

Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens

Avdeling for kjønnsidentitetsutredning (AKV)

Informasjon om utrednings- og behandlingstilbudet
til pasienter over 18 år



Avdeling for kjønnsidentitetsutredning av voksne

Besøksadresse: Rikshospitalet, Sognsvannsveien 20

Postadresse: Pb 4950 Nydalen, 0424Oslo

D 5, 1. etg

Telefon, sekretariatet: 23074160 (man - fre 09:00-11:00, 13:00-14:00)

Pasientkoordinator: 23074933 (tirs + tors 09:00-11:00)

Fagansvarlig:

Utredning: Avdelingsleder Kjersti Gulbrandsen

Endokrinologi: Overlege Thomas Schreiner

Kirurgi: Klinikksjef, professor Kim A Tønseth

Målgruppe: Behandlere i spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og media

Oslo, 25.03.19

Revidert: 10.01. 21

©



Innholdsfortegnelse

Innledning

Z -76.80 (ICD-10) Kjønnssinkongruens i ungdom- og voksen alder (tidl. F-64.0, transseksualisme)

ICD-11

Ikke- binær kjønnsidentitet

Kjønnssinkongruens- nasjonal faglig retningslinje

Regionale ressursentre

Henvisningsrutiner- og kriterier

Oppstart på behandling utenfor NBTK

Samsykklighet

Alder

Forekomst av anger etter kjønnsbekreftende behandling

Suicidprevalens

Utredningen

Vurderingssamtalen

Anamneseopptak

Psykiatrisk vurdering

Diagnostisk vurdering

Henvisning til hormonell og kirurgisk behandling

Virkelighetserfaring

Psykososial stabilitet

Kontroller under behandlingsforløpet

Postoperative kontroller og AKV kvalitetssikringsprogram

Behandlingstilbudet

Hormonell behandling

Virkning og bivirkning, kontraindikasjoner

Kirurgisk behandling

M-K

Brystaugmentasjon

Reduksjon av strupehodet

Genitalkonstruksjon



K-M

Fjerning av livmor og eggstokker
Maskulinisering av bryst
Genitalkonstruksjon

Finansiering

Behandlingshjelpemidler

Logopedisk rådgivning
Endring av juridisk kjønn
Nedfrysing av kjønnsceller
Pasientforeningene

Barn som pårørende

Avdeling for kjønnsidentitetsutredning av voksne

Antall henvisninger, konsultasjoner og behandlinger
Presentasjon av teamet
Fagformidling
Forskning
Ambulant virksomhet
Deltakelse på konferanser og kurs

Fagdag
Faglig referansegruppe
Hospitering ved AKV
NBTK Nettside

Regionalt ressurscenter for kjønnsinkongruens, Vestfold

Aktuell litteratur & film

Referanser

Vedlegg

Intervjuguide (målgruppe; spesialisthelsetjenesten lokalt)

Hamburg Body Drawing Scale (selvutfyllingsskjema)



Innledning

Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet har siden 1979 hatt landsfunksjonen for behandling av pasienter med diagnosen Z-76.80 (tidl. F-64.0, transseksualisme,), kjønnsinkongruens, som er den gjeldende indikasjonsstillingen for å kunne tilby kjønnsbekreftende, medisinske- og kirurgiske intervensjoner. Målet for behandlingen er at pasientene opplever samsvar mellom identitet og kropp, færre begrensninger for livsutfoldelse og økt livskvalitet.

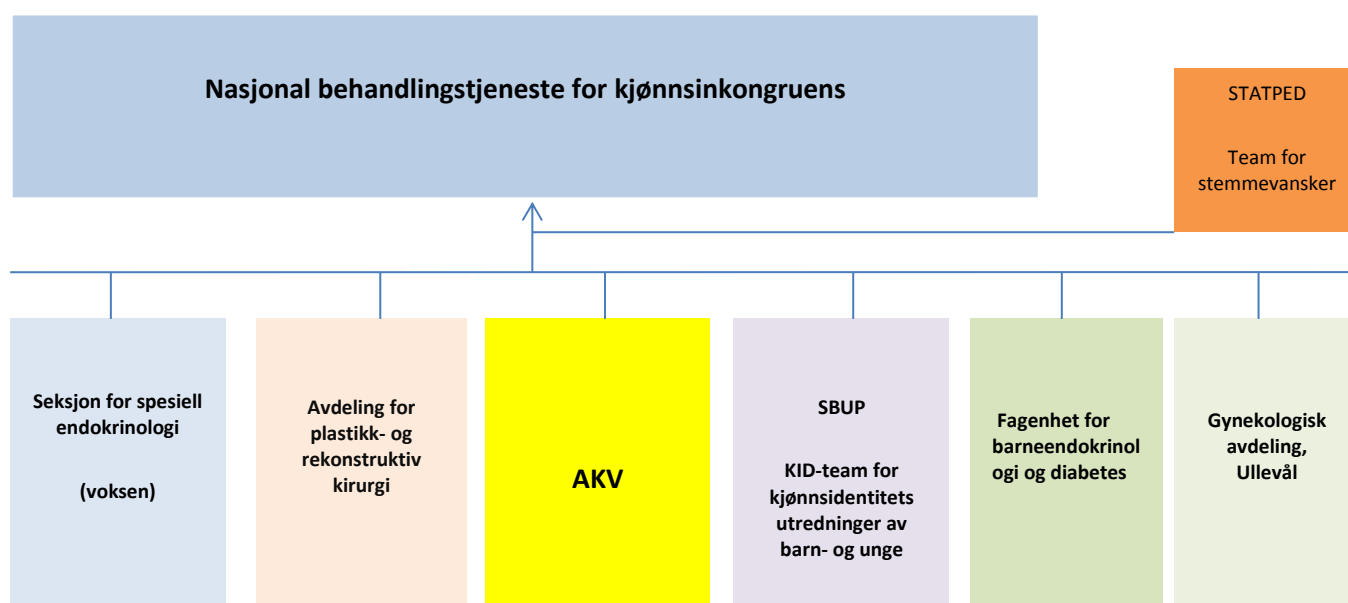
*Tjenestens mandat er å diagnostisere og utrede endokrinologisk- og kirurgisk behandlingspotensiale, samt å tilby hormonell- og kirurgisk behandling av pasienter som oppfyller kriteriene for diagnosen kjønnsinkongruens.
Tjenesten innbefatter ikke tilbud om primærpsykiatrisk utredning eller psykoterapi.*

Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens (NBTK) ble etablert på bakgrunn av helsemyndighetenes målsetting om at små pasientgrupper, som har behov for høyspesialiserte og tverrfaglige tjenester, skal ha tilbud om et likeverdig og kostnadseffektivt utrednings- og behandlingstilbud, uavhengig av hvor pasientene er bosatt i landet.

Organiseringen av Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens (NBTK)

NBTK er fordelt over 5 klinikker og 6 avdelinger og seksjoner

1. Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi, avdeling for plastikk- og rekonstr.kir.
2. Barne- og ungdomsklinikken, avdeling for barn og unges psykiske helse i sykehus
3. Nevroklinikken, Avdeling for kjønnsidentitetsutredning av voksne (AKV)
4. Medisinsk klinikk, avdeling for endokrinologi og sykelig overvekt, Barnemedisinsk avdeling
5. Kvinneklinikken, avdeling for gynekologi



Diagnosen F-64.0, transseksualisme ble 01.01.20 erstattet av diagnosekodene Z- 76.80 og Z- 76.89 (uspesifisert kjønnsinkongruens) i ICD-10, i påvente av ferdigstillelsen av ICD- 11.

Symptomer på kjønnsinkongruens kan oppstå i barndom, i ungdomsårene eller i voksen alder, og er en tilstand hvor personen opplever en konflikt mellom opplevelse av kjønnsidentitet og fødselskjønn. Dette fører ofte til en utvikling av sterk kjønnsdysfori og med et påfølgende ønske om hormonell og/ eller kirurgisk behandling. Etiologien, det vil si hvordan fenomenet oppstår, er ikke kjent, men er fokus for forskning både nasjonalt og internasjonalt. Pasienter med kjønnsinkongruens utgjør en heterogen gruppe med flere diagnostiske sub-grupper.

