Fulkoski, N., Cooper, C., & Pang, K. C. (2019). What are the health outcomes of trans and gender diverse young people in Australia? Study protocol for the Trans20 longitudinal cohort study. *BMJ Open*, 9(11), e032151. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032151>.
- Tomson, A., McLachlan, C., Wattrus, C., Adams, K., Addinall, R., Bothma, R., Jankelowitz, L., Kotze, E., Luvuno, Z., Madlala, N., Matyila, S., Padavatan, A., Pillay,

- M., Rakumakoe, M. D., Tomson-Myburgh, M., Venter, W. D. F., & De Vries, E. (2021). Southern African HIV clinicians society gender-affirming healthcare guideline for South Africa. *Southern African Journal of HIV Medicine*, 22(1). <https://doi.org/10.4102/sajhivmed.v22i1.1299>.
- Toomey, R. B., Ryan, C., Diaz, R. M., Card, N. A., & Russell, S. T. (2010). Gender-nonconforming lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: School victimization and young adult psychosocial adjustment. *Developmental Psychology*, 46(6), 1580–1589. <https://doi.org/10.1037/a0020705>.
- Toorians, A. W. F. T., Thomassen, M. C. L. G. D., Zweegman, S., Magdeleyns, E. J. P., Tans, G., Gooren, L. J. G., & Rosing, J. (2003). Venous thrombosis and changes of hemostatic variables during cross-sex hormone treatment in transsexual people. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 88(12), 5723–5729. <https://doi.org/10.1210/jc.2003-030520>.
- Top, H., & Balta, S. (2017). Transsexual mastectomy: Selection of appropriate technique according to breast characteristics. *Balkan Medical Journal*, 34(2), 147–155. <https://doi.org/10.4274/balkanmedj.2016.0093>.
- Topolewska-Siedzik, E., & Ciecuch, J. (2018). Trajectories of identity formation modes and their personality context in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(4), 775–792. <https://doi.org/10.1007/s10964-018-0824-7>.
- Tordoff, D. M., Wanta, J. W., Collin, A., Stepney, C., Inwards-Breland, D. J., & Ahrens, K. (2022). Mental health outcomes in transgender and nonbinary youths receiving gender-affirming care. *JAMA Network Open*, 5(2), e220978. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.0978>.
- Tornello, S. L., & Bos, H. (2017). Parenting intentions among transgender individuals. *LGBT Health*, 4(2), 115–120. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0153>.
- Tosun, N. L., Fieberg, A. M., Eberly, L. E., Harrison, K. A., Tipp, A. R., Allen, A. M., & Allen, S. S. (2019). Exogenous progesterone for smoking cessation in men and women: A pilot double-blind, placebo-controlled randomized clinical trial. *Addiction*, 114(10), 1800–1813. <https://doi.org/10.1111/add.14645>.
- TransCare. (2020). *Bind, pack and tuck*. <http://www.phsa.ca/transcarebc/care-support/transitioning/bind-pack-tuck-pad>
- Travers, R., Bauer, G., Pyne, J., Bradley, K., Gale, L., & Papadimitriou, M. (2012). *Impacts of strong parental support for trans youth: A report prepared for Children's Aid Society of Toronto and Delisle Youth Services*. Trans Pulse Project. <https://transpulseproject.ca/wp-content/uploads/2012/10/Impacts-of-Strong-Parental-Support-for-Trans-Youth-vFINAL.pdf>.
- Trevor Project. (2021). *The mental health and well-being of LGBTQ Youth who are Intersex*. <https://www.thetrevor-project.org/wp-content/uploads/2021/12/Intersex-Youth-Mental-Health-Report.pdf>
- Trispiotis, I., & Purshouse, C. (2022). 'Conversion therapy' as degrading treatment. *Oxford Journal of Legal Studies*, 42(1), 104–132. <https://doi.org/10.1093/ojls/gqab024>.
- Trujillo, M. A., Perrin, P. B., Sutter, M., Tabaac, A., & Benotsch, E. G. (2017). The buffering role of social support on the associations among discrimination, mental health, and suicidality in a transgender sample. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), 39–52. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1247405>.
- Tschan, S., Honegger, F., & Storck, C. (2016). Cricothyroid joint anatomy as a predicting factor for success of cricoid-thyroid approximation in transwomen. *The Laryngoscope*, 126(6), 1380–1384. <https://doi.org/10.1002/lary.25518>.
- T'Sjoen, G., Arcelus, G., Gooren, L., Klink, D. T., & Tangpricha, V. (2019). Endocrinology of transgender medicine. *Endocrine Reviews*, 40(1), 97–117. <https://doi.org/10.1210/er.2018-00011>.
- T'Sjoen, G., Arcelus, J., De Vries, A. L. C., Fisher, A. D., Nieder, T. O., Özer, M., & Motmans, J. (2020). European Society for Sexual Medicine position statement "Assessment and hormonal management in adolescent and adult trans people, with attention for sexual function and satisfaction." *The Journal of Sexual Medicine*, 17(4), 570–584. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.01.012>.
- T'Sjoen, G. G., Beguin, Y., Feyen, E., Rubens, R., Kaufman, J. M., & Gooren, L. (2005). Influence of exogenous oestrogen or (anti-) androgen administration on soluble transferrin receptor in human plasma. *Journal of Endocrinology*, 186(1), 61–67. <https://doi.org/10.1677/joe.1.06112>.
- Turban, J. L., Beckwith, N., Reisner, S. L., & Keuroghlian, A. S. (2020). Association between recalled exposure to gender identity conversion efforts and psychological distress and suicide attempts among transgender adults. *JAMA Psychiatry*, 77(1), 68–76. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.2285>.
- Turban, J. L., Carswell, J., & Keuroghlian, A. S. (2018). Understanding pediatric patients who discontinue gender-affirming hormonal interventions. *JAMA Pediatrics*, 172(10), 903–904. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.1817>.
- Turban, J. L., King, D., Carswell, J. M., & Keuroghlian, A. S. (2020). Pubertal suppression for transgender youth and risk of suicidal ideation. *Pediatrics*, e20191725. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1725>.
- Turban, J. L., King, D., Kobe, J., Reisner, S. L., & Keuroghlian, A. S. (2022). Access to gender-affirming hormones during adolescence and mental health outcomes among transgender adults. *PLoS One*, 17(1), e0261039. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261039>.
- Turban, J. L., King, D., Reisner, S. L., Keuroghlian, A. S. (2019). Psychological attempts to change a person's gender identity from transgender to cisgender: Estimated prevalence across US States, 2015. *American Journal of Public Health* 109, 1452–1454.

- <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305237>.
- Turban, J. L., King, D., Li, J. J., & Keuroghlian, A. S. (2021). Timing of social transition for transgender and gender diverse youth, K-12 harassment, and adult mental health outcomes. *Journal of Adolescent Health, 69*(6), 991–998. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.06.001>.
- Turban, J. L., Loo, S. S., Almazan, A. N., & Keuroghlian, A. S. (2021). Factors leading to “detransition” among transgender and gender diverse people in the United States: A mixed-methods analysis. *LGBT Health, 8*(4), 273–280. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0437>.
- Tuzun, Z., Başar, K., & Akgul, S. (2022). Social connectedness matters: Depression and anxiety in transgender youth during the COVID-19 pandemic. *The Journal of Sexual Medicine, 19*(4), 650–660. <https://doi.org/10.1016/j.sxm.2022.01.522>.
- Twist, J., & de Graaf, N. (2019). Gender diversity and non-binary presentations in young people attending the United Kingdom’s national Gender Identity Development Service. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 24*(2), 277–290. <https://doi.org/10.1177/1359104518804311>.
- UN Human Rights Council. (2020). *Practices of so-called “conversion therapy”: Report of the Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity*. [https://doi.org/10.1163/2210-7975\\_HRD-9970-2016149](https://doi.org/10.1163/2210-7975_HRD-9970-2016149).
- UNDP & APTN. (2017). *Legal gender recognition: a multi-country legal and policy review in Asia*. Asia-Pacific Transgender Network. <https://weareaptn.org/resource/legal-gender-recognition-a-multi-country-legal-and-policy-review-in-asia/>
- UNDP, IRGT. (2016). *Implementing comprehensive HIV and STI programmes with transgender people: Practical guidance for collaborative interventions*. United Nations Development Programme. [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/TRANSIT\\_report\\_UNFPA.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/TRANSIT_report_UNFPA.pdf)
- United Nations Population Fund. (2014). *Reproductive rights are human rights: A handbook for national human rights institutions*. <https://www.ohchr.org/documents/publications/nhrihandbook.pdf>
- United Nations. (1948). Universal Declaration of Human Rights. Retrieved from <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>
- United Nations. (2015). *The United Nations standard minimum rules for the treatment of prisoners*. [https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/GA-RESOLUTION/E\\_ebook.pdf](https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/GA-RESOLUTION/E_ebook.pdf)
- United States Department of Health and Human Services. (2013). *Lesbian, gay, bisexual and transgender health*. <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/lesbian-gay-bisexual-and-transgender-health>
- transgender-health
- Valashany, B. T., & Janghorbani, M. (2018). Quality of life of men and women with gender identity disorder. *Health and Quality of Life Outcomes, 16*(1), 167. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0995-7>.
- Vale, K., Siemens, I., Johnson, T. W., & Wassersug, R. J. (2013). Religiosity, childhood abuse, and other risk factors correlated with voluntary genital ablation. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement, 45*(3), 230–237. <https://doi.org/10.1037/a0031122>.
- Valentine, V. (2016). *Non-binary people’s experiences of using UK gender identity clinics*. S. T. E. Network. <https://www.scottishtrans.org/wp-content/uploads/2016/11/Non-binary-GIC-mini-report.pdf>
- Van Batavia, J. P., & Kolon, T. F. (2016). Fertility in disorders of sex development: A review. *Journal of Pediatric Urology, 12*(6), 418–425. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2016.09.015>.
- Van Boerum, M. S., Salibian, A. A., Bluebond-Langner, R., & Agarwal, C. (2019). Chest and facial surgery for the transgender patient. *Translational Andrology and Urology, 8*(3), 219–227. <https://doi.org/10.21037/tau.2019.06.18>.
- Van Borsel, J., De Cuypere, G., Rubens, R., & Destaecke, B. (2000). Voice problems in female-to-male transsexuals. *International Journal of Language & Communication Disorders, 35* (3), 427–442. <https://doi.org/10.1080/136828200410672>.
- Van Borsel, J., Van Eynde, E., De Cuypere, G., & Bonte, K. (2008). Feminine after cricothyroid approximation? *Journal of Voice, 22*(3), 379–384. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2006.11.001>.
- Van Caenegem, E., Taes, Y., Wierckx, K., Vandewalle, S., Toye, K., Kaufman, J. M., Schreiner, T., Haraldsen, I., & T’Sjoen, G. (2013). Low bone mass is prevalent in male-to-female transsexual persons before the start of cross-sex hormonal therapy and gonadectomy. *Bone, 54*(1), 92–97. <https://doi.org/10.1016/j.bone.2013.01.039>.
- Van Caenegem, E., Verhaeghe, E., Taes, Y., Wierckx, K., Toye, K., Goemaere, S., Zmierczak, H. G., Hoebeke, P., Monstrey, S., & T’Sjoen, G. (2013). Long-term evaluation of donor-site morbidity after radial forearm flap phalloplasty for transsexual men. *The Journal of Sexual Medicine, 10*(6), 1644–1651. <https://doi.org/10.1111/jsm.12121>.
- Van Caenegem, E., Wierckx, K., Elaut, E., Buysse, A., Dewaele, A., Van Nieuwerburgh, F., De Cuypere, G., & T’Sjoen, G. (2015). Prevalence of gender nonconformity in Flanders, Belgium. *Archives of Sexual Behavior, 44*(5), 1281–1287. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0452-6>.
- Van Caenegem, E., Wierckx, K., Taes, Y., Schreiner, T., Vandewalle, S., Toye, K., Lapauw, B., Lapauw, J. M., & T’Sjoen, G. (2015). Body composition, bone turnover, and bone mass in trans men during testosterone treatment: 1-year follow-up data from a prospective case-controlled study (ENIGI). *European Journal of Endocrinology, 172*(2), 163–171. <https://doi.org/10.1530/EJE-14-0586>.



