

Veileder for oppfølging av trans-feminine pasienter hos fastlegen:

1. Blodprøve 6 måneder etter at vedlikeholdsdosen er nådd, deretter årlig ved stabil utvikling

Hormoner: testosteron og østradiol. Hvis østradiol eller testosteron måles utenfor målverdiene 0,3-0,7 nmol/L og <3 nmol/L henholdsvis, bør økning eller reduksjon i dosen vurderes. Hvis dosen endres, bør blodprøvene kontrolleres hver 4-6 uker inntil verdiene er stabile.

Andre blodprøver: HbA1c og lipider. Kalium og natrium bør kontrolleres hvis pasienten bruker Spironolakton. Prolaktin bør kontrolleres hvis pasienten bruker Cyproteron.

2. Monitorering av forventede effekter av hormonbehandling hvert annet år

Selvopplevde effekter av behandlingen vil være et viktigere mål enn hormonverdier i blodet. F.eks. hvis pasienten er fornøyd med effekten til tross for testosteronverdier >3, er det ikke nødvendig å øke dosen antiandrogen for å oppnå testosteronverdier innenfor målområdet.

3. Screening for utvikling av hjerte- og karsykdommer

Måling av vekt, blodtrykk, HbA1c, lipider og årlig EKG for pasienter over 45 år.

Østradiolbehandling kan gi økt risiko for både arteriell og venøs trombose. Transdermale østradiolpreparater gir lavere risiko for trombose enn perorale preparater. Det anbefales vurdering av overgang fra orale østradiolpreparater til transdermale østradiolpreparater etter 45 års alder. Pasienten bør være obs på tegn på sykdom som kan skyldes trombedannelse og oppfordres til å ta kontakt med helsetjenesten hvis de oppstår. Andre risikofaktorer for slike tilstander bør også kartlegges.

Terskelen for å forebygge, behandle eller henvise for iskemisk kardiovaskulær sykdom, høyt blodtrykk, overvekt, dyslipidemi og diabetes bør være lavere enn hos befolkningen ellers. Risikoen for slike tilstander vil sannsynligvis være lavere enn for cis-menn på grunn av hormonbehandlingen, men forebygging/behandling vil gi best mulig kardiovaskulært utgangspunkt.

4. Ved migrene

Migrene kan oppstå/forverre seg etter oppstart med feminiserende hormonbehandling. Vurder en henvisning til nevrolog for riktig diagnose og vurdering om daglig migreneprofylakse bør igangsettes i lys av behandling med feminiserende hormoner.

5. Ved spørsmål om seksualitet

Henvis til en sexolog med kompetanse innenfor kjønnsinkongruens.

6. Ved ønske om å få barn

Feminiserende hormonbehandling fører til at sædkvaliteten og fertiliteten blir nedsatt, men pasienten kan fortsatt få barn hvis hen har samleie som kan medføre graviditet. Derfor anbefales det at pasienten bruker prevensjon hvis hen ikke ønsker barn.

Hvis pasienten ønsker å få barn, tyder studier på at hen kan seponere feminiserende hormonbehandling i mellom 3 måneder til 2 år og så prøve å få barn eller lagre kjønnsceller. Det er ikke garantert at nedsettelsen i fertiliteten vil reversere seg, men det er mulig. Det er derfor anbefalt at pasienten fryser ned kjønnsceller før oppstart med kjønnsbekreftende hormonbehandling.

7. Ved ønske om å slutte med østradiolbehandlingen

For de som har testikler, kan man velge å bråseponere hormonbehandlingen eller trappe ned over tid, i henhold til behovene til pasienten. Det er sannsynlig at testiklene begynner å produsere testosteron etter en stund uten hormonbehandling, derfor er det lite bekymring for langvarig hypogonadisme, men kortvarige (uker-måneder) hypogonadisme kan oppstå før testosteronproduksjon gjenopptas. Hvis testiklene ikke begynner å produsere testosteron, kan et testosteronpreparat brukes for å unngå hypogonadisme. Brystvekst etter behandling med østradiol er irreversibelt og kommer ikke til å reversere seg med tid.