Z -76.80 (ICD-10) Kjønnsinkongruens i ungdom- og voksen alder

«..karakteriseres av en markert og vedvarende inkongruens mellom et individs opplevde kjønn og tildelte kjønn, som ofte leder til et ønske om «skifte», for å leve og bli akseptert som en person av det opplevde kjønn, ved hjelp av hormonbehandling, kirurgi eller annen helsehjelp for å få kroppen til å samsvare, så mye som ønskelig, og i den utstrekning det er mulig, med det opplevde kjønn. Diagnosen kan ikke stilles før puberteten. Diagnosen kan ikke stilles på bakgrunn av oppførsel eller preferanser alene

Differensialdiagnose: Z-76.89. uspesifisert kjønnsinkongruens

ICD-11

WHO publiserte i juni 2018 den første versjonen av ICD-11. Denne utgaven skal gi medlemslandene mulighet til å begynne planleggingen av innføring av ICD-11. Ved innføringen av det nye medisinske kodeverket ICD- 11, vil diagnosen F-64.0, transseksualisme trolig forsvinne. ICD-11 er lansert, men er enda ikke implementert i Norge.

Endringen, fra ICD-10 til ICD-11 vurderes å være omfattende og vil kreve samkjøring av mange aktører. Direktoratet for e-helse har per i dag ikke en tidfestet plan på innføringen av ICD- 11 i Norge (Viser til Hdir; Nasjonal faglig retningslinje for kjønnsinkongruens publisert 23.06.20, s 42-43) På tross av at man i ICD-11 trolig ikke vil ha kjønnsinkongruens under kapittel F (psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser), er det likevel slik at mange pasienter med kjønnsinkongruens/dysfori har behandlingstrengende psykiatrisk samsykklighet og utviklingsforstyrrelser (Heylens et al., 2014). Disse pasientene vil ha behov for et tilbud i spesialisthelsetjenesten lokalt.

Ikke-binær kjønnsidentitet:

Å ha en ikke- binær kjønnsidentitet innebærer at man verken opplever seg som kvinne eller mann (Store Norske Leksikon, 2020). Per i dag tilbys ikke kjønnsbekreftende behandling til personer med ikke- binær kjønnsidentitet ved NBTK. Begrunnelsen for dette er at det pr i dag ikke foreligger tilstrekkelig evidens for at hormonell og/ eller kirurgisk kjønnsbekreftende behandling er riktig behandling av personer med ikke-binær kjønnsidentitet. Ved alle

beslutninger om medisinsk behandling gjelder «ikke- å skade» prinsippet. Forsvarlighetskravet er forankret i helsepersonelloven § 4, spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, og retten til nødvendig helsehjelp som følger av særlovgivningen, jf. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b. Forsvarlighetskravet skal alltid ligge til grunn for valg og gjennomføring av både utredning og behandling. Kravet er en rettslig standard som endres i tråd med medisinsk og teknologisk utvikling.

Kjønnsinkongruens -nasjonal faglig retningslinje

Tilbudet til pasienter med kjønnsinkongruens/ kjønnsdysfori har blitt vurdert å være mangelfullt og det har vært uttrykt bekymring særlig fra interesse- og pasientorganisasjoner. Helsedirektoratet har i denne forbindelse, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, utarbeidet en nasjonal, faglig retningslinje for helsehjelp til personer med kjønnsinkongruens som ble publisert 23.06.2020.

Formålet har vært å etablere et differensiert, desentralisert og helhetlig helsetilbud til personer med kjønnsinkongruens i henhold til regjeringens handlingsplan mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk (Barne- og likestillingsdepartementet; Trygghet, mangfold, åpenhet; 2017-2020, tiltak nr. 26). Etablering av regionale ressursentre for kjønnsinkongruens (RR) planlegges over hele landet.

Det påpekes i retningslinjen at dette er en utviklingspreget prosess som nødvendigvis vil ta tid å få på plass i alle regioner. Det vil kreve ressurser og tid for å opprette et konkret tjenestetilbud, skaffe nødvendig kompetanse, utvikle faglige nasjonale retningslinjer om kliniske problemstillinger det er faglig uenighet om, samt etablere forskningsprosjekter. En del av det desentraliserte helsetilbudet som anbefales i retningslinjen vil derfor fortsatt være knyttet til den nasjonale behandlingstjenesten (ref. Retningslinjen, s 46).

Regionale ressursentre (RR)

NBTK, på oppdrag fra HSØ, samarbeider med Akershus universitetssykehus HF og Sykehuset i Vestfold i arbeidet med å utvikle et helhetligbehandlings tilbud til personer med kjønnsinkongruens. De foreslåtte anbefalingene i retningslinjen, sammen med internasjonal fagkunnskap og erfaringer fra andre lands tjenester, legges til grunn ved etableringen (HSØ, april 2020). Spesifisert oppgave- og funksjonsfordeling og samarbeidsrutiner skal videre utarbeides av helsefellesskapene (ref.; retningslinjen, s 18). For informasjon om RR etablert i Vestfold, se bakerst i kompendiet.

Henvisningsrutiner- og kriterier

NBTK har egne etablerte henvisningskriterier i henhold til forskrift – og veileder for nasjonale behandlingstjenester i spesialisthelsetjenesten (veileder for Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten, jan 2017). I følge Nasjonal faglig retningslinje for kjønnsinkongruens

har; NBTK ansvar for at det finnes omforente henvisningskriterier og at disse blir gjort kjent for aktuelle henvisere til tjenesten (ref.; Retningslinjen, s 21).

Ved mistanke om behandlingstrengende kjønnsinkongruens skal pasienten først henvises for vurdering i spesialisthelsetjenesten lokalt, dvs. til distriktpsikiatrisk poliklinikk (DPS) eventuelt til privatpraktiserende avtalespesialist. Der skal det gjennomføres kartlegging og vurdering av pasientens psykososiale situasjon og funksjonsnivå. Den faglige begrunnelsen for dette er forankret i den kompleksiteten vi ser hos pasienter som henvises til AKV, viser til avsnitt om samsykklighet.

Primærpsykiatrisk utredning i spesialisthelsetjenesten lokalt og regionalt (DPS)

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1a og 2-1b (lovdata.no) at pasienter og brukere har rett til nødvendig helse- og omsorgstjenester fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten. For å fastslå hvilke tjenester pasienten eller brukeren har behov for må det foretas en individuell vurdering. Behovsvurderingen må bygge på en forsvarlig utredning av pasienten (ref.; Retningslinjen, s 7).

Pasientens behov for en psykiatrisk primærutredning, inkl. differentialdiagnostiske overveielser og funksjonsvurdering, vurderes best ivaretatt i spesialisthelsetjenesten lokalt eller regionalt (gjelder der det er etablert RR). AKV ønsker gjennom henvisningskriteriene blant annet å sikre at pasientene får tilbud om en standardisert og likeverdig primærutredning i spesialisthelsetjenesten lokalt. Dette også i samsvar med LEON- prinsippet (lavest effektive omsorgsnivå), det vil si at all undersøkelse og behandling skal foretas på lavest mulig nivå i helsetjenesten, i nær tilknytning til pasientens hjemmemiljø (Stortingsmelding nr. 9, 1974-75).

Spesialisthelsetjenesten lokalt og regionalt er en svært viktig samarbeidspartner under pasientens prosess ved NBTK.

Prioriteringsveilederen for spesialisthelsetjenesten

I prioriteringsveilederen for psykisk helsevern for voksne (Helsedirektoratet, 02.11.2015) s. 2- 3 står det at prioriteringsveilederen skal være en beslutningsstøtte for dem som vurderer henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Veilederen dekker de vanligste henvisningene innenfor hvert fagområde. I prioriteringsveilederen gis det anbefalinger om rettigheter på gruppenivå.