- Van de Grift, T. C., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L. C., & Kreukels, B. P. C.; on behalf of dsd-LIFE. (2018). Body image and self-esteem in disorders of sex development: A European multicenter study. *Health Psychology, 37*(4), 334–343. <https://doi.org/10.1037/hea0000600>.
- Van de Grift, T. C., Elaut, E., Cerwenka, S. C., Cohen-Kettenis, P. T., De Cuypere, G., Richter-Appelt, H., & Kreukels, B. P. C. (2017). Effects of medical interventions on gender dysphoria and body image: A follow-up study. *Psychosomatic Medicine, 79*(7), 815–823. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000465>.
- Van de Grift, T. C., Elaut, E., Cerwenka, S. C., Cohen-Kettenis, P. T., & Kreukels, B. P. C. (2018). Surgical satisfaction, quality of life, and their association after gender-affirming surgery: A follow-up study. *Journal of Sexual and Marital Therapy, 44*(2), 138–148. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2017.1326190>.
- Van de Grift, T. C., Elfering, L., Greijdanus, M., Smit, J. M., Bouman, M. B., Klassen, A. F., & Mullender, M. G. (2018). Subcutaneous mastectomy improves satisfaction with body and psychosocial function in trans men: Findings of a cross-sectional study using the BODY-Q chest module. *Plastic Reconstructive Surgery, 142*(5), 1125–1132. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000004827>.
- Van de Grift, T. C., Kreukels, B. P. C., Elfering, L., Özer, M., Bouman, M.-B., Buncamper, M. E., Smit, J. M., & Mullender, M. G. (2016). Body image in transmen: Multidimensional measurement and the effects of mastectomy. *The Journal of Sexual Medicine, 13*(11), 1778–1786. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.09.003>.
- Van de Grift, T. C., Pigot, G. L. S., Boudhan, S., Elfering, L., Kreukels, B. P. C., Gijs, L., Buncamper, M. E., Ozer, M., van der Sluis, W., Meuleman, E. J. H., Bouman, M. B., & Mullender, M. G. (2017). A longitudinal study of motivations before and psychosexual outcomes after genital gender-confirming surgery in transmen. *Journal of Sexual Medicine, 14*(12), 1621–1628. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.10.064>.
- Van de Grift, T., Van Gelder, Z., Mullender, M., Steensma, T., de Vries, ALC., & Bouman, M. (2020). Timing of puberty suppression and surgical options for transgender youth. *Pediatrics, 146*(5), e20193653. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3653>.
- Van Der Miesen, A. I., Hurley, H., & De Vries, A. L. (2016). Gender dysphoria and autism spectrum disorder: A narrative review. *International Review of Psychiatry, 28*(1), 70–80. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1111199>.
- Van der Miesen, A., Steensma, T. D., de Vries, A., Bos, H., & Popma, A. (2020). Psychological functioning in trans-gender adolescents before and after gender-affirmative care compared with cisgender general population peers. *The Journal of Adolescent Health, 66*(6), 699–704. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.12.018>.
- Van der Sluis, W. B., de Haseth, K. B., Elfering, L., Özer, M., Smit, J. M., Budding, A. E., van Bodegraven, A. A., Buncamper, M. E., de Boer, N. K. H., Mullender, M. G., & Bouman, M. B. (2020). Neovaginal discharge in transgender women after vaginoplasty: A diagnostic and treatment algorithm. *International Journal of Transgender Health, 21*(4), 367–372. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1725710>.
- Van der Sluis, W. B., Smit, J. M., Pigot, G. L. S., Buncamper, M. E., Winters, H. A. H., Mullender, M. G., & Bouman, M. B. (2017). Double flap phalloplasty in transgender men: Surgical technique and outcome of pedicled anterolateral thigh flap phalloplasty combined with radial forearm free flap urethral reconstruction. *Microsurgery, 37*(8), 917–923. <https://doi.org/10.1002/micr.30190>.
- Van Dijk, D., Dekker, M., Conemans, E. B., Wiepjes, C. M., de Goeij, E. G. M., Overbeek, K. A., & T'Sjoen, G. (2019). Explorative prospective evaluation of short-term subjective effects of hormonal treatment in trans people—Results from the European Network for the Investigation of Gender Incongruence. *The Journal of Sexual Medicine, 16*(8), 1297–1309. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.05.009>.
- Van Gerwen, O. T., Aryanpour, Z., Selph, J. P., & Muzny, C. A. (2021). Anatomical and sexual health considerations among transfeminine individuals who have undergone vaginoplasty: A review. *International Journal of STD and AIDS, 33* (2), 106 – 113. <https://doi.org/10.1177/095646242111046997>.
- Van Kesteren, P. J., Asscheman, H., Megens, J. A., & Gooren, L. J. (1997). Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clinical Endocrinology, 47*(3), 337–342. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2265.1997.2601068.x>.
- Van Leijenhorst, L., Zanolie, K., Van Meel, C. S., Westenberg, P. M., Rombouts, S. A. R. B., & Crone, E. A. (2009). What motivates the adolescent? Brain regions mediating reward sensitivity across adolescence. *Cerebral Cortex, 20*(1), 61–69. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhp078>.
- Vandenbussche, E. (2021). Detransition-related needs and support: A cross-sectional online survey. *Journal of Homosexuality, 69*(9), 1602–1620. <https://doi.org/10.1080/00918369.2021.1919479>.
- Vanderburgh, R. (2009). Appropriate therapeutic care for families with pre-pubescent transgender/gender-dissonant children. *Child Adolescent Social Work Journal, 26*, 135–154. <https://doi.org/10.1007/s10560-008-0158-5>.
- Various. (2019). *Memorandum of understanding on conversion therapy in the UK. Version 2, Revision A*. British Association of Counselling and Psychotherapy. <https://www.bacp.co.uk/events-and-resources/ethics-and-standards/mou/>
- Various. (2021). *U. S. joint statement on ending conversion therapy*. <https://usjs.org/usjs-current-draft/>
- Veale, J., Byrne, J., Tan, K., Guy, S., Yee, A., Nopera, T., & Bentham, R. (2019). *Counting ourselves: The health and well-being of trans and non-binary people in Aotearoa*,



- New Zealand.  
[https://countingourselves.nz/wp-content/uploads/2020/01/Counting-Ourselves\\_Report-Dec-19-Online.pdf](https://countingourselves.nz/wp-content/uploads/2020/01/Counting-Ourselves_Report-Dec-19-Online.pdf)
- Veerman, H., de Rooij, F. P. W., Al-Tamimi, M., Ronkes, B. L., Mullender, M. G., M. B. B., van der Sluis, W. B., & Pigot, G. L. S. (2020). Functional outcomes and urological complications after genital gender affirming surgery with urethral lengthening in transgender men. *Journal of Urology*, 204(1), 104–109. <https://doi.org/10.1097/JU.0000000000000795>.
- Verecke, G., Defreyne, J., Van Saen, D., Collect, S., Van Dorpe, J., T'Sjoen, G., & Gooseens, E. I. (2021). Characterisation of testicular function and spermatogenesis in transgender women. *Human Reproduction*, 36(1), 5–15. <https://doi.org/10.1093/humrep/deaa254>.
- Vermeir, E., Jackson, L. A., & Marshall, E. G. (2018). Improving healthcare providers' interactions with trans patients: Recommendations to promote cultural competence. *Healthcare Policy*, 14(1), 11–18. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2018.25552>.
- Vincent, B. (2018). *Transgender Health: A Practitioner's Guide to Binary and Non-Binary Trans Patient Care*. Jessica Kingsley Publishers.
- Vincent, B. (2019). Breaking down barriers and binaries in trans healthcare: The validation of non-binary people. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 132–137. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1534075>.
- Vincent, B. (2020). *Non-binary genders: Navigating communities, identities, and healthcare*. Policy Press.
- Vincent, B., & Manzano, A. (2017). History and Cultural Diversity. In C. Richards, W. P. Bouman, & M. J. Barker (Eds.), *Genderqueer and non-binary genders*. Palgrave Macmillan.
- Vinogradova, Y., Coupland, C., & Hippisley-Cox, J. (2019). Use of hormone replacement therapy and risk of venous thromboembolism: Nested case-control studies using the QResearch and CPRD databases. *British Medical Journal*, 364, k4810. <https://doi.org/10.1136/bmj.k4810>.
- Vlot, M. C., Klink, D. T., den Heijer, M., Blankenstein, M. A., Rotteveel, J., & Heijboer, A. C. (2017). Effect of pubertal suppression and cross-sex hormone therapy on bone turnover markers and bone mineral apparent density (BMAD) in transgender adolescents. *Bone*, 95, 11–19. <https://doi.org/10.1016/j.bone.2016.11.008>.
- Von Doussa, H., Power, J., & Riggs, D. (2015). Imagining parenthood: The possibilities and experiences of parenthood among transgender people. *Culture Health & Sexuality*, 17(9), 1119–1131. <https://doi.org/10.1080/13691058.2015.1042919>.
- Vrouenraets, L. J. J., de Vries, A. L. C., de Vries, M. C., van der Miesen, A. I. R., & Hein, I. M. (2021). Assessing medical decision-making competence in transgender youth. *Pediatrics*, 148(8), <https://doi.org/10.1542/peds.2020-049643>.
- Vukadinovic, V., Stojanovic, B., Majstorovic, M., Milosevic, A. (2014). The role of clitoral anatomy in female to male sex reassignment surgery. *Scientific World Journal*, 2014, 437378. <https://doi.org/10.1155/2014/437378>.
- Vyas, N., Douglas, C. R., Mann, C., Weimer, A. K., & Quinn, M. M. (2021). Access, barriers, and decisional regret in pursuit of fertility preservation among transgender and gender-diverse individuals. *Fertility and Sterility*, 115(4), 1029–1034. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2020.09.007>.
- Waal, H. A. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology*, 155(1), S131–S137. <https://doi.org/10.1530/eje.1.02231>.
- Wagner, I., Fugain, C., Monneron-Girard, L., Cordier, B., & Chabolle, F. (2003). Pitch-raising surgery in fourteen male-to-female transsexuals. *The Laryngoscope*, 113(7), 1157–1165. <https://doi.org/10.1097/00005537-200307000-00011>.
- Wagner, S., Panagiotakopoulos, L., Nash, R., Bradlyn, A., Getahun, D., Lash, T. L., Roblin, D., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Vupputuri, S., & Goodman, M. (2021). Progression of gender dysphoria in children and adolescents: A longitudinal study. *Pediatrics*, 148(1), e2020027722. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-027722>.
- Walker, R. V., Powers, S. M., & Witten, T. M. (2017). Impact of anticipated bias from healthcare professionals on perceived successful aging among transgender and gender nonconforming older adults. *LGBT Health*, 4(6), 427–433. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0165>.
- Wallien, M. S. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1413–1423. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31818956b9>.
- Walton, M. T., Lykins, A. D., & Bhullar, N. (2016). Beyond heterosexual, bisexual, and homosexual: A diversity in sexual identity expression. *Archives of Sexual Behavior*, 45(7), 1591–1597. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0778-3>.
- Wang, Y., Yu, H., Yang, Y., Drescher, J., Li, R., Yin, W., Yu, R., Wang, S., Deng, W., Jia, Q., Zucker, K. J., & Chen, R. (2020). Mental health status of cisgender and gender-diverse secondary school students in China. *JAMA Network Open*, 3(10), e2022796. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.22796>.
- Warwick, R. M., Araya, A. C., Shumer, D. E., & Selkie, E. M. (2022). Transgender youths' sexual health and education: A qualitative analysis. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 35(2), 138–146. <https://doi.org/10.1016/j.jpog.2021.09.011>.
- Wassersug, R. J., & Johnson, T. W. (2007). Modern-day Eunuchs: Motivations for and consequences of contemporary castration. *Perspectives in Biology and Medicine*, 50(4), 544–556. <https://doi.org/10.1353/pbm.2007.0058>.
- Wassersug, R. J., & Lieberman, T. (2010). Contemporary castration: why the modern day eunuch remains invisible. *BMJ*, 341(2), c4509–c4509.

- <https://doi.org/10.1136/bmj.c4509>.
- Wassersug, R. J., Walker, L. M., & Robinson, J. W. (2018). *Androgen deprivation therapy: an essential guide for prostate cancer patients and their loved ones*.
- Demos Health. Watson, R. J., Wheldon, C. W., & Puhl, R. M. (2020). Evidence of diverse identities in a large national sample of sexual and gender minority adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, 30(S2), 431–442. <https://doi.org/10.1111/jora.12488>.
- Watt, S. O., Tskhay, K. O., & Rule, N. O. (2018). Masculine voices predict well-being in female-to-male transgender individuals. *Archives of Sexual Behavior*, 47(4), 963–972. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1095-1>.
- Weaver, C. M., Alexander, D. D., Boushey, C. J., Dawson-Hughes, B., Lappe, J. M., LeBoff, M. S., Liu, S., Looker, A. C., Wallace, T. C., & Wang, D. D. (2016). Calcium plus vitamin D supplementation and risk of fractures: An updated meta-analysis from the National Osteoporosis Foundation. *Osteoporosis International*, 27(1), 367–376. <https://doi.org/10.1007/s00198-015-3386-5>.
- Webb, H., Free, N., Oates, J., & Paddle, P. (2020). The use of vocal fold injection augmentation in a transmasculine patient unsatisfied with voice following testosterone therapy and voice training. *Journal of Voice*, 36(4), 588.e1–588.e6. S0892-1997(20)30298-8. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2020.08.011>.
- Wei, S. Y., Li, F. Y., Li, Q., Li, S. K., Zhou, C. D., Zhou, Y., Cao, Y. J., Zhang, S. Y., & Zhao, Y. (2018). Autologous buccal micro-mucosa free graft combined with posterior scrotal flap transfer for vaginoplasty in male-to-female transsexuals: A pilot study. *Aesthetic Plastic Surgery*, 42(1), 188–196. <https://doi.org/10.1007/s00266-017-0977-x>.
- Weidler, E. M., Baratz, A., Muscarella, M., Hernandez, S. J., & van Leeuwen, K. (2019). A shared decision-making tool for individuals living with complete androgen insensitivity syndrome. *Seminars in Pediatric Surgery*, 28(5), 150844. <https://doi.org/10.1016/j.semped-surg.2019.150844>.
- Weidler, E. M., & Peterson, K. E. (2019). The impact of culture on disclosure in differences of sex development. *Seminars in Pediatric Surgery*, 28(5), 150840. <https://doi.org/10.1016/j.sempedsurg.2019.150840>.
- Weigert, R., Frison, E., Sessieq, Q., Al Mutairi, K., & Casoli, V. (2013). Patient satisfaction with breasts and psychosocial, sexual, and physical well-being after breast augmentation in male-to-female transsexuals. *Plastic Reconstructive Surgery*, 132(6), 1421–1429. <https://doi.org/10.1097/01.prs.0000434415.70711.49>.
- Weill, A., Nguyen, P., Labidi, M., Cadier, B., Passeri, T., Duranteau, L., Bernat, A. L., Yoldjian, I., Fontanel, S., Froelich, S., & Coste, J. (2021). Use of high dose cyproterone acetate and risk of intracranial meningioma in women: Cohort study. *British Medical Journal (Clinical Research Edition)*, 372, n37. <https://doi.org/10.1136/bmj.n37>.
- Weinand, J. D., & Safer, J. D. (2015). Hormone therapy in transgender adults is safe with provider supervision; A review of hormone therapy sequelae for transgender individuals. *Journal of Clinical and Translational Endocrinology*, 2(2):55–60. <https://doi.org/10.1016/j.jcte.2015.02.003>.
- Weinhardt, L. S., Stevens, P., Xie, H., Wesp, L. M., John, S. A., Apchemengich, I., Kioko, D., Chavez-Korell, S., Cochran, K. M., Watjen, J. M., & Lambrou, N. H. (2017). Transgender and gender nonconforming youths' public facilities use and psychological well-being: A mixed-method study. *Transgender Health*, 2(1), 140–150. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0020>.
- Weissler, J. M., Chang, B. L., Carney, M. J., Rengifo, D., Messa, C. A. t., Sarwer, D. B., & Percec, I. (2018). Gender-affirming surgery in persons with gender dysphoria. *Plastic Reconstructive Surgery*, 141(3), 388e–396e. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000004123>.
- Wendler, J. (1990). *Vocal pitch elevation after transsexualism male to female*. In: Proceedings of the Union of the European Phoniaticians, Salsomaggiore.
- Wesp, L. (2016). *Transgender patients and the physical examination, gender affirming health program, UCSF*. <https://transcare.ucsf.edu/guidelines/physical-examination>
- Weyers, S., Elaut, E., De Sutter, P., Gerris, J., T'Sjoen, G., Heylens, G., De Cuypere, G., & Verstraelen, H. (2009). Long-term assessment of the physical, mental, and sexual health among transsexual women. *The Journal of Sexual Medicine*, 6(3), 752–760. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.01082.x>.
- Weyers, S., Villeirs, G., Vanherreweghe, E., Verstraelen, H., Monstrey, S., Van den Broecke, R., & Gerris, J. (2010). Mammography and breast sonography in transsexual women. *European Journal of Radiology*, 74(3), 508–513. <https://doi.org/10.1016/j.ejrad.2009.03.018>.
- White Hughto, J. M., & Reisner, S. L. (2016). A systematic review of the effects of hormone therapy on psychological functioning and quality of life in transgender individuals. *Transgender Health*, 1(1), 21–31. <https://doi.org/10.1089/trgh.2015.0008>.
- White Hughto, J. M., & Reisner, S. L. (2018). Social context of depressive distress in aging transgender adults. *Journal of Applied Gerontology*, 37(12), 1517–1539. <https://doi.org/10.1177/0733464816675819>.
- White Hughto, J. M., Reisner, S. L., & Pachankis, J. E. (2015). Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Social Science & Medicine*, 147, 222–231. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.010>.
- Whyatt-Sames, J. (2017). Being brave: Negotiating the path of social transition with a transgender child in foster care. *Journal of GLBT Family Studies*, 13(4), 309–332. <https://doi.org/10.1080/1550428X.2016.1241167>.
- Wibowo, E., Johnson, T., & Wassersug, R. (2016). Infertility, impotence, and emasculation—Psychosocial contexts for abandoning reproduction. *Asian Journal of Andrology*, 18(3), 403. <https://doi.org/10.4103/1008-682x.173937>.
- Wibowo, E., Wassersug, R., Warkentin, K., Walker, L.,