For de uten testikler, kan det være nødvendig å legge til et testosteronpreparat for å unngå hypogonadisme.

8. Ved symptomer på hypoandrogene symptomer eller lavt testosteron på blodprøvekontroll

Hvis pasienter har lave testosteronverdier ($<0,7$) eller rapporterer symptomer på lavt testosteron (nedsatt/ingen seksuell lyst eller lave energinivåer) kan det være fornuftig å redusere dosen antiandrogen. Mange transfeminine pasienter kan stoppe med antiandrogener etter hvert grunnet testikulær atrofi etter langvarig undertrykkelse av FSH/LH som stimulerer testikulær volum. Hvis dosen antiandrogen blir endret anbefales en kontroll etter 8 uker ettersom testikulær volum øker gradvis over tid.

9. Screening for brystkreft

De som bruker feminiserende hormonbehandling bør tilbys mammografi ifølge de nasjonale retningslinjene for brystkreftscreening. Hvis pasient har juridisk kjønn som mann, får de ikke automatisk innkalling til screeningprogrammet og fastlegen bør tilse at pasient tilbys screening. Genetisk risiko bør kartlegges via anamnese.

10. Screening for prostatakreft

For de over 50 år, screenes det for prostatakreft etter nasjonalt screeningprogram.

Behandling med østradiol og anti-androgener reduserer PSA; normale verdier kan derfor ses selv hos pasienter med prostatakreft.

Hos pasienter som har gjennomgått kjønnsbekreftende genitalkirurgi kan prostata palperes via fremre vaginalvegg.

11. Forebygging og utredning av osteoporose

For de som har fjernet testiklene, bør bentetthet måles om pasienten skulle slutte med østradiol. Ved kontinuerlig bruk av østradiol bør første bentetthetsmåling utføres ved 50 års alder. En høy LH er indikasjon for å måle bentetthet.

Informasjon om diagnosen Z.76.80. Kjønnsinkongruens i ungdom og voksen alder:

Diagnosen kjønnsinkongruens er ny i ICD-11, og har i Norge blitt innført tidligere enn resten av ICD-11, allerede i januar 2020, som anbefalt av SOC 8 i kapittel 5.1: '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'. Diagnosen tilhører et nytt opprettet kapittel i ICD-11 som samler flere tilstander relatert til seksuell helse og vurderes ikke lenger som en psykisk sykdom.

Diagnosen lyder som følgende: "Kjønnsinkongruens er karakterisert som en markert og vedvarende inkongruens mellom et individs opplevde kjønn (gender på engelsk) og tildelte kjønn ved fødsel (sex på engelsk), som ofte fører til ønske om å gjennomgå en transisjon for å kunne leve og bli akseptert som en person med den opplevde kjønnsidentiteten i form av sosiale tiltak, kjønnsbekreftende hormonbehandling og kirurgi eller annen type helsehjelp for å øke samsvar mellom kropp og kjønnsidentitet til den graden det er ønsket og mulig."

Hvis du ønsker mer informasjon om behandling av kjønnsnormbrytende personer i primærhelsetjenesten, anbefales følgende ressursene:

- The [Standards of Care 8](#) av the World Professional Association for Transgender Health (særlig kapittel 15 Primærhelse) - tilgjengelig på både engelsk og norsk
- [Ichatten.no](#) - informasjon for helsepersonell, pasienter og nærstående
- Artikkelen fra [Norsk Elektronisk Legehåndbok](#) om kjønnsinkongruens
- UpToDate - [Transgender women: Evaluation and management](#)
- [Gender Dysphoria/Gender Incongruence Guideline Resources](#) av The Endocrine Society
- [Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People](#) av University of California, San Francisco