Prioriteringsveilederen er ment å dekke 75-80 % av problemstillingene som tas opp i henvisninger til fagområdene. Ut over dette finnes små pasientgrupper som ikke dekkes av de vanligste henvisningsårsakene, som for eksempel kjønnsinkongruens (KI). Det er usikkert hvor utbredt KI er i befolkningen, men synes å ligge i området 4.6- 6.8: 100 000 i to relativt nye globale metaanalyser (Collin et al., 2016). Antall henviste pasienter til AKV har de siste par årene ligget på om lag 450 årlig. Det er på bakgrunn av dette ikke å forvente at pasientgruppen spesifiseres i prioriteringsveilederen for psykisk helsevern for voksne.

Følgende skal kartlegges og vurderes

anamnese- inkludert opplysninger omkring pasientens somatisk status (+ BMI), kjønnsidentitetsutvikling, primærpsykiatrisk utredning og personlighetsevaluering (for eksempel ved bruk av semi-strukturerte instrumenter som MINI og SCID-II), utredning i forhold til autismespektertilstander (for eksempel Asperger) ved klinisk mistanke, utredning av kognitiv funksjon om aktuelt, rus-screening der det er mistanke om pågående rusmisbruk.

Deretter kan pasienten henvises til AKV.

Det forutsettes at pasientene har en forankret behandlingskontakt lokalt eller regionalt (RR) under hele utrednings- og behandlingsforløpet.

Erfaringsmessig ser vi at pasienter med kjønnsdysfori er tjent med psykoterapeutisk / støttebehandling parallelt med utredning og behandling.
Medikamentell og kirurgisk behandling er en krevende prosess, både fysisk og psykisk.

Pasienter uten behandlingstrengende, komorbide tilstander vil derfor også ha behov for langtidsoppfølging, men kan ivaretas på et lavere omsorgsnivå enn DPS, for eksempel i kommunehelsetjenesten.

AKV tilbyr alle lokale behandlere veiledning ved behov.

Oppstart på behandling utenfor NBTK

I veileder for Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten står det spesifisert under kapittel 4, § 4-2

«bestemmelsen innebærer at bare det helseforetak som er tillagt ansvar for den nasjonale tjenesten skal drive høyspesialisert pasientbehandling innenfor det fagområdet tjenesten er godkjent for.»

Spesialisthelsetjenesten ved NBTK skal sørge for høyspesialisert kompetanse innen definerte områder i tråd med oppgaver i forskrift (ref.; retningslinjen, s 36). Alle sykehus og helseforetak forpliktes å henvise pasienter til det behandlingstilbudet den nasjonale behandlingstjenesten er tillagt ansvar for (ref.; retningslinjen, s 21).

Det at pasientene har startet kjønnsbekreftende, hormonell behandling før eller underveis i utredningen ved AKV påvirker utredning og diagnostikk. Pasientene endrer seg vesentlig under behandlingen, i det ytre og i det emosjonelle. Dette setter utrederne i en situasjon som vanskeliggjør diagnostisk validitet og som igjen kan påvirke valg av riktig påfølgende behandling. Oppstart på hormonell og/eller kirurgisk behandling på feil indikasjon kan få alvorlige og irreversible konsekvenser for pasienten.

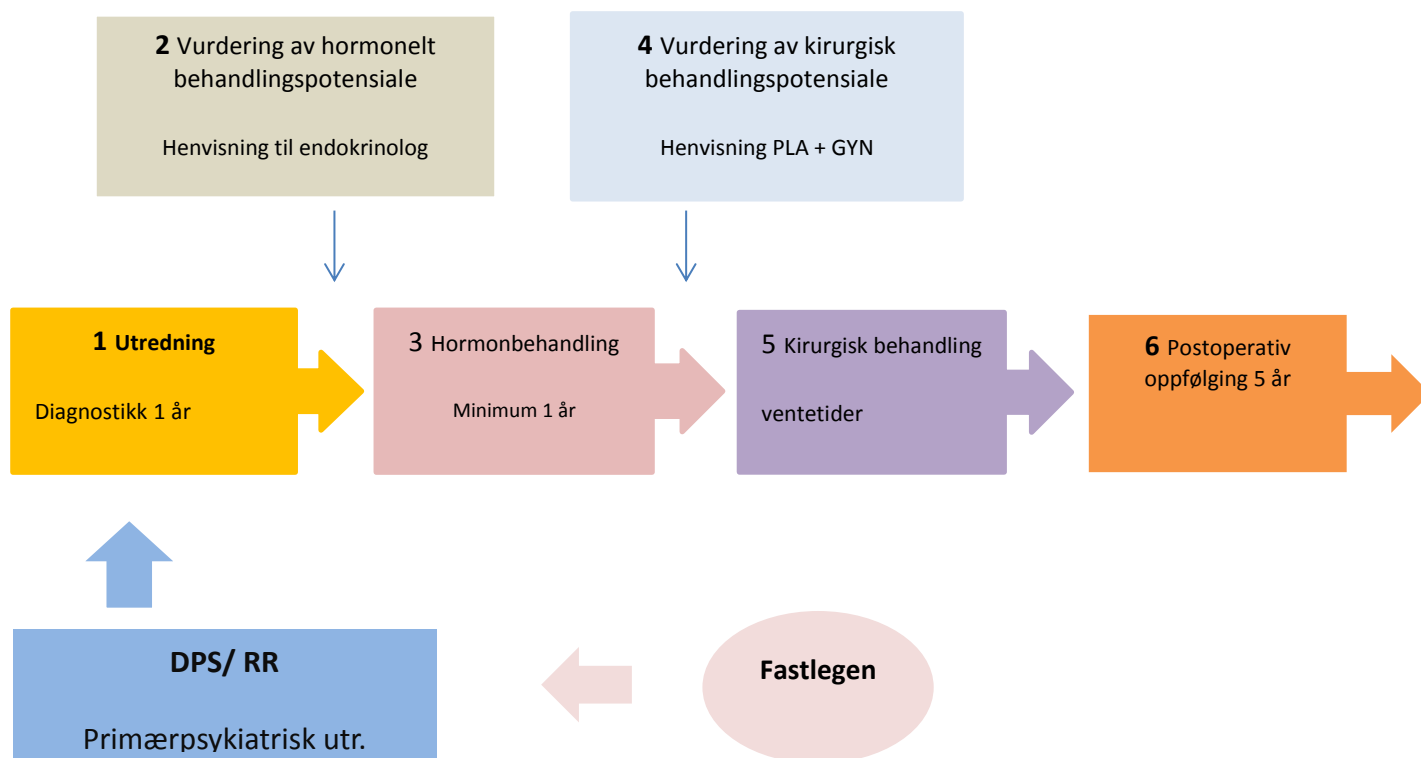
Utredningen ved AKV

Utredning- og behandling av kjønnsinkongruens er en omfattende og krevende prosess som krever at personen er stabilt psykososialt fungerende. Personen må også fremvise høy grad av frustrasjonstoleranse. AKV setter som krav at alle personer som henvises eller er under utredning ved AKV, har en behandlingskontakt lokalt.

For å kunne diagnostisere kjønnsidentitetsopplevelsen må den være vedvarende og ikke et symptom på alvorlig psykopatologi. Diagnostikken hviler på pasientens kjønnsidentitetsanamnese, drivkraften bak ønsket om kjønnskongerter og hvordan denne kan forstås. Vanligvis vurderes 1 år som tilstrekkelig utredningstid, men en andel av pasientene som tilbys vurdering og utredning ved AKV, viser seg å ha alvorlige, sameksisterende psykososiale, miljømessige og/ eller fysiske utfordringer ved siden av kjønnsdysfori. Pasientens ulike utfordringer må behandles lokalt eller regionalt, før en oppstart på utredning ved AKV kan igangsettes- eller kontinueres. Dersom en pasient har omfattende psykososiale utfordringer, vil dette ha innvirkning på utredningens lengde.

Pasienter som ikke vurderes som egnet for hormonell og/ eller hormonell og / eller kirurgisk behandling vil få dette kommunisert allerede ved utredningsoppstart eller tidlig i utredningsprosessen. Disse pasientene vil AKV, i samarbeid med pasientens lokale behandler eller fastlege, forsøke å finne et alternativt og egnet tilbud til lokalt eller regionalt (RR).