- Robinson, J., Brotto, L., & Johnson, T. (2012). Impact of androgen deprivation therapy on sexual function: A response. *Asian Journal of Andrology*, 14(5), 793–794. <https://doi.org/10.1038/aja.2012.60>.
- Wibowo, E., Wong, S. T. S., Wassersug, R. J., & Johnson, T. W. (2021). Sexual function after voluntary castration. *Archives of Sexual Behavior*, 50(8), 3889–3899. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02094-6>.
- Wiepjes, C. M., de Blok, C. J., Staphorsius, A. S., Nota, N. M., Vlot, M. C., de Jongh, R. T., & den Heijer, M. (2020). Fracture risk in trans women and trans men using long-term gender-affirming hormonal treatment: A nationwide cohort study. *Journal of the American Society for Bone and Mineral Research*, 35(1), 64–70. <https://doi.org/10.1002/jbmr.3862>.
- Wiepjes, C. M., den Heijer, M., & T'Sjoen, G. G. (2019). Bone health in adult trans persons: An update of the literature. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 26(6), 296–300. <https://doi.org/10.1097/MED.0000000000000502>.
- Wiepjes, C. M., Nota, N. M., de Blok, C. J. M., Klaver, M., de Vries, A. L. C., Wensing-Kruger, S. A., de Jongh, R. T., Bouman, M. B., Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P., Gooren, L. J. G., Kreukels, B. P. C., & den Heijer, M. (2018). The Amsterdam cohort of Gender Dysphoria study (1972-2015): Trends in prevalence, treatment, and regrets. *Journal of Sexual Medicine*, 15(4), 582–590. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.016>.
- Wiepjes, C. M., Vlot, M. C., Klaver, M., Nota, N. M., de Blok, C. J., de Jongh, R. T., Lips, P., Heijboer, A. C., Fisher, A. D., Schreiner, T., T'Sjoen, G., & den Heijer, M. (2017). Bone mineral density increases in trans persons after 1 year of hormonal treatment: A multicenter prospective observational study. *Journal of Bone Mineral Research*, 32(6), 1252–1260. <https://doi.org/10.1002/jbmr.3102>.
- Wierckx, K., Elaut, E., Declercq, E., Heylens, G., De Cuypere, G., Taes, Y., Kaufman, J. M., & T'Sjoen, G. (2013). Prevalence of cardiovascular disease and cancer during cross-sex hormone therapy in a large cohort of trans persons: A case-control study. *European Journal of Endocrinology*, 169(4), 471–478. <https://doi.org/10.1530/EJE-13-0493>.
- Wierckx, K., Elaut, E., Van Caenegem, E., Van De Peer, F., Dedeker, D., Van Houdenhove, E., & T'Sjoen, G. (2011). Sexual desire in female-to-male transsexual persons: Exploration of the role of testosterone administration. *European Journal of Endocrinology*, 165(2), 331–337. <https://doi.org/10.1530/EJE-11-0250>.
- Wierckx, K., Elaut, E., Van Hoorde, B., Heylens, G., De Cuypere, G., Monstrey, S., Weyers, S., Hoebeke, P., & T'Sjoen, G. (2014). Sexual desire in trans persons: Associations with sex reassignment treatment. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(1), 107–118. <https://doi.org/10.1111/jsm.12365>.
- Wierckx, K., Mueller, S., Weyers, S., Van Caenegem, E., Roef, G., Heylens, G., & T'Sjoen, G. (2012). Long-term evaluation of cross-sex hormone treatment in transsexual persons. *Journal of Sexual Medicine*, 9(10), 2641–2651. <https://doi.org/10.1111/j.17436109.2012.02876.x>.
- Wierckx, K., Stuyver, I., Weyers, S., Hamada, A., Agarwal, A., De Sutter, P., & T'Sjoen, G. (2012). Sperm freezing in transsexual women. *Archives of Sexual Behaviour*, 41(5), 1069–1071. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-0012-x>.
- Wierckx, K., Van Caenegem, E., Elaut, E., Dedeker, D., Van de Peer, F., Toye, K., T'Sjoen, G. (2011). Quality of life and sexual health after sex reassignment surgery in transsexual men. *Journal of Sexual Medicine*, 8(12), 3379–3388. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02348.x>.
- Wierckx, K., Van Caenegem, E., Pennings, G., Elaut, E., Dedeker, D., Van de Peer, F., Weyers, S., De Sutter, P., & T'Sjoen, G. (2012). Reproductive wish in transsexual men. *Human Reproduction*, 27(2), 483–487. <https://doi.org/10.1093/humrep/der406>.
- Wierckx, K., Van Caenegem, E., Schreiner, T., Haraldsen, I., Fisher, A. D., Toye, K., Kaufman, J. M., & T'Sjoen, G. (2014). Cross-sex hormone therapy in trans persons is safe and effective at short-time follow-up: Results from the European network for the investigation of gender incongruence. *Journal of Sexual Medicine*, 11(8), 1999–2011. <https://doi.org/10.1111/jsm.12571>.
- Wierckx, K., Van de Peer, F., Verhaeghe, E., Dedeker, D., Van Caenegem, E., Toye, K., & T'Sjoen, G. (2014). Short- and long-term clinical skin effects of testosterone treatment in trans men. *Journal of Sexual Medicine*, 11(1), 222–229. <https://doi.org/10.1111/jsm.12366>.
- Wilchins, R. A. (1995). A note from your Editrix. *In Your Face: Political Activism against Gender Oppression*, 1(1), 4. Williams, A. J., Jones, C., Arcelus, J., Townsend, E., Lazaridou, A., & Michail, M. (2021). A systematic review and meta-analysis of victimisation and mental health prevalence among LGBTQ + young people with experiences of self-harm and suicide. *PLoS One*, 16(1), 1–26. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245268>.
- Wilson, B. D., & Meyer, I. H. (2021). *Nonbinary LGBTQ Adults in the United States*. UCLA School of Law Williams Institute.
- Wilson, D., Marais, A., de Villiers, A., Addinall, R., & Campbell, M. M. (2014). Transgender issues in South Africa, with particular reference to the Groote Schuur Hospital Transgender Unit. *South African Medical Journal*, 104(6), 449. <https://doi.org/10.7196/SAMJ.8392>.
- Wilson, E. C., Chen, Y. H., Arayasirikul, S., Raymond, H. F., & McFarland, W. (2016). The impact of discrimination on the mental health of trans\* female youth and the protective effect of parental support. *AIDS Behavior*, 20 (10), 2203–2211. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1409-7>.



- Wilson, E. C., Chen, Y. H., Arayasirikul, S., Wenzel, C., & Raymond, H. F. (2015). Connecting the dots: Examining transgender women's utilization of transition-related medical care and associations with mental health, substance use, and HIV. *Journal of Urban Health*, 92(1), 182–192. <https://doi.org/10.1007/s11524-014-9921-4>.
- Wilson, E. C., Turner, C. M., Sanz-Rodriguez, C., Arayasirikul, S., Gagliano, J., Woods, T., Palafox, E., Halfin, J., Martinez, L., Makoni, B., Eskman, Z. (2021). Expanding the pie—differentiated PrEP delivery models to improve PrEP uptake in the San Francisco Bay area. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 88(1), S39–S48. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002809>.
- Wilson, L. M., Baker, K. E., Sharma, R., Dukhanin, V., McArthur, K., & Robinson, K. A. (2020). Effects of antiandrogens on prolactin levels among transgender women on estrogen therapy: A systematic review. *International Journal of Transgender Health*, 21(4), 391–402. <https://doi.org/10.1080/15532739.2020.1819505>.
- Wimalawansa, S. M., Fox, J. P., & Johnson, R. M. (2014). The measurable cost of complications for outpatient cosmetic surgery in patients with mental health diagnoses. *Aesthetic Surgery Journal*, 34(2), 306–316. <https://doi.org/10.1177/1090820X13519100>.
- Winter, S., & Doussantousse, S. (2009). Trans people, hormones, and health risks in Southeast Asia: A Lao study. *International Journal of Sexual Health*, 21(1), 35–48. <https://doi.org/10.1080/19317610802554141>.
- Winter, S., Diamond, M., Green, J., Karasic, D., Reed, T., Whittle, S., & Wylie, K. (2016). Transgender people: Health at the margins of society. *The Lancet*, 388(10042), 390–400. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00683-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00683-8).
- Winter, S., Settle, E., Wylie, K., Reisner, S., Cabral, M., Knudson, G., & Baral, S. (2016). Synergies in health and human rights: A call to action to improve transgender health. *The Lancet*, 388(10042), 318–321. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30653-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30653-5).
- Winters, K., & Ehrbar, R. D. (2010). Beyond conundrum: Strategies for diagnostic harm reduction. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 14(2), 130–138. <https://doi.org/10.1080/19359701003609922>.
- Winters, K., Temple Newhook, J., Pyne, J., Feder, S., Jamieson, A., Holmes, C., Sinnott, M.-L., Pickett, S., & Tosh, J. (2018). Learning to listen to trans and gender diverse children: A Response to Zucker (2018) and Steensma and Cohen-Kettenis (2018). *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 246–250. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1471767>.
- Wisniewski, A. B., & Sandberg, D. E. (2015). Parenting children with disorders of sex development (DSD): A developmental perspective beyond gender. *Hormone and Metabolism Research*, 47(5), 375–379. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1398561>.
- Witcomb, G. L., Bouman, W. P., Claes, L., Brewin, N., Crawford, J., & Arcelus, J. (2018). Levels of depression in transgender people and its predictors: Results of a large matched control study with transgender people accessing clinical services. *Journal of Affective Disorders*, 235, 308–315. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.051>.
- Witcomb, G. L., Claes, L., Bouman, W. P., Nixon, E., Motmans, J., & Arcelus, J. (2019). Experiences and psychological wellbeing outcomes associated with bullying in treatment-seeking transgender and gender-diverse youth. *LGBT Health*, 6(5), 216–226. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0179>.
- Witten, T. M., & Eyster, E. (2016). *Care of aging transgender and Gender Nonconforming Patients*. In R. Ettner, S. Monstrey, & E. Coleman (Eds.), *Principles of transgender medicine and surgery* (2nd ed., pp. 344–378). Routledge.
- Witten, T. M. (2014). It's not all darkness: Robustness, resilience, and successful transgender aging. *LGBT Health*, 1(1), 24–33. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2013.0017>.
- Witten, T. M. (2017). Health and well-being of transgender elders. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 37(1), 27–41. <https://doi.org/10.1891/0198-8794.37.27>.
- Wolfe-Christensen, C., Wisniewski, A. B., Mullins, A. J., Reyes, K. J., Austin, P., Baskin, L., Bernabé, K., Cheng, E., Fried, A., Frimberger, D., Galan, D., Gonzalez, L., Greenfield, S., Kolon, T., Kropp, B., Lakshmanan, Y., Meyer, S., Meyer, T., Nokoff, N. J., & Palmer, B. (2017). Changes in levels of parental distress after their child with atypical genitalia undergoes genitoplasty. *Journal of Pediatric Urology*, 13(1), 32.e1–32.e6. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2016.10.024>.
- Wolfe-Roubatis, E., & Spatz, D. L. (2015). Transgender men and lactation: What nurses need to know. *MCN American Journal of Maternal/Child Nursing*, 40(1), 32–38. <https://doi.org/10.1097/nmc.0000000000000097>.
- Wolter, A., Diedrichson, J., Scholz, T., Arens-Landwehr, A., & Liebau, J. (2015). Sexual reassignment surgery in female-to-male transsexuals: an algorithm for subcutaneous mastectomy. *Journal of Plastic and Reconstructive Aesthetic Surgery*, 68(2), 184–191. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2014.10.016>.
- Wolter, A., Scholz, T., Pluto, N., Diedrichson, J., Arens-Landwehr, A., & Liebau, J. (2018). Subcutaneous mastectomy in female-to-male transsexuals: Optimizing perioperative and operative management in 8 years clinical experience. *Journal of Plastic Reconstructive Aesthetic & Surgery*, 71(3), 344–352. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2017.09.003>.
- Wong, W. I., van der Miesen, A. I. R., Li, T. G. F., MacMullin, L. N., & VanderLaan, D. P. (2019). Childhood social gender transition and psychosocial well-being: A comparison to cisgender gender variant children. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(3), 241–253. <https://doi.org/10.1037/cpp0000295>.
- Workowski, K. A., Bachmann, L. H., Chan, P. A., Johnston, C. M., Muzny, C. A., Park, I., Reno, H., Zenilman, J. M.,



- & Bolan, G. A. (2021). Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. *Morbidity and Mortality Weekly Report Recommendations and Reports*, 70(4). <https://doi.org/10.15585/mmwr.rr7004a1>.
- World Bank Group. (2018). Life on the margins: Survey results of the experiences of LGBTI people in Southeastern Europe. <http://documents.worldbank.org/curated/en/123651538514203449/pdf/130420-REPLACEMENT-PUBLIC-FINAL-WEB-Life-on-the-Margins-Survey-Results-of-the-Experiences-of-LGBTI-People-in-Southeastern-Europe.pdf>
- World Health Organization. (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (10th revision). World Health Organization.
- World Health Organization. (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health*. World Health Organization
- World Health Organization. (2007). *Prevention of cardio-vascular disease: guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2010). *Developing sexual health programmes: A framework for action*. World Health Organization. [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/rhr\\_hrp\\_10\\_22/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/rhr_hrp_10_22/en/)
- World Health Organization. (2015a). *Brief sexuality-related communication: recommendations for a public health approach* World Health Organisation. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170251/9789241549004\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170251/9789241549004_eng.pdf).
- World Health Organisation. (2015b). *Sexual health, human rights and the law*. World Health Organisation. [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/sexual-health-human-rights-law/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexual-health-human-rights-law/en/)
- World Health Organisation. (2016). *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations: 2016 update*. World Health Organisation. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511124>
- World Health Organization. (2018). *ICD-11—Mortality and morbidity statistics*. World Health Organization. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- World Health Organization. (2019a). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (11th ed.). World Health Organization. <https://icd.who.int/browse11/lm/en#/http://id.who.int/icd/entity/90875286>
- World Health Organization. (2019b). *Consolidated guidelines on HIV testing services*, <https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-155058-1>
- World Health Organization. (2019c). *What's the 2+1+1? Event-driven oral pre-exposure prophylaxis to prevent HIV for men who have sex with men: Update to WHO's recommendation on oral PrEP*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325955/WHO-CDS-HIV-19.8-eng.pdf?ua=1>
- World Health Organization. (2019d). *WHO global report on traditional and complementary medicine*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/312342>
- World Health Organization. (2020). Tobacco. [http://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab\\_1](http://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab_1)
- World Health Organization. (2021a). *Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach*. World Health Organization <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>
- World Health Organization. (2021b). *Consolidated guideline on self-care interventions for health and wellbeing, Version 2.3*. World Health Organization. <https://app.magicapp.org/#/guideline/Lr21gL>
- WPATH. (2016). *Position statement on medical necessity of treatment, sex reassignment, and insurance coverage in the U.S.A.* <https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Web%20Transfer/Policies/WPATH-Position-on-Medical-Necessity-12-21-2016.pdf>
- WPATH. (2017). *WPATH identity recognition statement*. <https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Web%20Transfer/Policies/WPATH%20Identity%20Recognition%20Statement%2011.15.17.pdf>
- WPATH. (2019). *WPATH statement on Yogyakarta Principles Plus 10 and healthcare delivery*. <https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Public%20Policies/2019/WPATH%20Statement%20on%20Yogyakarta%20Principles%20Plus%2010.pdf>
- WPATH Position Statement. (2018). *WPATH position on "Rapid Onset Gender Dysphoria (ROGD)"* [https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Public%20Policies/2018/9\\_Sept/WPATH%20Position%20on%20Rapid-Onset%20Gender%20Dysphoria\\_9-4-2018.pdf](https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Public%20Policies/2018/9_Sept/WPATH%20Position%20on%20Rapid-Onset%20Gender%20Dysphoria_9-4-2018.pdf)
- Wu, L. J., Qi, J., Cai, Y., Liu, S. Y., Zhu, M., Zhong, P. P., Xin, Y., & Feng, S. Q. (2017). *Chinese transgender population general survey report*. LGBT Center and Department of Sociology, Peking University. <https://chinadevelopmentbrief.cn/wp-content/uploads/2020/04/2017-Chinese-Transgender-Population-General-Survey-Report.pdf>
- Wylie, K. (2008). Are the criteria for the 'real-life experience' (R-LE) stage of assessment for GID useful to patients and clinicians? *International Journal of Transgenderism*, 10(3–4), 121–131. <https://doi.org/10.1080/15532730802297314>.
- Wylie, K., Knudson, G., Khan, S. I., Bonierbale, M., Watanyusakul, S., & Baral, S. (2016). Serving transgender people: Clinical care considerations and service delivery models in transgender health. *The Lancet*, 388(10042), 401–411.
- Xavier, J. M., Robbin, M., Singer, B., & Budd, E. (2005). A needs assessment of transgendered people of color living in Washington, DC. In W. O. Bockting, & E. Avery (Eds.), *Transgender health and HIV prevention: Needs*

- assessment studies from transgender communities across the United States (pp. 31–47). The Haworth Medical Press.  
[https://doi.org/10.1300/J485v08n02\\_04](https://doi.org/10.1300/J485v08n02_04)
- Yadegarfar, M., Meinhold-Bergmann, M. E., & Ho, R. (2014). Family rejection, social isolation, and loneliness as predictors of negative health outcomes (depression, suicidal ideation, and sexual risk behavior) among Thai male-to-female trans-gender adolescents. *Journal of LGBT Youth*, 11(4), 347–363. <https://doi.org/10.1080/19361653.2014.910483>.
- Yager, J. L., & Anderson, P. L. (2020). Pharmacology and drug interactions with HIV PrEP in transgender persons receiving gender affirming hormone therapy. *Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology*, 16(6), 463–474. <https://doi.org/10.1080/17425255.2020.1752662>
- Yanagi, Y., Ishikawa, Y., Nakamura, K., Komazawa, D., & Watanabe, Y. (2015). Voice changes over time in a female-to-male transsexual receiving hormone therapy. *The Japan Journal of Logopedics and Phoniatrics*, 56(3), 250–256. <https://doi.org/10.5112/jjlp.56.250>.
- Yang, C. Y., Palmer, A. D., Murray, K. D., Meltzer, T. R., & Cohen, J. I. (2002). Cricothyroid approximation to elevate vocal pitch in male-to-female transsexuals: Results of surgery. *Annals of Otolaryngology, Rhinology and Laryngology*, 111 (6), 477 – 485. <https://doi.org/10.1177/000348940211100602>.
- Yang, J. H., Baskin, L. S., & DiSandro, M. (2010). Gender identity in disorders of sex development: review article. *Urology*, 75(1):153–159. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2009.07.1286>.
- Yang, X., Wang, L., Gu, Y., Song, W., Hao, C., Zhou, J., Zhang, Q., & Zhao, Q. (2016). A cross-sectional study of associations between casual partner, friend discrimination, social support and anxiety symptoms among Chinese transgender women. *Journal of Affective Disorders*, 203, 22–29. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.051>.
- Yang, X., Zhao, L., Wang, L., Hao, C., Gu, Y., Song, W., Zhao, Q., & Wang, X. (2016). Quality of life of trans-gender women from China and associated factors: A cross-sectional study. *Journal of Sexual Medicine*, 13(6), 977–987. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.03.369>.
- Yeung, H., Ragmanauskaite, L., Zhang, Q., Kim, J., Tangpricha, V., Getahun, D., & Goodman, M. (2020). Prevalence of moderate to severe acne in transgender adults: A cross-sectional survey. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 83(5), 1450–1452. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.02.053>.
- Yogyakarta Principles.org. (2007). *Yogyakarta principles*. <https://yogyakarta.org>
- Yona, L., & Katri, I. (2020). The limits of transgender incarceration reform. *Yale Journal of Law and Feminism*, 31(2), 201–246. <http://hdl.handle.net/20.500.13051/7128>
- Yoong, S. L., Tursan d’Espaignet, E., Wiggers, J., St Claire, S., Mellin-Olsen, J., & Grady Aet al. (2020). *Tobacco and postsurgical outcomes: WHO tobacco knowledge summaries*. World Health Organization
- Yuan, N., Chung, T., Ray, E. C., Sioni, C., Jimenez-Eichelberger, A., & Garcia, M. M. (2021). Requirement of mental health referral letters for staged and revision genital gender-affirming surgeries: An unsanctioned barrier to care. *Andrology*, 9(6), 1765–1772. <https://doi.org/10.1111/andr.13028>.
- Yule, M. A., Brotto, L. A., & Gorzalka, B. B. (2015). A validated measure of no sexual attraction: The Asexuality Identification Scale. *Psychological Assessment*, 27(1), 148–160. <https://doi.org/10.1037/a0038196>.
- Zanghellini, A. (2020). Philosophical problems with the gender-critical feminist argument against trans inclusion. *Sage Open*, 10(2), 2158244020927029. <https://doi.org/10.1177/2158244020927029>.
- Zavlin, D., Schaff, J., Lelle, J. D., Jubbal, K. T., Herschbach, P., Henrich, G., Ehrenberger, B., Kovacs, L., Machens, H. G., & Papadopulos, N. A. (2018). Male-to-female sex reassignment surgery using the combined vaginoplasty technique: Satisfaction of transgender patients with aesthetic, functional, and sexual outcomes. *Aesthetic Plastic Surgery*, 42(1), 178–187. <https://doi.org/10.1007/s00266-017-1003-z>.
- Zelin, N. S., Hastings, C., Beaulieu-Jones, B. R., Scott, C., Rodriguez-Villa, A., Duarte, C., Calahan, C., & Adami, A. J. (2018). Sexual and gender minority health in medical curricula in new England: A pilot study of medical student comfort, competence and perception of curricula. *Medical Education Online*, 23(1), 1461513. <https://doi.org/10.1080/10872981.2018.1461513>.
- Zielinski, D. S., & Bradshaw, C. P. (2006). Ecological influences on the sequelae of child maltreatment: A review of the literature. *Child Maltreatment*, 11(1), 49–62. <https://doi.org/10.1177/1077559505283591>.
- Zhang, Q., Goodman, M., Adams, N., Corneil, T., Hashemi, L., Kreukels, B., Motmans, J., Snyder, R., & Coleman, E. (2020). Epidemiological considerations in transgender health: A systematic review with focus on higher quality data. *International Journal of Transgender Health*, 21(2), 125–137. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1753136>.
- Zhang, Q., Rechler, W., Bradlyn, A., Flanders, W. D., Getahun, D., Lash, T. L., McCracken, C., Nash, R., Panagiotakopoulous, L., Roblin, D., Sandberg, D., Silverberg, M., Tangpricha, V., Vupputuri, S., & Goodman, M. (2021). Changes in size and demographic composition of transgender and gender nonbinary population receiving care at integrated health systems. *Endocrine Practice*, 27(5), 390–395. <https://doi.org/10.1016/j.eprac.2020.11.016>.
- Zhang, W. R., Garrett, G. L., Arron, S. T., & Garcia, M. M. (2016). Laser hair removal for genital gender affirming surgery. *Translational Andrology and Urology*, 5(3), 381–387. <https://doi.org/10.21037/tau.2016.03.27>.
- Zhang, Y. F., Liu, C. Y., Qu, C. Y., Lu, L. X., Liu, A. T., Zhu, L., Wang, H., Lin, Z. H., Zhao, Y. Z., Zhu, X. H., & Hua, J. (2015). Is vaginal mucosal graft the excellent substitute material for urethral reconstruction in female-to-male transsexuals? *World Journal of Urology*, 33(12), 2115–2123.

- <https://doi.org/10.1007/s00345-015-1562-z>.
- Zhou, Y., Furutani, M., Athurupana, R., & Nakatsuka, M. (2021). Relation between identity disclosure to family members and mental health in Japanese transgender people. *Acta Medica Okayama*, 75(5), 611–623. <https://doi.org/10.18926/AMO/62227>.
- Zhu, J., & Chan, Y. M. (2017). Adult consequences of self-limited delayed puberty. *Pediatrics*, 139(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-3177>.
- Ziegler, A., Henke, T., Wiedrick, J., & Helou, L. B. (2018). Effectiveness of testosterone therapy for masculinizing voice in transgender patients: A meta-analytic review. *International Journal of Transgenderism*, 19(1), 25–45. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1411857>.
- Zimman, L. (2020). Transgender language, transgender moment: Toward a trans linguistics. In K. Hall, & R. Barrett, (Eds.), *The Oxford handbook of language and sexuality* (pp. 1–23). Oxford University Press. <http://alzimman.org/PDFs/Zimman2020TransLanguageTransMoment.pdf>
- Zucker, K. J., Cohen-Kettenis, P. T., Drescher, J., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Pfäfflin, F., & Womack, W. M. (2013). Memo outlining evidence for change for gender identity disorder in the DSM-5. *Archives of Sexual Behavior*, 42(5), 901–914. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0139-4>.

## VEDLEGG A Metodologi

### 1. Introduksjon

Denne versjonen av *Standards of Care* (SOC-8) er basert på en mer grundig og metodologisk evidensbasert tilnærming enn tidligere versjoner. Evidensen er ikke kun basert på den publiserte forskningslitteraturen (både direkte og bakgrunnsevidens), men også konsensusbaserte ekspertuttalelser. Evidensbaserte retningslinjer inkluderer anbefalinger som er ment å optimalisere ivaretagelse av pasienter og er informert av en systematisk gjennomgang av evidens og en vurdering av fordeler og skadevirkninger av alternative behandlingstilnæringer. Evidensbasert forskning utgjør grunnlaget for stødige kliniske retningslinjer for praksis og anbefalinger, men må balanseres med realitetene og gjennomførbarheten av ivaretagelse i varierte settinger. Prosessen med utvikling av SOC-8 inkorporerte anbefalinger for utvikling av retningslinjer for klinisk praksis fra National Academies of Medicine og Verdens helseorganisasjon (WHO), som adresserte både transparens, retningslinjer om interessekonflikter, komité sammensetning og gruppeprosess (Institute of Medicine Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice, 2011; World Health Organization, 2019a).