III: Oversikt over henvisnings- utrednings- og behandlingsforløpet



Samsykklighet

De senere årene har det vært en markant økning av henviste pasienter med oppmerksomhetssvikt, eksekutive funksjonslidelser, nevrobiologiske tilstander og tilstander innen autismespekteret (ASD), primært Asperger.

Det er registrert en overrepresentasjon av autismespektertilstander i pasientgruppen, varierende fra 14,5 til 26 % i nylig publiserte data fra flere europeiske land (Kalliala-Heino et al., 2015; Skagerberg, DiCeglie & Carmichael, 2015; Van der Miesen et al., 2017).

Av de henviste og overførte pasienter i 2020 hadde 20,9 % hadde en eller flere nevropsykiatriske tilstander (ASD/Asperger/ADHD/ADD/Tourette). 9,1 % hadde Asperger syndrom (med eller uten ADD, ADHD og Tourettes). Til sammenlikning rapporterte SINTEF Helse i 2005 et prevalensestimert (ASD) på 0,04 % for hele befolkningen (Hem KG & Husum TL, 2008). I en undersøkelse av forekomst av ASD med høyt funksjonsnivå blant barn i Sør- Trøndelag, ble det estimert at 0,35 % av barn i alder 5-18 år har ASD (Weidle et al., 2011).

Henviste pasienter får tilbud om utredning- og behandling med sameksisterende ASD/ kjønnsinkongruens. Noen pasienter som har sameksisterende ASD og kjønnsdysfori må i særskilte tilfeller utredes av eksperter på ASD før man kan starte eller fortsette utredningen ved AKV. Pasientene, pårørende og lokale behandlere informeres om manglende kunnskapsgrunnlag i forhold til langtidsprognose etter behandling.

Eksempler på psykiatrisk samsykklighet

I forbindelse med behandling av mottatte henvisninger i 2020 fant vi at 76,2 % hadde tidligere eller pågående psykiatrisk komorbiditet. Majoriteten oppfylte kriteriene for en eller flere Akse -1 lidelser. Hyppigst forekommende var depresjon (pågående og livstid) og angst. I tillegg til depresjon og angst møtte 5,2 % ved henvisningstidspunktet kriteriene for PTSD, 3,5 % hadde vært utsatt for seksuelle overgrep, 11,6 % hadde en historie med selvskading og 10,6 % hadde før henvisningstidspunktet hatt suicidal tanker/ atferd. Forskning har vist at Akse 1 tilstander er hyppigere forekommende i pasientgruppen (40 %) enn i den øvrige befolkningen (Heylens et al., 2014, Bouman et al. 2016, Millet et al. 2016).

En andel henviste pasienter har somatiske tilstander som kan komplisere – og i enkelte tilfeller gjøre at man ikke kan anbefale eller tilby hormonell og/ eller kirurgisk behandling.

Eksempler på somatisk samsykklighet

Over- og undervekt, kromosomavvik (Klinefelter, Turner), føtalt alkoholsyndrom, hormonelle avvik (PCOS,) binyrebarksvikt, leppe/ kjeve/ganespalte, dysmeli, kreft (bryst, testikkel, mage-tarm, svelg, ovarial- livmor), MS, Hepatitt B + C + auto-immun hepatitt, HIV, Syfilis, CP, organsvikt (nyre, lever) arvet eller medfødt hjerte- karsykdom, analatresi, urologiske misdannelser, diabetes, syns- og hørselshemming, ME, epilepsi, artritt, hypersomni, Leidenmutasjon, M Graves, Kikichi-Fujimoto syndrom, hypofysetumor m forhøyet prolaktin, skoliose, vekstforstyrrelse, spastisk quadriplegi, hemofili, Plélan-McDermid syndrom (kromosomfeil), essensiell tremor, androgen insensitivitets syndrom, Morbus Menière, Non- Hodgkins lymfom, narkolepsi

Alder

Alder og samsykklighet (somatiske og psykiske) er ikke_eksklusjonskriterier i seg selv. Alle

pasienter blir vurdert individuelt. Aldersspennet i henviste pasienter til NBTK/ AKV i 2020 var mellom 18 og 70 år.

Hos eldre pasienter (60 +) er det ikke uvanlig at pasienter har somatiske problemstillinger, som kan påvirke valg av behandlingstiltak.

Der man anser at tilbud om behandling kan være kontra-indisert vil dette problematiseres så tidlig som mulig i utredningsforløpet.

Slike saker drøftes alltid i vår multi-disiplinære arbeidsgruppe (+ med lokale behandlere/sykehus).

Forekomst av angrep etter kjønnsbekreftende behandling

NBTK har de siste 15 årene opplevd at 5 pasienter (1,3 % av alle kirurgisk behandlede pasienter i perioden, 2 K-M, 3 M-K, yngste 20 eldste over 50), som hadde gjennomgått hormonell- og kirurgisk kjønnsbekreftende behandling, ønsket tilbakekonvertering.

Ytterligere 5 pasienter avsluttet den hormonelle behandling med begrunnelsen at det « ikke føltes riktig likevel».

Enkelte av pasientene som ønsket kirurgisk tilbakekonvertering rapporterte å ha alvorlige psykiske problemer, at de hadde hatt problemer med å bli «lest» i rett sosial kjønnsrolle eller at dysforien likevel ikke ble borte etter behandlingen. Av de som ønsket tilbakekonvertering hadde om lag halvparten mottatt deler av behandlingen utenfor NBTK. En tilbakekonverteringsprosess er en svært krevende somatisk- og psykososial prosess og bør foregå over tid og under tverrfaglig oppfølging.

Suicidprevalens

6 ferdigbehandlede pasienter tok sitt eget liv i perioden 2010-2020 (1.6 % av 360). Til sammenlikning var den årlige suicidprevalensen i den øvrige norske befolkningen (2018) 12.9 per 100 000 innbyggere (Folkehelse rapporten FHI, 2020).

Vurderingssamtalen

Alle pasienter som kommer til en vurderingssamtale får strukturert informasjon omkring utrednings- og behandlingstilbudet, rettigheter i forhold til hjelpemidler, deponering av kjønnsceller og logopedi. Informasjonen består av en visuell presentasjon og et informasjonsskriv med svar på de spørsmålene som ofte stilles av pasienter, lokale behandlere og pårørende.

Lokal behandler forventes å delta i inntakssamtalen og er en viktig støttespiller i pasientens første møte ved AKV. Direkte kommunikasjon helst i et fysisk møte, omkring informasjon og vurdering av pasientens situasjon, hvor man fordeler ansvar og arbeidsoppgaver mellom lokal behandler, pasienten og AKV er nødvendig.

At lokal behandler deltar ved en, eller flere samtaler, der det er behov for dette, bidrar til å kvalitetssikre pasientbehandlingen, til godt samarbeid og kunnskapsspredning. Samtalen kan gjennomføres ved oppmøte eller ved bruk av videokonsultasjon.

Anamneseopptak

Supplerende anamnese, gjennomføres 3-4 mnd. etter inntak.

Psykiatrisk vurdering (status presens)

Strukturert intervju ved bruk av instrumenter (MINI + SCID-II) gjennomføres separat eller på samme dag (individuell vurdering av behov). Denne screeningen inngår også i en forskningsprotokoll (SOBER 1), for de pasientene som har samtykket skriftlig til deltakelse.

Diagnostisk vurdering

To eller tre (i særlig kompliserte saker) behandlere gjennomfører et strukturert, diagnostisk intervju og setter på bakgrunn av dette, etter gjennomgang av pasientens journal, diagnosen Z-76.80, kjønnsinkongruens (ICD-10).

For å kunne starte hormonell- og/ eller kirurgisk behandling må personen ikke ha sameksisterende psykososiale eller fysiske problemer som kan påvirke langtidsprognosen negativt under- eller etter behandlingen. Som regel ber AKV lokal behandler om en statusrapport før pasienten henvises til hormonell og/ eller kirurgisk behandling.