Revisjonskomitéen for SOC-8 var flerfaglig og satt sammen av fageksperter, helsepersonell, forskere og interessenter med ulike perspektiver og geografisk representasjon. Alle komitémedlemmer utfylte erklæringer angående interessekonflikter.\*

En metodolog med ekspertise i utvikling av retningslinjer assisterte i planlegging og utvikling av spørsmål, og et uavhengig

team utarbeidet en systematisk kunnskapsoversikt som ble brukt til å informere noen av anbefalingene. Ytterligere innspill til retningslinjene ble gitt av en internasjonal rådgivende komité, juridiske eksperter, og tilbakemeldinger mottatt i en høringsperiode der offentligheten kunne kommentere. Anbefalinger i SOC-8 er basert på tilgjengelig evidens som understøtter intervensjoner, en diskusjon rundt risikoer, skadevirkninger, gjennomførbarhet, og anvendbarhet i ulike kontekster og nasjonale settinger. Konsensus om de ferdige anbefalingene ble oppnådd gjennom en Delphi-prosess som inkluderte alle medlemmene i revisjonskomitéen til *Standards of Care* og innebar et krav om at anbefalingene ble godkjent av 75%. Støttende og forklarende tekst om evidensen bak anbefalingene ble skrevet av medlemmer i arbeidsgruppene for hvert kapittel. Utkast til kapitlene ble gjennomgått av leder og nestledere i revisjonskomitéen til SOC for å sikre at formatet var konsistent, evidensen var forsvarlig presentert og anbefalingene var konsistente på tvers av kapitlene. Et uavhengig team sjekket referansene i SOC-8 før retningslinjene ble gjennomgående redigert av én redaktør. En detaljert oversikt over metodologien i SOC-8 er presentert på de følgende sidene.

### 2. Forskjell mellom metodologien anvendt i SOC-8 og tidligere versjoner

Hovedforskjeller i metodologien i SOC-8 sammenlignet med andre versjoner av SOC er:

- Involveringen av en større gruppe profesjonsutøvere fra hele verden.
- En transparent utvelgelsesprosess for utvikling av styringskomiteen for retningslinjene, og for valget av ledere for, og medlemmene i, arbeidsgruppene for hvert kapittel.



- Inkludering av diverse interessenter i utviklingen av SOC-8.
- En gjennomgang av mulige interessekonflikter.
- Bruken av en Delphiprosess for å komme fram til enighet blant SOC-8 komitémedlemmene om anbefalingene.
- Involveringen av et uavhengig organ fra et vel ansett universitet for å bistå med å utvikle metodologien og utarbeide en uavhengig systematisk oversikt over forskningslitteraturen der dette var mulig.
- Anbefalingene ble gradert, enten som “anbefaler” eller “foreslår”, basert på styrken i anbefalingen.
- Involveringen av en uavhengig gruppe med klinisk orienterte akademikere for å gå gjennom referanser.
- Involvering av internasjonale organisasjoner som jobber med den trans- og kjønnsnormbrytende populasjonen, medlemmer av WPATH og andre profesjonsorganisasjoner, og den generelle befolkningen som også fikk komme med tilbakemeldinger, i en høringsperiode, om hele SOC-8.

### 3. Oversikt over utviklingsprosessen til SOC-8

Hva som ble gjort for å oppdatere *Standards of Care* er oppsummert her:

1. Etablering av styringskomitéen for retningslinjene, inkludert leder og nestledere (19. juli 2017)
2. Avgjøre hvilke kapitler som skal utvikles (hva retningslinjene skal dekke)
3. Valg av medlemmer til utviklingen av hvert kapittel, basert på ekspertise (mars 2018)
4. Valg av teamet som skal gjennomgå evidens: John Hopkins University (mai 2018)
5. Spissing av formuleringen av hvilke temaer som skal inkluderes i SOC-8

- og gjennomgang av spørsmål til utarbeidelsen av systematisk kunnskapsoversikt
6. Utarbeidelse av systematisk kunnskapsoversikt (mars 2019)
7. Utkast til anbefalinger
8. Stemme over formuleringene av anbefalinger ved hjelp av en Delphiprosess (september 2019–februar 2022)
9. Gradering av styrken av anbefalingene
10. Skrive tekstene som støtter anbefalingene
11. Uavhengig sjekk av referansene som brukes i de støttende tekstene
12. Ferdigstilling av utkastet til SOC-8 (1. desember 2021)
13. Tilbakemelding fra internasjonale rådgivende personer og organisasjoner på anbefalingene.
14. Tilbakemelding på hele SOC-8 utkastet i en offentlig høringsperiode (november 2021 – januar 2022)
15. Revisjon av den siste utgaven basert på tilbakemeldingene (januar 2022 – mai 2022)
16. Leder og nestleder godkjenner den siste utgaven (10. juni 2022)
17. WPATH-styret godkjenner
18. Publisering av SOC-8
19. Formidling og oversettelse av SOC-8

#### 3.1. Etablering av styringskomitéen for retningslinjene

WPATH sin styringskomité for retningslinjene hadde tilsyn med prosessen med utvikling av retningslinjene for alle kapitlene i *Standards of Care*. Bortsett fra styreleder (Eli Coleman) som ble valgt av styret i WPATH for å ha en kontinuitet fra tidligere versjoner av SOC, var medlemmer av styringskomitéen for retningslinjene valgt av styret i WPATH blant WPATH-medlemmer som søkte på disse posisjonene. Arbeidsbeskrivelsene ble

utviklet for posisjoner som nestledere, ledere for enkeltkapitler, medlemmer av arbeidsgruppene for hvert kapittel, og interessenter. WPATH-medlemmer kunne søke ved å fylle ut et søknadsskjema og legge ved sin CV. Styret i WPATH stemte over posisjonene som nestledere (ett medlem stemte ikke, på grunn av interessekonflikt). Leder og nestledere i komitéen valgte ledere for enkeltkapitler, og medlemmer av arbeidsgruppene for hvert kapittel (såvel som interessenter), basert på søknadsskjema og CVer.

Styringskomitéen for retningslinjene som utgjør den 8. versjon av *Standards of Care* er:

- Eli Coleman, PhD (Leder), professor og instituttleder, Institute for Sexual and Gender Health, Department of Family Medicine and Community Health, University of Minnesota Medical School (USA)
- Asa Radix, MD, PhD, MPH (nestleder) seniorleder for forskning og utdanning, Callen-Lorde Community Health Center, klinisk førsteamanuensis i medisin, New York University, USA
- Jon Arcelus, MD, PhD (nestleder), professor i psykisk helse og velvære og æresoverlege i TKN-helse, University of Nottingham, Storbritannia
- Karen A. Robinson, PhD (Leder, team for evidensgjennomgang), professor i medisin, epidemiologi, helsepolitikk og helseforvaltning, Johns Hopkins University, USA

### 3.2. Avgjørelser om hvilke temaer som skal utgjøre kapitler

Styringskomitéen for retningslinjene avgjorde hvilke kapitler som skulle inkluderes i *Standards of Care* ved å gjennomgå litteraturen og ved å gjennomgå den forrige versjonen av SOC. Dette er kapitlene i den 8. versjonen av *Standards of Care*:

1. Terminologi
2. Universell anvendbarhet

3. Populasjonsestimater
4. Utdanning\*
5. Vurdering av voksne
6. Ungdommer
7. Barn
8. Ikke-binære
9. Evnukker
10. Intersex
11. Institusjonssettinger
12. Hormonbehandling
13. Kirurgi og postoperativ pleie
14. Stemme og kommunikasjon
15. Primærhelse
16. Reproduktiv helse
17. Seksuell helse
18. Psykisk helse

\* Kapitlet om utdanning var i utgangspunktet tiltenkt å dekke både utdanning og etikk. Det ble tatt en avgjørelse om å nedsette en separat komité som skulle skrive et kapittel om etikk. Underveis i skriveprosessen ble det etterhvert avgjort at temaet etikk best plasseres utenfor SOC, og at det krevde videre dybdeundersøkelser av etiske vurderinger som er relevante for TKN-helse.

### 3.3. Valg av medlemmer til utviklingen av hvert kapittel

Utlysning av mulighet til å søke om å bidra i komitéen for å utvikle SOC-8 (leder for et kapittel, eller medlem) ble sendt til alle medlemmer i WPATH. Lederne i styringskomitéen for retningslinjene valgte ut medlemmene til hvert kapittel, og sikret representasjon fra et variert utvalg av fagområder og perspektiver.

Det var påkrevet at både leder og medlemmer innen hvert kapittel måtte ha fullt medlemskap i WPATH og være vel ansett, og faglige eksperter innen TKN-helse på minst ett tema det skulle skrives et kapittel om. Ledere rapporterte til styringskomitéen for retningslinjene og var

ansvarlige for å koordinere deltagelsen til medlemmene innen sitt kapittel; disse rapporterte direkte til denne lederen.

Hvert kapittel inkluderte også interessenter, som medlemmer som bringer inn perspektiver på påvirkningsarbeid angående TKN-helse eller arbeid i TKN-miljøene, eller som del av en familie som inkluderte et TKN-barn, -søsken, -partner, -forelder, osv. Det var ikke påkrevet at interessenter skulle ha fullt medlemskap i WPATH.

Medlemmene av hvert kapitels arbeidsgruppe var forventet å:

- Delta i utviklingen og spissingen av spørsmål som skulle besvares av kunnskapsoversikten
- Lese og kommentere på alt materialet fra teamet som gjennomgikk evidens
- Kritisk lesning av dokumentutkast, inkludert utkastet til evidensrapporten
- Gjennomgå og vurdere evidens og utkast til anbefalinger
- Delta i en Delphi-prosess for å oppnå konsensus
- Utvikle teksten som understøttet hver anbefaling
- Gradere hver anbefaling for å beskrive styrken i anbefalingen (anbefale/foreslå)
- Gjennomgå og adressere kommentarene fra komitélederne gjennom hele prosessen
- Utvikle innholdet i kapitlene
- Gjennomgå kommentarer i høringssvarene og bidra i utviklingen av reviderte retningslinjer
- Komme med innspill og delta i formidlingen av retningslinjene

Opplæring og orientering for ledere og medlemmer i hver arbeidsgruppe ble gitt etter behov. Innhold i opplæringen inkluderte formulering og spissing av spørsmål (som bruk av PICO), gjennomgang av evidens, utvikling av anbefalinger, gradering av anbefalingene, og

informasjon om retningslinjeutviklingen som program og prosess.

Totalt ble det valgt 26 ledere for kapitellarbeidsgrupper (noen kapitler innebar behov for to ledere), 77 medlemmer av arbeidsgrupper, og 16 interessenter. Totalt var 127 mennesker valgt. I løpet av prosessen med SOC forlot 8 mennesker arbeidet av personlige eller jobbrelaterte grunner. Derfor var det avslutningsvis 119 forfattere av SOC-8.

### **3.4. Valg av teamet som skulle gjennomgå evidens**

Styret i WPATH utlyste mulighet til å søke om å bidra som et team som skulle gjennomgå evidens. Til den 8. versjon av *Standards of Care* involverte styret i WPATH et team ved Johns Hopkins University som er erfaren med evidensgjennomgang, under lederskapet til Karen Robinson.

- Karen A. Robinson, PhD (Leder, team for evidensgjennomgang) professor i medisin, epidemiologi, helsepolitikk og helseforvaltning, Johns Hopkins University, USA

Dr. Robinson bisto også styringskomiteén i utviklingen av SOC-8 ved å gi råd og opplæring i utviklingen av PICO spørsmål, anbefalinger, og Delphi-prosessen, i tillegg til å produsere veldig grundig systematisk forskningsoversikt der direkte evidens var tilgjengelig.

### **Interessekonflikter**

Medlemmer i styringskomiteen for retningslinjer, ledere og medlemmer for hvert kapittel, og medlemmer av teamet for evidensgjennomgang, ble bedt om å erklære enhver interessekonflikt. Dette inkluderte, i tillegg til enhver potensiell økonomisk interesse eller konflikt, personlige eller direkte rapporterende forhold til en leder, nestleder eller styremedlem i WPATH, eller

egen besittelse av en posisjon i styret til WPATH.

### 3.5. *Spissing av temavalg og gjennomgang av spørsmål*

Teamet for evidensgjennomgang trakk ut de erklærte anbefalingene fra den forrige versjonen av *Standards of Care*. Med innspill fra teamet for evidensgjennomgang avgjorde styringskomitéen for retningslinjene og lederne for hvert kapittel:

- Anbefalinger med behov for oppdatering
- Nye områder med behov for anbefalinger

### 3.6. *Utarbeidelse av de systematiske kunnskapsoversiktene*

Medlemmer av arbeidsgruppene til hvert kapittel utarbeidet spørsmål som skulle besvares, som del av utvikling av anbefalingene. Teamet for evidensgjennomgang skrev utkast til spørsmålene som kvalifiserte for inklusjon i en systematisk kunnskapsoversikt, der de spesifiserte populasjon, intervensjoner, sammenligninger og utfall (PICO elementer). Teamet for evidensgjennomgang utarbeidet den systematiske kunnskapsoversikten. De presenterte evidenstabeller og andre resultater til medlemmene av de relevante arbeidsgruppene for feedback.

#### **Protokoll**

For hvert tema eller spørsmål som skulle besvares ble det, på en hensiktsmessig måte, utviklet en separat, detaljert protokoll for prosessen den systematiske gjennomgangen innebar. Hver protokoll var registrert i PROSPERO.

#### **Litteratursøk**

Teamet for evidensgjennomgang utviklet en hensiktsmessig søkestrategi for hvert forskningsspørsmål, inkludert MEDLINE®,

Embase™, og Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL). Teamet for evidensgjennomgang søkte flere databaser i tillegg, der de fant det hensiktsmessig for forskningsspørsmålet. Søkestrategien inkluderte MeSH og fritekstsøk og var ikke begrenset av publiseringsspråk eller -dato.

Teamet for evidensgjennomgang søkte referanselistene til alle de inkluderte artiklene, og nyere, relevante, systematiske kunnskapsoversikter. Teamet søkte på ClinicalTrials.gov for å finne eventuelt andre relevant studier.

Søkene ble oppdaterte underveis i prosessen med fagfellevurdering. Den litteraturen som ble inkludert i den systematiske kunnskapsoversikten var hovedsakelig basert på kvantitative studier gjennomført i Europa, USA eller Australia. Vi anerkjenner at det er en skjevhet i retning av perspektiver fra det globale nord som ikke gir tilstrekkelig oppmerksomhet til mangfoldet av levde erfaringer i TKN-populasjoner rundt i verden. Denne ubalansen i synlighet innen litteraturen peker på mangel på forskning og praksis som bør adresseres av forskere og klinikere i fremtiden for å yte rettferdighet til alle TKN-personers behov, uavhengig av kjønnsidentitet.