Henvisning til hormonell- og kirurgisk behandling

For å kunne starte hormonell behandling eller bli henvist til kirurgiske inngrep, må pasienten fremvise stabilitet innen alle livsområder, innen rammene av egne forutsetninger (individuell vurdering). Det er pasientens ønske om behandlingstiltak som ligger til grunn for vurderingene. Avgjørelser i forhold til behandlingstiltak fattes i dialog med pasienten, lokale behandlere og pårørende. AKV ber pasientens lokale behandler om en statusrapport før sakene drøftes i teamet.

Før henvisning til kirurgiske tiltak gjøres en vurdering av pasientens totale psykososiale situasjon, funksjonsnivå, vurdering av samtykkekompetanse- og somatisk status, compliance og mestringssevne før en tar stilling til tilbud om behandling.

Noen pasienter har kun behov for eller ønske om en delvis behandling, for eksempel velger bort hormonbehandling, brystaugmentasjon, fjerning av livmor/ eggstokker og / eller genitalkonstruksjon. Dette tilbys, forutsatt at pasienten oppfyller kriteriene for Z-76.80 (ICD-10). Vi behandler til pasienten ikke lenger opplever kroppsdysfori, eller til dysforien er på et akseptabelt nivå (pasientens vurdering).

Alle saker drøftes i vårt tverrfaglige team til man når konsensus. Av og til oppstår det uenighet i teamet og da må den/ de i teamet som ikke er enig i at pasienten henvises til kirurgi, gjøre en ny vurdering (treffe pas på nytt, innhente ny statusrapport fra lokal behandler), før saken drøftes på nytt. I særlig kompliserte og sammensatte saker tas saken opp i det større multi-disiplinære teamet der alle faggruppene møtes.

Virkelighetserfaring (VE)

VE er en psykososial prosess som innebærer at pasienten lever i sitt opplevde kjønn i alle livssammenhenger. VE er ment som en forberedelse til den fysiske transisjonen.

Pasienten forventes under utredningen å leve i tråd med sitt opplevde kjønn og endre sosial kjønnsrolle i alle livssammenhenger, i minimum et år. Dette for å kunne vurdere om det er det riktige for den enkelte, før oppstart på delvis irreversibel hormonell behandling og irreversibel kirurgisk behandling.

Proessen slutter ikke når pasienten er ferdigbehandlet ved NBTK, men fortsetter på mange måter livet ut. Omstilling etter kjønnskongerteringen er en så omfattende prosess at det må vurderes om dette er noe pasienten vil mestre, også i et livsløpsperspektiv. VE vil bidra til at pasienten får undersøkt hvordan han eller hun evner å tilpasse seg ny sosial kjønnsrolle, om det oppleves naturlig og riktig. Den sosiale transisjonen utgjør det sentrale erfaringsgrunnlaget utredningen ved AKV hviler på.

Det finnes ingen universell «oppskrift» på hvordan man går frem. Man må prøve seg frem. Noen ber familie og venner om råd. Andre oppsøker styliiter, ser i magasiner, på nettet og observerer andre i forhold til stil og atferdsuttrykk.

Psykososial stabilitet og funksjon

Utredning, hormonell og kirurgisk kjønnsbekreftende behandling er en krevende prosess, både psykisk og fysisk. Derfor forventes det at pas har en stabil psykososial fungering ved oppstart på utredningen ved AKV. Stemningsstabilitet og frustrasjonstoleranse er svært viktig. Erfaringsmessig ser vi at pasienter opplever uønskede psykiske og emosjonelle reaksjoner under oppstart på hormoner (depresjon, stemningslabilitet). Postoperative reaksjoner (depresjon, angst) forekommer også hos en del pasienter, noe som kan påvirke det endelige operasjonsresultatet og langtidsprognosen.

Hormoner og kirurgi vil hjelpe pasienten i forhold til kjønns-/kroppsdysforien, men symptomer på depresjon, angst o.l. må likevel behandles psykoterapeutisk.

For å komme seg greit gjennom en kjønnskongerteringsprosess er det viktig å ha gode rammer rundt seg; familie, venner og organisert daglig aktivitet. Alt i livet kan ikke dreie seg rundt utrednings- og behandlingsprosessen, det kommer en dag da pasienten er ferdigbehandlet ved NBTK. For å unngå en opplevelse av tomhet i etterkant av en langvarig kjønnskongerteringsprosess er det viktig å ha noen konkrete mål for fremtiden.

Deltakelse i utdanning og arbeidsliv danner grunnlaget for å kunne forsørge seg selv, er en viktig arena for sosial kontakt, kilde til opplevelsen av å bidra og til å få anerkjennelse. Dette har igjen betydning for opplevelse av mestring og har innvirkning på livskvaliteten. Pasienter

i en kjønnskonverteringsprosess skal motiveres til slik deltakelse, innen rammene av egne forutsetninger.

Kontroller under behandlingsforløpet

Pasienten følges opp med kontroller (vurdering av status presens og pre-operativ informasjon) under det første året med hormonell behandling. Kontrolltimene samkjøres så langt det lar seg gjøre med endokrinologisk kontroll for å spare pasientene for utilbørlig fravær fra skole og jobb. Etter minimum ett år (individuelle vurderinger) vurderes pasienten med henblikk på henvisning til kirurgiske tiltak. Pasienter som er henvist til kirurgi og står på venteliste kalles inn til kontroller og får pre-operativ informasjon (intervall 6-8 mnd.) av lege eller sykepleier.

Postoperative kontroller og kvalitetssikringsprogram

Opphør av kjønnsdysfori er ikke ensbetydende med et problemfritt liv. Noen kan oppleve at livet etter behandlingen medførte utfordringer de ikke hadde sett for seg. Mange pasienter tillater seg ikke å fokusere på øvrige livsproblemer under prosessen ved AKV, kjønnsdysforien har hovedfokuset. Ofte dukker problemene opp igjen etter behandlingen og noen pasienter har behov for psykoterapi og oppfølging på DPS eller avtalespesialist lokalt.

Alle pasienter som har gjennomgått hormonell og/ eller kirurgisk behandling og opplever seg som ferdigbehandlet, tilbys en årlig samtale i 5 år. Oppfølgingssamtalen består av en personlig samtale der pasienten har anledning til å ta opp positive og negative erfaringer forbundet med behandlingen.

Dersom pasienten har behov for henvisning til avdeling for plastikk- og rekonstruktiv kirurgi, gynekologisk avdeling, avdeling for fertilitetsmedisin eller vedkommende ønsker å søke om et behandlingshjelpemiddel, kan aktuelle behandler hjelpe pasienten med dette. I tillegg til samtalene inviterer AKV pasientene til å delta i et forskningsprosjekt, se under avsnittet om forskning.

Faglig forankring

NBTK sin klinisk praksis er forankret i anbefalingene fra The World Professional Association for Transgender Health (WPATH); «Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender –Nonconforming People», version 7 (SOC, WPATH, 2011) og BMJ Best Practice; Gender Dysphoria (Oct 27, 2017) .

AKV sin utredningsprotokoll er basert på en standardisert utredningsmodell utarbeidet i samarbeid med utredningsteamene i Amsterdam, Ghent og Hamburg (Kreukels et al, 2010), benyttes også i Sverige og Danmark og vurderes å være den eneste vitenskapelig dokumenterte modellen pr i dag (FHI,2020).