#### **Utvelging av studier**

Teamet for evidensgjennomgang definerte kvalifiseringskriteriene for hvert forskningsspørsmål *a priori*, med innspill fra lederne i arbeidsgruppen til hvert kapittel.

To fra teamet for evidensgjennomgang så gjennom titler, sammendrag og hele artikler uavhengig av hverandre, for å vurdere om de kvalifiserte. For å ekskluderes måtte begge være enige om at studien oppfylte minst ett kriterie for eksklusjon. De løste eventuelle uenigheter om kvalifisering gjennom diskusjon.



### **Abstrahering av data**

Teamet for evidensgjennomgang brukte standardiserte skjemaer for å abstrahere data, som gjaldt generelle studiekarakteristikk, deltageres karakteristikk, intervensjoner og mål på utfall. En person abstraherte dataene, som så ble bekreftet av en annen person.

### **Vurdering av risiko for bias (systematiske skjevheter, o.a.)**

To gjennomlesere fra teamet for evidensgjennomgang vurderte risikoen for bias, uavhengig av hverandre, for hver studie som ble inkludert. For randomiserte kontrollerte studier brukte de Cochrane Risk of Bias Tool. For observasjonsstudier brukte de verktøyet Risk of Bias in Non-Randomized Studies — of Interventions (ROBINS-I). Der det ble funnet hensiktsmessig vurderte og evaluerte de eksisterende systematiske kunnskapsoversikter ved hjelp av ROBIS.

### **Datasyntese og analyse**

Teamet for evidensgjennomgang utarbeidet tabeller som kunne detaljert vise den abstraherte dataen fra de inkluderte studiene. Medlemmene av arbeidsgruppen for hvert kapittel gjennomgikk og kommenterte på evidenstabellene.

### **Gradering av evidens**

Teamet for evidensgjennomgang graderte evidensstyrken ved hjelp av metodologien GRADE. Styrken ble bestemt gjennom bruk av forhåndsbestemte kritiske utfall for hvert spørsmål, og ved å vurdere begrensningene ved hver studie / hver risiko for bias, konsistens, direktet, presisjon og bias i rapporteringen.

### **3.7. Skrivning av utkast til anbefalingene**

Ledere og medlemmer i arbeidsgruppene til hvert kapittel skrev utkast til anbefalingene. Disse ble utformet med tanke på å være

Evidensbaserte anbefalinger var basert på de systematiske kunnskapsoversiktene, og gjennomganger av bakgrunns litteratur, pluss konsensusbaserte ekspertuttalelser.

Leder og nestledere i komitéen, og leder for hvert kapittel, gikk gjennom og godkjente alle anbefalinger med hensyn til klarhet og om de var konsistente i formuleringene. I løpet av denne gjennomgangen, og gjennomgående i hele prosessen, ble også eventuell overlapping blant kapitlene adressert.

Mange arbeidsgrupper for enkeltkapitler har måttet jobbe tett sammen for å sikre at deres anbefalinger er konsistente.

For eksempel, siden det nå er separate kapitler for barndom og ungdomstid, var noen forfattere del av begge gruppene for å sikre at kapitlene fremsto konsistente i forhold til hverandre. Av lignende grunn, når dette var aktuelt, samarbeidet én arbeidsgruppe med andre kapitlers arbeidsgrupper om temaer som var relevante for begge/alle disse kapitlene (som med vurdering av barn, vurdering av voksne, hormonbehandling, kirurgi og postoperativ pleie, og reproduktiv helse).

### **3.8. Godkjenning av anbefalingene ved hjelp av Delphi prosessen**

Det ble oppnådd formell konsensus om alle anbefalingene ved hjelp av Delphi prosessen (en strukturert forespørsel om ekspertvurderinger, som blir gjort i tre omganger). For at en anbefaling skulle godkjennes måtte minimum 75% av de som stemte godkjenne den. Minst 65% av medlemmene i SOC-8 prosessen måtte delta i Delphi prosessen for hver anbefaling. De som ikke godkjente en anbefaling måtte oppgi informasjon om grunnene til deres mangel på godkjenning, slik at anbefalingen kunne modifieres (eller fjernes) som følge av denne tilbakemeldingen. Når anbefalingen

var modifisert ble den sendt gjennom Delphiprosessen igjen. Hvis, etter tre runder, anbefalingen ikke ble godkjent, ble den fjernet fra SOC. Hvert medlem av SOC stemte for hver anbefaling. Den var en responsrate på anbefalingene på mellom 74.79% og 94.96%.

### 3.9. Graderingskriterier for anbefalingene

Når anbefalingene hadde blitt godkjent gjennom Delphiprosessen, graderte kapittelmedlemmene hver anbefaling gjennom en prosess som var tilpasset fra et rammeverk som heter Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations (GRADE). Dette er et transparent rammeverk for arbeid med å utvikle og presentere oppsummeringer av evidens, og det tilbyr en systematisk tilnærming til å gjøre anbefalinger om klinisk praksis (Guyatt et al., 2011). Anbefalingene ble gradert basert på slike faktorer som:

- Balansen mellom potensielle fordeler og skadevirkninger
- Konfidensnivå angående den balansen, eller kvaliteten på evidensen
- Verdier og preferanser fra helsepersonell og pasienter sin side
- Ressursbruk og gjennomførbarhet

Anbefalingene ble klassifisert som:

- Sterke anbefalinger («Vi anbefaler») er for intervensjoner/terapi/strategier der:
  - evidensen har høy kvalitet
  - estimatene av effekten av en intervensjon/terapi/strategi (er det f.eks. høy sannsynlighet for at effektene oppås i praksis)
  - det er få ulemper ved terapi/intervensjonen/strategien
  - det er en høy grad av aksept blant helsepersonell og pasienter eller de som anbefalingen gjelder.

- Svake anbefalinger («Vi foreslår») er for intervensjoner/terapi/strategier der:
  - det er svakheter i evidensgrunnlaget
  - det er en grad av tvil om effektstørrelsen som kan forventes i praksis
  - det er et behov for å bestemme forholdet mellom potensielle fordeler og ulemper ved intervensjoner/terapi/strategier
  - det er trolig varierende grader av aksept blant helsepersonell og pasienter eller de som anbefalingen gjelder.

### 3.10. Skrivning av tekstene som støtter anbefalingene

I etterkant av graderingen av anbefalingene skrev arbeidsgruppene for hvert av kapitlene de tekstene som gir begrunnelse for anbefalingene. Dette inkluderte fremstilling av tilgjengelig evidens, detaljer om potensielle fordeler og skadevirkninger, beskrivelser av det som er usikkert, og informasjon om implementering av anbefalingen, inkludert, blant annet, forventede hindringer eller utfordringer. Referansene føres etter APA-7 malen, for å støtte informasjonen som gis i teksten. Lenker til ressursen oppgis også der det er hensiktsmessig. Hver tekst, inkludert om anbefalingen er beskrevet som sterk eller svak, ble sett gjennom og godkjent av leder og nestledere i revisjonskomiteen for retningslinjene SOC-8.

### 3.11. Ekstern validering av referanser som brukes for å støtte opp under anbefalingene

En gruppe med uavhengige kliniske akademikere som jobber innen feltet som angår TKN-helse gjennomgikk referansene som ble brukt i hvert kapittel, for å validere at referansene var brukt på en korrekt måte for å støtte teksten. Ethvert eventuelt spørsmål angående referansene ble sendt tilbake til den

relevante arbeidsgruppen for gjennomgang.

### **3.12. Ferdigstilling av utkast SOC-8**

Et ferdig utkast til SOC-8 ble gjort tilgjengelig for kommentarer.

### **3.13. Distribuering av Standards of Care til gjennomgang hos internasjonale rådgivende personer og organisasjoner**

Anbefalingene i 8. versjon av *Standards of Care* ble sirkulert blant den bredere revisjonskomitéen og til WPATHs internasjonale rådgivende gruppe, som inkluderte Asia Pacific Transgender Network (APTN), Global Action for Transgender Equality (GATE), International Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Intersex Association (ILGA), og Transgender Europe (TGEU).

### **3.14. Offentlig høringsperiode**

Det reviderte utkastet av *Standards of Care* dokumentet ble lagt ut på nett, åpent for kommentarer fra offentligheten, inkludert WPATH-medlemmer, på WPATHs nettside. Det var satt av seks uker til kommentarer. Totalt kommenterte 1279 mennesker på utkastet, i totalt 2688 kommentarer.

### **3.15. Revidering av det endelige utkastet basert på kommentarer**

Lederne for kapitlene, og styringskomitéen for retningslinjene vurderte det de hadde fått av feedback og gjorde enhver nødvendig redigering. Alle offentlige kommentarer ble lest, og der det var hensiktsmessig ble de integrert inn i bakgrunnsteksten.

Som del av denne prosessen ble tre nye anbefalinger utviklet, og to anbefalinger ble modifisert nok til at det krevde en ny avstemming i SOC-8 komitéen. Dette betydde at en ny Delhiprosess ble igangsatt i januar 2022. Resultatene av denne prosessen ble akseptert av kapitlene, og de nye anbefalingene ble lagt til eller modifisert i henhold til dette. Den nye

støttende teksten ble lagt inn.

Alle de nye versjonene av kapitlene ble igjen gjennomgått av leder og nestledere, og endringer eller modifikasjoner ble foreslått. Til slutt, når leder og nestledere var fornøyd med utkastet til et kapittel, ble dette ferdigstilt.

Alle nye referanser ble sjekket av et uavhengig medlem.

### **3.16. Godkjenning av ferdigstilt utkast av leder og nestledere i styringskomitéen for retningslinjene**

Modifiseringer ble gjennomgått av ledere og nestledere og godkjent av disse.

### **3.17. WPATH-styrets godkjenning**

Det ferdige dokumentet ble presentert til styret i WPATH for godkjenning, og godkjent 20. juni 2022.

### **3.18. Publisering av SOC-8 og formidling av Standards of Care**

*Standards of Care* ble utdelt ved et antall anledninger og steder, og formidlet i et antall formater, inkludert publisering i International Journal of Transgender Health (WPATHs offisielle vitenskapelige tidsskrift).

## **4. Plan for oppdatering**

En ny utgave av SOC (SOC-9) vil utvikles i fremtiden, når substansiell ny evidens og/eller signifikant endringer på feltet nødvendiggjør dette.

\*Utviklingen av SOC-8 var en kompleks prosess som foregikk samtidig som COVID-19 og politiske usikkerheter i mange deler av verden. Medlemmer av SOC-8 komitéen jobbet med SOC-8 i tillegg til sitt daglige arbeid, og de fleste av møtene fant sted utenfor arbeidstiden og i helgene via zoom. Det var veldig få møter ansikt til ansikt, og de fleste av disse var i forbindelse med konferanser i WPATH, USPATH eller

EPATH. Komitémedlemmer ble ikke betalt for prosessen med å utvikle SOC-8.



## VEDLEGG B Ordliste

**CISKJØNNET** refererer til de som har en kjønnsidentitet som samsvarer med den kroppslige kjønnskategorien de ble tillagt ved fødselen.

**DETRANSISJONERING** er et begrep som noen ganger brukes til å beskrive et menneskes retransisjonering til det kjønn som stereotypisk assosieres med den kroppslige kjønnskategorien vedkommende ble tillagt ved fødselen.

**EVNUKK** refererer til en person som ble tillagt den kroppslige kjønnskategorien mann ved fødselen, hvis testikler har blitt kirurgisk fjernet eller på annen måte satt ut av funksjon, og som identifiserer seg som evnukk. Denne definisjonen avviker fra en standard medisinsk definisjon fordi den utelukker de som ikke identifiserer seg som evnukk.

**EVNUKKIDENTIFISERT** refererer til en person som føler at deres sanne selv best uttrykkes gjennom ordet evnukk. Evnukkidentifiserte mennesker ønsker generelt å ha sine reproduktive organer kirurgisk fjernet eller på annen måte satt ut av funksjon.

**FEILKJØNNING** refererer til at språk brukes på måter som ikke på korrekt måte reflekterer kjønn en person identifiserer seg som. Dette kan for eksempel være et pronomen (han/ham/hans, hun/henne/hennes, hen//hen/hens, de/dem/de sin) eller en form for tiltale (herr, fru.).

**IKKE-BINÆR** refererer til de som har kjønnsidentiteter på utsiden av de binære kjønnskategoriene. Folk med ikke-binære kjønnsidentiteter kan identifisere seg som delvis mann og delvis kvinne, som noen ganger mann og noen ganger kvinne, eller som ikke noe kjønn i det hele tatt. Ikke-binære kan eventuelt bruke pronomenene hen/hen/hens eller de/dem/deres i stedet for

han/ham/hans eller hun/henne/hennes (se også oversettters anmerkning på første side i Kapittel 8 – Ikke-binære). Noen ikke-binære ser seg selv som transperson eller trans, og noen ikke, fordi de ser trans som tilhørende et binært syn på kjønn. Forkortelsen NB – fra engelsk non-binary – eller «enby», brukes iblant som beskrivelse i stedet for ikke-binær (også i Norge, o.a.). Eksempler på ikke-binære identiteter er genderqueer (i anglifisert bruk på norsk, særlig fra tidlig 2000-tall til noe ut på 2010-tallet, o.a., kjønnsnormbrytende, kjønnsflytende, kjønnskeiv, kjønnsfri, tokjønn og ikke-kjønn).

**INTERSEX** refererer til mennesker født med kroppslige eller reproduktive kjønnskarakteristikk som ikke passer med den binære definisjonen som tilsier kvinne eller mann.

**KJØNN («sosialt kjønn»)** (engelsk: gender, o.a.) refererer, avhengig av kontekst, til kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og/eller kjønnsrolle, inkludert forståelser og forventninger som kulturelt sett er knyttet til folk som ved fødsel ble tillagt en kroppslig kjønnskategori som mann eller kvinne. Kjønnsidentitet som noe annet enn mann og kvinne (hos både cis- og transpersoner) inkluderer blant annet transperson, ikke-binær, genderqueer, kjønnsnøytral, ikke-kjønn, kjønnsflytende og tredje kjønn; mange andre kjønn er anerkjent rundt om i verden.