Behandlingstilbudet

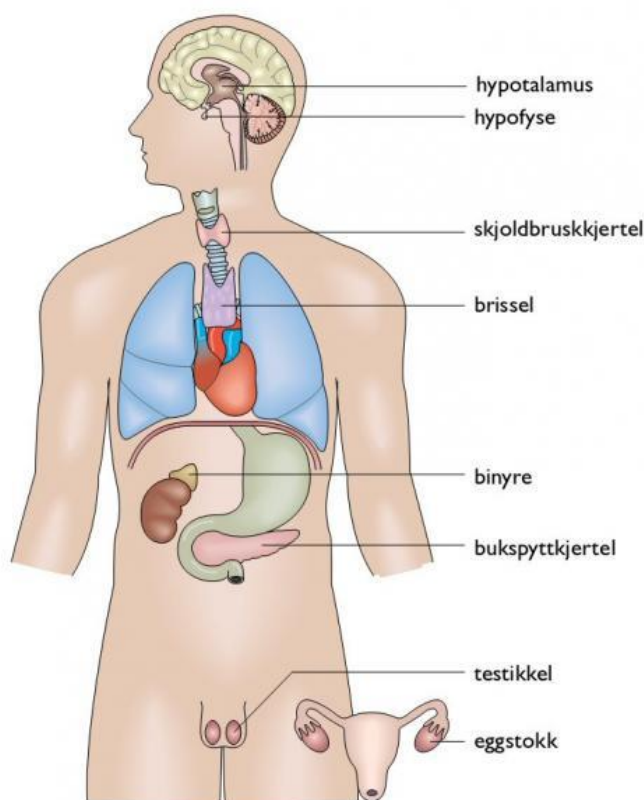
Hormonell behandling

Hormonell behandling gis pasienter av begge kjønn etter utredning og diagnostikk er klar. Det søkes til Helfo om refusjon slik at pasienten får hormonene på «blå» resept. Man må ha fylt 16 år for å kunne starte på kjønnskontrær, hormonell behandling.

Pasientene står på hormonbehandling i minst et år før henvisning til kirurgi.

Hormonbehandlingen påvirker både kroppen og følelseslivet, noen beskriver det som «å gå igjennom en ny pubertet». Det kan ta noen måneder før en stabiliseres under hormonbehandlingen. Psykososial stabilitet under den hormonelle behandlingen øker sannsynligheten for at pasienten vil komme seg gjennom den krevende kirurgiske behandlingen på en god måte, uten å bli psykisk ustabil.

(Ill;i fra internett)



Kroppslige endringer under hormonbehandling kan potensielt påvirke muligheter og valg av kirurgisk metode (fjerning av bryst, genitalkonstruksjon). Behandlingen varer livet ut for de fleste av pasientene.

Pasienter med mannlig fødselskjønn (M-K)

Behandlingsmål: Feminisering uten uakseptable medikamentbivirkninger, holde østradiol og testosteron i pre-menopausalt kvinnelig nivå.

Virkning: Tynnere hud, endret fettfordeling, redusert hårvekst på kroppen, penis- og testikkelatrofi, redusert spermieproduksjon og ereksjonsfunksjon.

Bivirkning: Økt risiko for DVT og lunge- og hjerneemboli, leversykdom, hypertensjon, negative

psykiske reaksjoner, varig nedsatt fertilitet (?).

Kontraindikasjoner: DVT, lungeemboli, arteriell trombo-embolisme (tidligere eller nåværende; hjerteinfarkt, angina), alvorlig leversykdom.

Forsiktighet ved: overvekt, depresjon, migrene.

Vektgrense: Det er ønskelig at BMI ikke overstiger 30, individuell vurdering.

Når pasienten er ferdigbehandlet av NBTK's endokrinolog kan pasientens fastlege overta blodprøvekontroller (1-2 ganger pr år) og reseptutskrivning. Resept på østrogen (pr i dag Progynova eller Estradot) skrives ut på blå resept under pkt. E 89.4. Når det gjelder blodprøver bør det følges med på E2, SHBG, leverprøver, lipider og blodsukker. Når pasienten når 40 års alder bør overgang til transdermalt østrogen vurderes.

Pasienter med kvinnelig fødselskjønn (K-M)

Behandlingsmål: Maskulinisering uten uakseptable medikamentbivirkninger, holde testosteronnivået innenfor normalt mannlig nivå.

Virkning: Grovere hud, omfordeling av fett, økt muskelmasse, økt kroppsbe håring, mørkere stemme, klitorishypertrofi, menstruasjon opphører (hos de fleste).

Bivirkning: Erythrocytose (for mange røde blodceller), cystisk akne, retensjon, ødemer, leversykdom, psykiske reaksjoner, varig nedsatt fertilitet (?).

Kontraindikasjoner: Erythrocytose, alvorlig leversykdom.

Forsiktighet ved: alvorlig hjerte-, lever- eller nyresvikt, ischemisk hjertesykdom, epilepsi, migrene, søvnapnè, brystkreft, psykisk ustabilitet.

Når pasienten er ferdigbehandlet av NBTK's endokrinolog kan pasientens fastlege overta blodprøvekontroller (1-2 ganger pr år) og reseptutskrivning. Refusjon etter pkt. 89.5. Når det gjelder blodprøver bør det følges med på testosteronnivå, SHBG, leverprøver, hemoglobin, hematokrit, blodsukker og lipidstatus. Blodprøvene tas 1-2 uker før neste injeksjon. Doseringsintervall endres på bakgrunn av prøvene. Ved behov for veiledning i forhold til dosering og prøvesvar kan fastlegen kontakte AKV. Testosteronbehandlingen er livslang.

Kirurgisk behandling

Foregår på Rikshospitalet, Ullevål (Gynekologisk avd.) og Aker (dagkirurgi). Alle pasienter må til en poliklinisk undersøkelse før operasjon.

Vektgrense BMI < 30 for all kjønnsbekreftende kirurgi

Røykfrihet kreves før plastikkirurgiske inngrep

Pasienter med mannlig fødselskjønn (M-K)

Brystaugmentasjon

Dersom ikke hormonbehandlingen har gitt tilfredsstillende resultat vurderes brystforstørrende kirurgi (innleggelse av brystprotese). Runde proteser foretrekkes da de vurderes som mer stabile enn anatomiske. Moderne brystproteser gir mindre problemer enn tidligere; som for eksempel at brystene blir harde (bindevevskapsel) og at behovet for utskifting er redusert. De fleste silikongel-proteser har livsvarig garanti mot ruptur / lekkasje. Snittet legges i folden under brystet noe som gir god tilgang og kontroll ved innleggelsen. Gjort riktig vil ikke arret synes. Inngrepet gjøres dagkirurgisk.

Komplikasjoner: Blødning, infeksjon

Reduksjon av strupehode («Adamseplet»)

Pasientene har tilbud om reduksjon av strupehodet, dvs. at deler av brusken fjernes kirurgisk.

Etter individuell vurdering

Tracheal shaving før-og etter (ill. foto fra internett)



Genitalkirurgi

Mål Konstruksjon av et kjønnsorgan med tilnærmelsesvis lik kvinnelig anatomi og funksjon. Urinrøret forkortes ned til kvinnelig lengde. Det lages en åpning mellom analåpningen og urinrøret hvor det konstrueres en vagina, primært ved at man fjerner testiklene, svamplegemene (penis), avkorter urinrøret til kvinnelig lengde og lager en vagina som «kles» med penishuden. Av og til er det ikke nok penishud. Da må kirurgen i tillegg ta hud fra andre steder på kroppen (lår, flanke). Det er et omfattende og ikke-reversibelt inngrep.

I utgangspunktet tilstrebes en vagina som er minimum 10 cm dyp og 3 cm i diameter. Deler av penishodet bevares og blir til en klitoris. Majoriteten av pasientene rapporterer erogen sensibilitet og orgasmefunksjon i klitoris etter operasjonen. Inngrepet gjøres i én operasjon, men det kan bli aktuelt med korreksjonsinngrep senere, individuell vurdering av dette.

Prostata fjernes ikke og må derfor sjekkes etter helsemyndighetenes gjeldende anbefalinger.



Blokkestaver i Latex



Saltvannsbelg og kvinnekateter (foto: Lene K Bjørnson)

For å holde vaginaen funksjonell må pasienten bruke medisinske «blokkestaver» i lateks.

Dette er særlig viktig den første tiden etter operasjonen, men kan for noen være nødvendig gjennom hele livet. Pasientene får grundig opplæring i både blokking og skylling. Vaginaen har ikke fuktproduserende kjertler, så pasienter vil trenge å bruke glidemiddel ved blokking og samleie. Vaginaen er ikke «selvrensende» og må skylles med saltvann, daglig den første tiden etter operasjonen, ukentlig resten av livet.