**KJØNNBEKREFTELSE** refererer til å bli anerkjent og bekreftet i samsvar med sin kjønnsidentitet. Det konseptualiseres vanligvis som noe som har sosiale, psykologiske, medisinske og juridiske dimensjoner. Kjønnsbekreftelse brukes som begrep i sammenheng med transisjon (som i medisinsk kjønnsbekreftelse) eller kan brukes som et adjektiv (som i kjønnsbekreftende ivaretagelse).

**KJØNNBEKREFTENDE KIRURGI** endrer primære eller sekundære

kjønnskarakteristikk for å bekrefte en persons kjønnsidentitet.

**KJØNNSDYSFORI** beskriver en opplevelse av ubehag fordi ens kjønnsidentitet ikke samsvarer med det som er fysisk og/eller sosialt forbundet med den kroppslige kjønnskategorien en ble tillagt ved fødselen. Kjønnsdysfori er også et diagnostisk begrep i DSM-5 som betegner en inkongruens mellom den kroppslige kjønnskategorien tillagt ved fødselen og opplevd kjønn – som innebærer ubehag. Ikke alle trans- og kjønnsnormbrytende personer opplever kjønnsdysfori.

**KJØNNSFRI** (engelsk: gender expansive) er et adjektiv noe brukt til å beskrive folk som identifiserer seg eller uttrykker seg på måter som utvider den sosialt og kulturelt definerte adferden forbundet med en kroppslig kjønnskategori. Kjønnskreativ brukes også noe. Begrepet kjønnsvariasjon ble tidligere brukt, og er på vei ut av bruk i profesjonene fordi det nå har negative konnotasjoner. (Ingen av disse ordene, heller ikke slik jeg har oversatt dem, brukes særlig i Norge. Som sagt i fotnoten i introduksjonen brukes *ikke-binær* bredt om utenfor/utvidet kjønn i Norge. O.a.)

**KJØNNSIDENTITET** refererer til en persons dypt følte, indre, iboende følelse av eget kjønn.

**KJØNNSINKONGRUENS** er et diagnostisk begrep brukt i ICD-11 som beskriver en persons tydelige og vedvarende opplevelse av manglende samsvar mellom den faktiske kjønnsidentiteten og den forventede kjønnsidentiteten basert på den kroppslige kjønnskategorien de ble tillagt ved fødselen.

**KJØNNSNORMBRYTENDE** (se også fotnote s.1 i introduksjon) brukes for å beskrive folk som har kjønnsidentiteter og/eller kjønnsuttrykk som er annerledes enn de sosiale og kulturelle forventningene som forbindes med en kroppslig

kjønnskategori tillagt ved fødselen. Dette kan inkludere, blant mange andre kulturelt mangfoldige identiteter, folk som identifiserer seg som ikke-binær, kjønnsfri, ikke kjønnskonforme, og andre som ikke identifiserer seg som ciskjønne.

**KJØNNSUTTRYKK** referer til hvordan en person uttrykker sitt kjønn i hverdagen, og innen den konteksten deres kultur og samfunn utgjør. Uttrykk for kjønn gjennom fysisk utseende kan omfatte klesbruk, frisyre, tilbehør, kosmetikk, og hormonelle og kirurgiske inngrep, samt kroppsspråk, tale, atferdsmønstre og navn. En persons kjønnsuttrykk kan samsvare med en persons kjønnsidentitet – eller ikke.

**KROPPSLIG KJØNNSKATEGORI TILLAGT VED FØDSELEN** refererer til en persons status som mann/gutt, kvinne/jente eller intersex, basert på fysiske karakteristikk. Vanligvis blir en kroppslig kjønnskategori tillagt ved fødsel basert på eksterne genitalier. AFAB er en forkortelse for «assigned female at birth» – altså tillagt kategorien kvinne ved fødsel, og AMAB er en forkortelse for «assigned male at birth», altså tillagt kategorien mann ved fødsel.

**RETRANSISJON** refererer til en andre, eller påfølgende transisjon, enten ved hjelp av sosiale, medisinske eller juridiske virkemidler. En retransisjon kan skje fra et binært eller ikke-binært kjønn til et annet binært eller ikke-binært kjønn. Folk kan retransisjonere mer enn én gang. Det kan gjøres av flere grunner, inkludert kjønnsidentitet som fortsetter å utvikle seg, helseutfordringer, utfordringer med familie/samfunn, og økonomi.

**SEKSUELL ORIENTERING** refererer til en persons seksuelle identitet, tiltrekningsmønstre og adferd i relasjon til andre mennesker på grunnlag av eget/egne kjønnsidentitet(er) og kroppslige kjønnskarakteristikk, og de som gjelder deres partnere. Seksuell orientering og kjønnsidentitet er to distinkte begreper.

**TOKJØNNSNORMEN** (engelsk: gender binary, o.a.) refererer til antagelsen, med

status som sannhet i mye av samfunnet, om at det finnes to og kun to kjønn, mann og kvinne. Tilhørende er forventningen om at en må være det ene eller det andre. Her er menn de som ble tillagt den kroppslige kjønnskategorien gutt ved fødsel, og kvinner de som ble tillagt den kroppslige kjønnskategorien jente ved fødsel.

**TRANSFOBI** refererer til negative holdninger, forståelser og handlinger som har å gjøre med trans- og kjønnsnormbrytende personer som gruppe. Transfobi kan være tilstede i diskriminerende retningslinjer og praksiser på et strukturelt nivå, eller foregå på veldig spesifikke og personlige måter. Transfobi kan også internaliseres når trans- og kjønnsnormbrytende personer aksepterer og reflekterer slike fordommer om dem selv, eller andre trans- og kjønnsnormbrytende personer. Selv om transfobi noen ganger kan være et resultat av utilsiktet ignoranse og ikke direkte fiendtlighet, er effektene aldri ufarlige. Noen bruker uttrykket cisnormativitet i stedet for transfobi (for å dekke både det mer direkte transfober som kommer av cisnormativitet, og det mer utilsiktede ved denne normativiteten; begge har farlige effekter, o.a.).

**TRANSISJON** refererer til prosessen der folk vanligvis endrer seg fra det kjønnsuttrykket som er forbundet med den kroppslige kjønnskategorien de ble tillagt ved fødselen, til et annet kjønnsuttrykk som stemmer bedre overens med deres kjønnsidentitet. Folk kan transisjonere sosialt ved hjelp av navneendring, pronomentralg, klesstil, hårfrisyrer og/eller måter de beveger seg og snakker. Transisjon kan involvere hormoner og/eller kirurgi som endrer den fysiske kroppen, eller ikke. Transisjon kan brukes til å beskrive prosessen med å endre ens kjønnsuttrykk fra hvilket som helst kjønn til et annet. Folk kan transisjonere flere ganger i løpet av livet.

**TRANSKVINNER** (evt. transkjønnede kvinner, eller kvinner med transerfaring) er folk som har kjønnsidentitet som kvinne og ble tillagt den kroppslige kjønnskategorien mann ved fødselen. De kan ha gjennomgått noen form for transisjon, eller ikke. MTK eller mann-til-kvinne er eldre betegnelser som brukes lite lenger.

**TRANSMENN** (evt. transkjønnede menn, eller menn med transerfaring) er folk som har kjønnsidentitet som mann og ble tillagt den kroppslige kjønnskategorien kvinne ved fødselen. De kan ha gjennomgått noen form for transisjon, eller ikke. KTM eller kvinne-til-mann er eldre betegnelser som brukes lite lenger.

**TRANSPERSON** eller trans er et paraplybegrep som brukes til å beskrive folk som har kjønnsidentiteter og/eller kjønnsuttrykk som ikke typisk er det som forventes på grunnlag av den kroppslige kjønnskategorien de ble tillagt ved fødselen. Trans skal primært brukes som et adjektiv, og ordene "trans" og "kjønnet" er primært skilt på andre språk. Mens vi på norsk har med bruk trukket dem sammen til "transperson", skal det fortsatt forstås som to separate ord, hvor ordet som bøyes er substantivet "person" og ikke "trans". Altså "transpersoner", ikke "transer"(substantiv) eller at man omgjør det til et verb som f.eks "å transe".

## VEDLEGG C Kjønnsbekreftende hormonbehandling

**Tabell 1.** Forventet tidslinje for fysiske effekter av kjønnsbekreftende hormonbehandling

### Testosteronbasert behandlingsregime

Effekt	Forventet begynnende endring	Forventet maksimum effekt
Fet hud/akne	1–6 måneder	1–2 år
Økt ansikts- og kroppsbehandling	6–12 måneder	>5 år
Hårtap i hodebunnen	6–12 måneder	>5 år
Økt muskelmasse og styrke	6–12 måneder	2–5 år
Redistribuering av kroppsfett	1–6 måneder	2–5 år
Opphør av menstruasjon	1–6 måneder	1–2 år
Forstørring av klitoris	1–6 måneder	1–2 år
Vaginalatrofi	1–6 måneder	1–2 år
Dypere stemmeleie	1–6 måneder	1–2 år

### Østrogen og testosteronsenkende behandlingsregimer

Effekt	Forventet begynnende endring	Forventet maksimum effekt
Redistribuering av kroppsfett	3–6 måneder	2–5 år
Minskert muskelmasse og styrke	3–6 måneder	1–2 år
Mykere hud / mindre fet hud	3–6 måneder	Ukjent
Redusert libido	1–3 måneder	Ukjent
Reduksjon i antall spontane ereksjoner	1–3 måneder	3–6 måneder
Redusert sædproduksjon	Ukjent	2 år
Vekst av bryster	3–6 måneder	2–5 år
Redusert testikkelvolum	3–6 måneder	Variabel
Redusert vekst av terminalhår	6–12 måneder	>3 år
Økt hårvekst på hodet	Variabel	Variabel
Stemmeforandringer	Ingen	

Bearbeidet fra Hembree et al., 2017.

**Tabell 2.** Risikoer forbundet med kjønnsbekreftende hormonbehandling (punkter i fet skrift er av klinisk betydning) (oppdatert fra SOC-7)

RISIKONIVÅ	Østrogenbaserte regimer	Testosteronbaserte regimer
Sannsynlig økt risiko	<b>Venøs tromboembolisme</b> <b>Infertilitet</b> Hyperkalemi <sup>s</sup> Hypertriglyseridemi Vektøkning	<b>Polycytemi</b> <b>Infertilitet</b> Akne Androgenetisk alopeci Høyt blodtrykk Søvnapné Vektøkning Redusert HDL-kolesterol og økt LDL-kolesterol
Sannsynlig økt risiko ved tilstedeværelse av andre risikofaktorer	Kardiovaskulær sykdom Hjerneslag Meningiom <sup>c</sup> Polyuri / dehydrering <sup>s</sup> Gallestein	Kardiovaskulær sykdom Hypertriglyseridemi
Mulig økt risiko	Høyt blodtrykk Erekttil dysfunksjon	
Mulig økt risiko ved tilstedeværelse av andre risikofaktorer	Type 2 diabetes Redusert benmasse / osteoporose Hyperprolaktinemi	Type 2 diabetes Kardiovaskulær sykdom
Ingen økt risiko, eller umulig å konkludere	Brystkreft Prostatakreft	Redusert benmasse / osteoporose Kreft i bryst, livmorhals, eggstokker, livmor

<sup>c</sup> Cyproteronbaserte regimer

<sup>s</sup> Spironolaktonbaserte regimer

**Tabell 3.** Kjønnsbekreftende hormonbehandlingsregimer for trans- og kjønnsnormbrytende ungdom (bearbeidet fra retningslinjene til Endocrine Society; Hembree et al., 2017)

Induksjon av kvinnelig pubertet (østrogenbasert behandlingsregime) med peroral 17β-østradiol
Begynn med 5 µg/kg/d og øk med 5 µg/kg/d hver 6. måned opp til 20 µg/kg/d basert på østradiolnivåer
Voksensdose = 2–6 mg/dag
Hos TKN-ungdom som allerede har gått gjennom pubertet kan dosen av 17β-østradiol økes raskere:
1 mg/d i 6 måneder etterfulgt av 2 mg/d og høyere basert på østradiolnivåer
Induksjon av kvinnelig pubertet (østrogenbasert behandlingsregime) med transdermal 17β-østradiol
Startdose 6,25–12,5 µg/24t (25 µg/24t depotplaster kuttes i kvartdeler, så i halvdeler)
Øk dosen med 12,5 µg/24t hver 6. måned basert på østradiolnivåer.
Voksensdose = 50–200 µg/24 timer
For alternativer når voksensdose er oppnådd, se tabell 4
Induksjon av mannlig pubertet (testosteronbasert behandlingsregime) med testosteronestere
25 mg/m <sup>2</sup> annenhver uke (eller eventuelt halvparten av denne dosen ukentlig).
Dosen økes hver 6. måned med 25 mg/m <sup>2</sup> annenhver uke til voksensdose og testosteronnivåer i målområdet er oppnådd. Se alternativer for testosteroner (tabell 4).

**Tabell 4.** Hormonbehandlingsregimer for trans- og kjønnsnormbrytende voksne\*

Østrogenbasert behandlingsregime (transfeminin)		
Østrogen		
Peroral eller sublingual	Østradiol	2–6 mg/dag
Transdermal	Østradiol depotplaster	0,025-0,2 mg/dag
	Østradiol gel	‡ daglig på huden
Parenteral	Østradiolvalerat eller -cypionat	5-30 mg intramuskulært annenhver uke
		2-10 mg intramuskulært ukentlig
Antiandrogen		
	Spironolakton	100–300 mg/dag
	Cyproteronacetat	10 mg/dag**
	GnRH-agonist	3,75–7,50 mg subkutant eller intramuskulært hver måned
	Depot GnRH-agonist	11,25/22,5 subkutant eller intramuskulært hver 3.–6. måned
‡ Mengde som påføres varierer etter formulering og styrke		
Testosteronbasert behandlingsregime (transmaskulin)		
Transmenn		
Testosteron		
Parenteral	Testosteronenantat/-cypionat	50–100 mg intramuskulært eller subkutant hver uke, eller 100–200 mg intramuskulært annenhver uke
	Testosteronundekanoat	1000 mg intramuskulært hver 12. uke eller 750 mg intramuskulært hver 10. uke
	Transdermal testosteron	
	Testosterongel	50–100 mg/dag
	Testosteronplaster	2,5-7,5 mg/dag

\* Dosene justeres opp eller ned til kjønnshormonnivåene er i målområdet. Hormonbehandlingsregimene gjenspeiler ikke alle formuleringene som er tilgjengelig i alle apotek i verden. Hormonbehandlingsregimene kan tilpasses det som er tilgjengelig i lokale apotek.