Selv om vaginaen er konstruert kirurgisk kan pasienten få seksuelt overførbare sykdommer og underlivsplager

Pasienter med kvinnelig fødselskjønn (K-M)

Fjerning av livmor og eggstokker (LH/BSOE)

Pasienter som, grunnet sterk kjønnsdysfori, ønsker å fjerne eggstokker og livmor har tilbud om det. *Dette er irreversibel kirurgi som vil frata pasienten muligheten til å bli gravid og føde barn.* Operasjonen foregår dagkirurgisk, på Ullevål sykehus. De som ikke bor i Oslo overnatter på sykehotell før og natten etter operasjonen. Det benyttes kikkeshullsteknikk (laparoskopi), det vil si at kirurgen opererer via instrumenter som stikkes inn i magen.

Komplikasjoner

postoperativ blødning, infeksjon eller vannlatings problemer kan forekomme.

Alle som ønsker inngrepet må til en gynekologisk undersøkelse i forkant av operasjonen.

Dette foregår på Kvinneklinikken på Ullevål. Kirurgen må påse at alt ligger til rette for å gjennomføre inngrepet via laparoskopisk metode, med uthenting av eggstokker, eggledere og livmor gjennom skjeden. Inngrepet gjøres dagkirurgisk. Pasienter som bor utenfor Oslo-Akershus overnatter på pasienthotellet.

Pasienten sykemeldes etter operasjonen, lengden på sykemeldingsperioden avtales individuelt.

Pasienten som av ulike årsaker ikke ønsker å fjerne eggstokker og livmor må sjekke seg jevnlig (g.u) hos fastlege eller gynekolog. Pasienten må ta celleprøver, UL eller CT, MR (dersom vagina er for trang til å undersøkes fysisk). Helsemyndighetene anbefaler undersøkelse hvert 3. år etter fylte 25 år.

Man får ingen påminnelse fra det offentlige når man har mannlig personnummer

Maskulinisering av bryst

Ulike metoder, noen gir mer arrvev enn andre. Valg av teknikk avhenger av brystenes størrelse, mengde hud og vev.

Operasjonene gjøres på Rikshospitalet eller på Aker sykehus, med overføring til sengepost (avdeling for plastikk- og rekonstruktiv kirurgi) i løpet av samme dag. Blødningsfaren etter operasjon er relativt stor (store sårflater under huden) derfor ønsker kirurgene at pasienten overnatter. Dersom det postoperative forløpet har vært komplikasjonsfritt, skrives pasienten ut dagen etter. Det legges inn dren under operasjonen som fjernes før avreise eller hos fastlegen. Man må bruke kompressjonsplagg i flere uker etter operasjonen.

Postoperativ oppfølging og kontroll avtales individuelt e brystvev beholdes i forbindelse med mastektomien. Det er lite risiko for brystkreft, men noe høyere enn for personer med mannlig fødselskjønn. Selvundersøkelse anbefales når man kommer i 40-50 årsalderen. Rutinemessig mammografi anbefales ikke.



Genitalkonstruksjon

Falloplastikk

Kirurgene kan benytte vev fra ulike steder på kroppen for å konstruere en ikke-funksjonell penis. Vanligst er å ta hud og vev fra armen, magen, låret, ryggen eller lysken. På Rikshospitalet benytter kirurgene vev fra lyske eller lår. Enkelte pasienter (individuell vurdering) tilbys konstruksjon av urinrør i fallos.

Fordeler: Tilfredsstillende volum, størrelse/ utseende, psykologisk følelse av å være «hel», man slipper å bruke protese («packer»).

Ulemper: Ingen seksuell følelse eller ereksjonsfunksjon, ikke mulig å tisse fra tuppen. Bruk av protese vanskeliggjøres. Redusert seksuell følelse ved konstruksjon av urinrør.

Komplikasjoner: Det er alltid risiko for at det kan oppstå komplikasjoner under og etter en operasjon. Sirkulasjonen til hudlappen (fallosen) kan bli dårlig, det kan oppstå infeksjoner o.l. Overvekt, røyking, dårlig fysisk- og psykisk form kan øke risikoen for komplikasjoner etter operasjonen.

Metaidoioplastikk («mikro»)

Utnytter vekst av klitoris under testosteronbehandlingen for å konstruere en funksjonell men liten penis. Kirurgen gjør en individuell vurdering for å se om teknikken passer for den aktuelle pasienten. Kirurgen retter ut klitoris og konstruerer urinrør ved bruk av vaginalvev. Testikkelproteser legges inn i ytre kjønnslepper. En vaginalrest blir igjen grunnet risiko for komplikasjoner (abscesser, fistler) i forbindelse med lukking av vagina.

Fordeler: Ereksjonsmulighet, urinrørsåpning på tuppen av penis, ingen donormorbiditet, tilfredsstillende utseende, én-seanse operasjon, ingen synlige arr.

Ulemper: Størrelsen er ikke optimal («mikropenis»), under nedre normalområde (ca. 4-7 cm), Enkelte vil ha problemer med stå å late vannet og problemer med å gjennomføre penetrerende samleie.

Komplikasjoner: Urinfistel, stenose (trangt mellom nytt og opprinnelig urinrør) og problemer med vannlating, blødning/ infeksjon i forbindelse med å sette inn testikkelprotesene.

Valg av kirurgiske tiltak

Gruppen med mannlig fødselskjønn (**M-K**) velger unntaksvis bort genitalkirurgi og da ofte begrunnet i at pas er bekymret for resultatet av operasjonen, eller at pas fungerer med det kjønnsorganet de er født med. I forhold til vaginakonstruksjon har NBTK gode resultater og komplikasjonsraten er innenfor det akseptable.

Gruppen med kvinnelig fødselskjønn **(K-M)** velger relativt ofte bort genitalkonstruksjon, dels begrunnet i en forventning om dårlig resultat i forhold til funksjon og utseende, dels fordi pas ikke orker gå igjennom så omfattende kirurgi.

De som velger å gjennomføre genitalkonstruksjon ønsker som oftest metaidoio-plastikk. I forhold til denne teknikken har NBTK gode resultater og komplikasjonsraten er innenfor det akseptable.

Når det gjelder falloplastikk tilbys lapp fra lår, med eller uten konstruksjon av urinrør. Pasienter som ønsker konstruksjon av urinrør, vurderes spesielt nøye i forhold til psykosial fungering, compliance og mestringshistorie (bla mestring av tidligere postoperative forløp). Her regner man med 75- 100 % komplikasjonsrate.

Noen pasienter opplever psykiske reaksjoner (primært angst og depresjon) etter genitaloperasjonen, til tross for at de har vært stabilt fungerende før operasjonen (gjelder begge kjønn). Det er viktig at pasienter som opplever dette følges tett opp lokalt også etter at de har kommet hjem.

Ventetider på kirurgi, polikliniske konsultasjoner og kirurgiske inngrep

Fra pasienten henvises vil det gå ca. 6 måneder før vedkommende får en førstegangssamtale med kirurg ved Avdeling for plastikk- og rekonstruktiv kirurgi (PLA, RH). På Gynekologisk avdeling og dagkirurgen på Ullevål er det noe kortere ventetid på undersøkelse og operasjon.

Ventetidene på operasjoner vil variere da kapasiteten på elektive inngrep ved Avdeling for plastikk- og rekonstruktiv kirurgi påvirkes av antall pasienter innen alle diagnosegrupper som henvises. I tillegg driver avdelingen akuttbehandling av pasienter som gjør at noe planlagt kirurgi må forskyves. En økt tilstrømming av pasienter vil bidra til lenger ventetid på enkelte operasjoner. Pasienter som har behov for akuttoperasjoner prioriteres foran elektive inngrep. Pasienter som kan møte på kort varsel kan få tilbud om operasjon tidligere enn planlagt.