\*\* Kuijpers et al (2021).



**Tabell 5.** Hormonell oppfølging av trans- og kjønnsnormbrytende personer som mottar kjønnsbekreftende hormonbehandling (bearbeidet fra retningslinjene til Endocrine Society)

---

**Transmenn eller transmaskuline (inkludert kjønnsnormbrytende/ikke-binære) personer**

1. Vurder pasienten omtrent hver 3. måned (ved dosejusteringer) det første året, og deretter 1–2 ganger i året for å følge med på aktuelle testosteroninduserte kroppslige forandringer
2. Mål serumnivå av testosteron hver 3. måned (ved dosejusteringer) til nivåene er i målområdet
  - a. For parenteral testosteron skal serumkonsentrasjon av total testosteron måles halvveis mellom injeksjoner. Målområdet er 400–700 ng/dL (13,9–24,3 nmol/L). Alternativt kan topp- og bunnkonsentrasjon måles for å forsikre at nivåene er innenfor referanseområdet for menn.
  - b. For parenteral testosteronundekanoat skal serumkonsentrasjon av total testosteron måles rett før injeksjon. Dersom nivået er <400 ng/dL (<13,9 nmol/L) skal doseringsintervallet justeres.
  - c. For transdermal testosteron kan testosteronnivået måles etter minst 1 uke med daglig påføring (minst 2 timer etter påføring av produktet).
3. Mål hematokritt- eller hemoglobinkonsentrasjon før oppstart og omtrent hver 3. måned (ved dosejusteringer) det første året, så 1–2 ganger i året.

**Transkvinner eller transfeminine (inkludert kjønnsnormbrytende/ikke-binære) personer**

1. Vurder pasienten omtrent hver 3. måned (ved dosejusteringer) det første året, og deretter 1–2 ganger i året for å følge med på aktuelle østrogeninduserte kroppslige forandringer
    - a. Serumkonsentrasjonen av testosteron bør være under 50 ng/dL (1,7 nmol/L).
    - b. Serumkonsentrasjonen av østradiol bør være i området 100–200 pg/mL (0,37–0,73 nmol).
  2. For personer som tar spironolakton bør serumnivåer av elektrolytter (særlig kalium) og nyrefunksjon (særlig kreatinin) kontrolleres jevnlig.
  3. Følg anbefalinger om screening som presentert i kapittelet om primærhelse.
-

## VEDLEGG D Oppsummerte kriterier for hormonell og kirurgisk behandling av voksne og ungdommer

Intensjonen er at SOC-8 retningslinjene skal være fleksible, for å møte mangfoldige behov for helsehjelp blant TKN-personer globalt. Selv om de kan tilpasses, utgjør de også en konsensusbasert standard som er utledet fra den best tilgjengelige vitenskapelige evidens for hvordan fremme et optimalt helsetilbud og veiledning for behandling av personer med kjønnsinkongruens. Som i alle tidligere versjoner av SOC, fungerer de framsatte kriteriene for kjønnsbekreftende intervensjoner som kliniske retningslinjer. Individuelt helsepersonell, og klinikker/programmer som tilbyr helsehjelp, kan modifisere disse i konsultasjon med TKN-personen det gjelder. Avvik fra SOC kan oppstå i klinisk praksis på grunn av en TKN-persons unike anatomiske, sosiale eller psykologiske situasjon; utvikling av metoder for å takle situasjoner erfarent helsepersonell ser jevnlig; en forskningsstudie; mangel på ressurser i deler av verden; eller behov for spesifikke skadereduksjonsstrategier. Disse avvikene bør anerkjennes som sådan, diskuteres med TKN-personen, og dokumenteres. Slik dokumentasjon er også verdifull som akkumulering av ny data, som kan analyseres i etterkant, og bidra mot videreutviklingen av helsetjenester – og SOC. Denne oppsummeringen av kriteriene må leses i forbindelse med de relevante kapitlene (se kapitlene om Vurdering av voksne og Ungdommer).

### OPPSUMMERTE KRITERIER FOR VOKSNE

#### *Knyttet til vurderingsprosessen*

- Helsepersonell som vurderer trans- og kjønnsnormbrytende voksne som ønsker kjønnsbekreftende behandling bør samarbeide med profesjonsutøvere fra forskjellige fagområder innenfor helsefeltet

som angår trans- og kjønnsnormbrytende personer for konsultering og henvisning om dette trengs \*

- Dersom det kreves skriftlig dokumentasjon eller et brev for å anbefale kjønnsbekreftende medisinsk eller kirurgisk behandling, trengs kun ett brev som beskriver vurderingen, fra helsepersonell som er kompetent i vurdering av trans- og kjønnsnormbrytende personer.

#### *Kriterier for hormoner*

- Kjønnsinkongruens er tydelig og vedvarende;
- Oppfyller diagnostiske kriterier for kjønnsinkongruens før kjønnsbekreftende hormonbehandling i områder der en diagnose er påkrevet for å få tilgang til helsetjenester;
- Viser kapasitet til å gi samtykke til den spesifikke kjønnsbekreftende hormonbehandlingen;
- Andre mulige årsaker til tilsynelatende kjønnsinkongruens har blitt identifisert og ekskludert;
- Psykisk helse og somatiske tilstander som kan ha negativ innvirkning på behandlingsresultatet har blitt vurdert, og risiko og fordeler diskutert;
- Forstår effekten av kjønnsbekreftende hormonbehandling på reproduktiv helse og de har utforsket reproduktive alternativer.

#### *Kriterier for kirurgi*

- Kjønnsinkongruens er tydelig og vedvarende;
- Oppfyller diagnostiske kriterier for kjønnsinkongruens før kjønnsbekreftende kirurgiske inngrep i områder der en diagnose er påkrevet for å få tilgang til dette;
- Viser kapasitet til å gi samtykke til den spesifikke kjønnsbekreftende kirurgiske intervensjonen;
- Forstår effekten av kjønnsbekreftende kirurgiske inngrep på reproduktiv helse og de har utforsket reproduktive alternativer;
- Andre mulige årsaker til tilsynelatende kjønnsinkongruens har blitt identifisert

- og ekskludert;
- f. Psykisk helse og somatiske tilstander som kan ha negativ innvirkning på resultatet av kjønnsbekreftende kirurgiske intervensjoner har blitt vurdert, og risiko og fordeler har blitt diskutert;
  - g. Personen har vært stabil på et hensiktsmessig kjønnsbekreftende hormonbehandlingsregime (som kan inkludere minst 6 måneder med hormonbehandling eller lenger dersom dette trengs for å oppnå det ønskede kirurgiske resultatet, med mindre hormonbehandling enten ikke er ønsket eller er kontraindisert på medisinsk grunnlag).\*

\*Disse ble gradert som foreslåtte kriterier

## **OPPSUMMERTE KRITERIER FOR UNGDOM**

### **Knyttet til vurderingsprosessen**

- En fullstendig biopsykososial vurdering som involverer relevant helsepersonell innen psykisk og somatisk helse;
- Involvering av forelder/foreldre eller foresatt(e) i vurderingsprosessen med mindre det fastsettes at deres involvering er skadelig eller ikke gjennomførbart;
- Dersom skriftlig dokumentasjon eller et brev er påkrevet for å anbefale kjønnsbekreftende medisinsk eller kirurgisk behandling, trengs kun ett brev som beskriver vurderingen, fra et av medlemmene i det flerfaglige teamet. Brevet må avspeile vurderingen og oppfatningen til teamet som involverer helsepersonell både innen somatisk og psykisk helse.

### **Pubertetsutsettende medikamenter**

- a. Kjønnsinkongruens er tydelig og vedvarende
- b. Oppfyller diagnostiske kriterier for kjønnsinkongruens i situasjoner der en diagnose er påkrevet for å få tilgang til dette;
- c. Viser den følelsesmessige og kognitive modenheten som behøves for å gi samtykke/tilslutning til behandlingen;
- d. Dersom det foreligger bekymringer (om noen) knyttet til psykiske helse som kan vanskeliggjøre diagnostisk klarhet, samtykkekapasitet, og

- kjønnsbekreftende medisinsk behandling, må disse bekymringene være tilstrekkelig ivaretatt slik at kjønnsbekreftende medisinsk behandling kan tilbys på optimalt vis.
- e. Informert om effekten på reproduktiv helse inkludert mulig tap av fruktbarhet, og tilgjengelige alternativ for fruktbarhetsbevaring;
- f. Har oppnådd Tanner-stadium 2.

### **Hormonbehandlinger**

- a. Kjønnsinkongruens er tydelig og vedvarende
- b. Oppfyller diagnostiske kriterier for kjønnsinkongruens i situasjoner der en diagnose er påkrevet for å få tilgang til behandlingen;
- c. Viser den følelsesmessige og kognitive modenheten som behøves for å gi samtykke/tilslutning til behandlingen;
- d. Dersom det foreligger bekymringer (om noen) knyttet til psykiske helse som kan vanskeliggjøre diagnostisk klarhet, samtykkekapasitet, og kjønnsbekreftende medisinsk behandling, må disse bekymringene være tilstrekkelig ivaretatt slik at kjønnsbekreftende medisinsk behandling kan tilbys på optimalt vis.
- e. Informert om effekten på reproduktiv helse inkludert mulig tap av fruktbarhet, og tilgjengelige alternativ for fruktbarhetsbevaring;
- f. Har oppnådd Tanner-stadium 2.

### **Kirurgi**

- a. Kjønnsinkongruens er markert og langvarig
- b. Oppfyller diagnostiske kriterier for kjønnsinkongruens i situasjoner der en diagnose behøves for å få tilgang til helsetjenester;
- c. Viser den følelsesmessige og kognitive modenheten som behøves for å gi samtykke/tilslutning til behandlingen;
- d. Dersom det foreligger bekymringer (om noen) knyttet til psykiske helse som kan vanskeliggjøre diagnostisk klarhet, samtykkekapasitet, og kjønnsbekreftende medisinsk

behandling, må disse bekymringene være tilstrekkelig ivaretatt slik at kjønnsbekreftende medisinsk behandling kan tilbys på optimalt vis.

- e. Informert om effekten på reproduktiv helse inkludert mulig tap av fruktbarhet, og tilgjengelige alternativ for fruktbarhetsbevaring;
- f. Minst 12 måneder med kjønnsbekreftende hormonbehandling, eller lenger dersom dette trengs for å oppnå det ønskede kirurgiske resultatet,

for kjønnsbekreftende inngrep, inkludert brystforstørrelse, orkiektomi (fjerning av testikler, o.a.), vaginoplastikk (konstruksjon av vagina, o.a.), hysterektomi (fjerning av livmor, o.a.), falloplastikk (konstruksjon av penis, o.a.), metoidioplastikk (utnytter forstørret klitoris etter testosteronbehandling, o.a.), og ansiktskirurgi, med mindre hormonbehandling enten ikke er ønsket eller er kontraindisert på medisinsk grunnlag).



## VEDLEGG E Kjønnsbekreftende kirurgiske inngrep

Det er absolutt nødvendig å forstå at denne listen ikke er ment å være uttømmende, fordi feltets forståelse av de

mange aspektene av kjønnsinkongruens utvides og teknologi utvikles som åpner muligheter for ytterligere behandlinger. Dette er særlig viktig siden det ofte går lang tid mellom oppdateringer til SOC, og i denne tidsperioden kan forståelsen av kunnskap og behandlingsmåter forandres.

---

### ANSIKTSKIRURGI

Panne

- Panneredusering
- Panneforstørrelse
- Panneløft

Forflytning av hårlinjen og/eller hårtransplantasjon

Ansiksløft / løft av midtre del av ansikt (etter modifikasjon av den underliggende skjelettstrukturen)

- Platysmaplastikk

Blefaroplastikk

Rhinoplastikk (+ / - fyllere)

Kinn

- Fettransplantasjon

Leppe

Underkjeve

Omforming av hake

Chondrolaryngoplastikk

- Implantat
- Fettransplantasjon
- Forkorting av overleppe
- Leppeforstørrelse (inkluderer autolog og ikke-autolog)
- Redusering av kjevevinkel
- Forstørrelse
- Osteoplastikk
- Alloplastikk (implantatbasert)
- Stemmebåndskirurgi (se kapittelet Stemme og Kommunikasjon)

### BRYSTKIRURGI

Mastektomi

- Mastektomi med bevaring av brystvorte-areola eller rekonstruksjon alt etter som hva som er medisinsk nødvending for en spesifikk pasient
- Mastektomi uten bevaring av brystvorte-areola eller rekonstruksjon alt etter som hva som er medisinsk nødvending for en spesifikk pasient

Fettsuging

Brystrekonstruksjon (brystforstørrelse)

- Implantat og/eller vevsekspander
- Autolog (inkluderer basert på flap eller fettransplantasjon)

### GENITALKIRURGI

Falloplastikk

(med/uten scrotoplastikk)

- Med eller uten forlenging av urinrøret
- Med eller uten protese (penisprotese eller testikkelprotese)
- Med/uten kolpektomi/kolpogleisis

Metoidioplastikk

- Med/uten scrotoplastikk
- Med eller uten forlenging av urinrøret
- Med eller uten protese (penisprotese eller testikkelprotese)
- Med/uten kolpektomi/kolpogleisis

Vaginoplastikk (inversion, peritoneal, intestinal)

- Kan inkludere bevaring av penis og/eller testikkel

Vulvoplastikk

- Kan inkludere inngrep som beskrives som "flat front"

### GONADEKTOMI

Orkiektomi

Hysterektomi og/eller salpingo-ooforektomi

### KIRURGISK KROPPSFORMING

Fettsuging

Fettransplantasjon

Implantater

Monsplastikk / redusering av mons

- Pektoral-, hofte-, gluteal-, leggimplantat

### ANDRE INNGREP

Hårfjerning: Hårfjerning fra ansikt, kropp og genitalområdet for kjønnsbekreftelse eller som en del av preoperativ forberedelsesprosess (se uttalelse 15.14 angående hårfjerning)

Tatovering (for eksempel brystvorte/areola)

Livmorstransplantasjon

Penistransplantasjon

---

- Elektrolyse
- Hårfjerning med laser