Finansiering

Utredningen og behandlingen er gratis, men man betaler egenandel på polikliniske besøk og dagbehandling. Når egenandelsgrensen er nådd betales ikke egenandel. Operasjoner som medfører at pasienten må legges inn i sengepost er gratis

Behandlingshjelpemidler

Helse -og Omsorgsdepartementet vedtok i 2014 at; «*behandlingshjelpemidler inngår i den medisinske kjønnsendringsprosessen, hvis formål er å hjelpe pasienten til å oppnå et annet kjønnsuttrykk*». Utgiftene til slike hjelpemidler skal belastes helseforetakene.

Hårfjerning, vaginablokker, saltvannsbelger, engangskateter og glidemiddel (M-K), kompressjonsplagg og ulike typer penisproteser (K-M) inngår i tilbudet.

For å få disse hjelpemidlene (med unntak av kompressjonsplagg) forutsettes det at pasienten

oppfyller kriteriene for Z-76.80 (ICD-10). AKV søker om hårfjerning, kompressjonsplagg og uerigert protese på vegne av pasientene.

Proteser som går under benevnelsen «**seksualtekniske hjelpemidler**» kan alle autoriserte leger, inklusive fastleger, søke om dispensasjon til, på vegne av pasienten. Dette for å sikre best mulig tilgjengelighet for pasienten. Erigerte penisproteser avviker fra normerende produkt og inngår derfor ikke i gjeldende rammeavtale, lege kan søke NAV om dispensasjon fra denne.

Pasienten kan selv kjøpe erigert penisprotese via netthandel. NAV har publisert en oversikt over aktuelle nettsider (*Seksualtekniske hjelpemidler 13.09.13*, www.nav.no). Krav om å få refundert kjøpesummen sendes NAV økonomitjeneste. Det refunderes ikke mer enn kr 6 000. Det må søkes på nytt hver gang pasienten har behov for ny protese og det ligger ingen begrensninger i hvor ofte en pasient kan bestille en protese.

Stemmetrening

Tilbys pasienter av begge kjønn som oppfyller kriteriene for diagnosen Z-76.80, og som sliter med stemmen. Motivasjon og gjennomføringsevne vurderes av behandlerne før henvisning.

STATPED Sør-Øst holder til på Hovseter i Oslo. Pasienter som tilhører vest- og midt regionene henvises til logopeder i Bergen og Trondheim (PPT). Det finnes også logopeder med offentlig avtale (HELFO) over store deler av landet.

Reise og evt. opphold dekkes av Pasientreiser.

Endring av juridisk kjønn

Siden juli 2016 kan alle norske borgere endre juridisk kjønn, uavhengig av diagnoser og behandling. Å skifte navn og personnummer kan være til god hjelp i perioden pasienten skal tilpasse seg å leve i endret sosial kjønnsrolle (VE). Pasienten kan selv gå inn på «Altinn» og søke om å endre navn og juridisk kjønn, man finner fremgangsmåten på deres nettsider.

Pasientens nye navn og personnummer vil endres automatisk i offentlige registre, men pas må selv skaffe seg nytt pass, førerkort, bankkort osv.

Nedfrysing av kjønnsceller

Behandling med hormoner kan påvirke pasientens fertilitet negativt.

Dersom pasienten ønsker å fryse egg eller sæd anbefales pasienten å gjøre dette før oppstart på hormonbehandling.

Til nå har *Lov om bruk av nedfrosne, humane egg* hatt som premiss at pasienten selv må bære frem og føde barnet, da eggdonasjon og surrogati ikke tillates i Norge (Bioteknologiloven). *26.05.20 vedtok Stortinget endringer i bioteknologiloven som vil iverksettes senest i januar 2021.* Det er pr i dag ikke kjent hvordan disse endringene vil påvirke pasientgruppens (K-M) muligheter for nedfrysing og donasjon av egne egg.

Sæddonasjon, etter gjeldende regelverk

Barn som pårørende

En del pasienter som utredes ved AKV har omsorg for mindreårige barn. Stortinget vedtok i 2009 endringer i helsepersonelloven og lov om spesialisthelsetjenesten, for å sikre at helsepersonell identifiserer og ivaretar det informasjons- og oppfølgingsbehovet mindreårige barn som pårørende har. For å sikre at barnas psykiske helse ivaretas på best mulig måte skal fastlegen, i samarbeid med foresatte, vurdere og kartlegge barnets behov for oppfølging og henvise til lokal BUP, kommune- eller skolehelsetjenesten. Fastlegen rapporterer til AKV. AKV tilbyr faglig veiledning av helsepersonell som har ansvar for ivaretagelsen av barna lokalt.

Pasient- og interesseorganisasjoner

Harry Benjamin Ressurssenter (HBRS)



HBRS er en landsdekkende pasientorganisasjon for mennesker som ønsker utredning og behandling eller har diagnosen kjønnsinkongruens. Organisasjonen ble stiftet i 2000 og har som mål å arbeide politisk og sosialt for at kvinner og menn som går igjennom kjønnsbekreftende behandling skal kunne leve åpent, uten frykt for å bli sosialt utstøtt eller diskriminert. HBRS jobber forebyggende med å informere og øke kunnskapen rundt diagnosen og er en pådriver for at pasientgruppen skal ha et godt behandlingstilbud i Norge.

HBRS har barn- og ungdoms, foreldre- og pårørendeforening og lokallag i Bergen og Trondheim.

Besøk nettsiden for mer informasjon; www.hbrs.no

Skeiv Verden

er et samfunn der alle, uavhengig av etniske og religiøs opprinnelse, kan leve ut sin seksuelle orientering, kjønnsidentitet og sine kjønnsuttrykk uten å oppleve diskriminering. Skeiv Verden skal styrke rettigheter levekår, og livskvalitet til lesbiske, homofile, bifile, trans-, interkjønn og queer-personer (LHBTIQ) med innvandrerbakgrunn. Skeiv Verden startet som et prosjekt i regi av organisasjonen Fri, men ble i 2010 formelt stiftet som en selvstendig organisasjon. I dag har de formelle lokallag i Oslo og Akershus, Hordaland og Midt-Norge, i tillegg til nettverk flere steder i landet; Besøk nettsiden for mer informasjon; www.skeivverden.no

Øvrige foreninger: FRI- foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold; foreningenfri.no. Skeiv Ungdom; leder@skeivungdom.no Pasientforeningen for kjønnsinkongruens- PKI; kjonnsinkongruens.no

Rapport 2020

Avdeling for kjønnsidentitetsutredning av voksne

Ved utgangen av 2020 var 1 640 pasienter under utredning, behandling (kontroller under hormonell og kirurgisk behandling) og post- operativ oppfølging ved AKV, en økning på. Det var i snitt 2-3 mnd. ventetid for inntaks/ vurderingssamtaler gjennom 2020. Det ble gjennomført 3 553 konsultasjoner (utredning, kontroller, postoperativ oppfølging, endo) hvorav 430 vurderings/førstegangs- og overføringssamtaler. 250 pasienter ble diagnostisert med Z- 76.80 (M-K=88, K-M = 162) og 341 pasienter startet opp hormonell behandling. Ventetid på førstegangsamtale hos endokrinolog var 3-4 mnd.

Fagansvarlig endo: Johan Arild Evang/ Thomas Schreiner

Avdeling for plastikk- og rekonstruktiv kirurgi gjennomførte 529 polikliniske konsultasjoner. I alt 251 operasjoner ble gjennomført, inkl mindre inngrep og cystoskopier. Maskulinisering av bryst: 54, brystforstørrelse; 17, falloplastikk: 4, metoidio-plastikk 14, vaginakonstruksjon; 22, shaving av adamseple: 3. Fagansvarlig; Kjell Vidar Husnes/ Nina Oliver.

Gynekologisk avd: 62 pas gjennomgikk LH/ BSOE (fjerning av eggstokker og livmor)

Fagansvarlig: Karin Langeland

Henvisninger 2020

Henviste	479	M-K = 250 21,6 % (54) i aldersgruppen 18-20, 35 % (88) i aldersgruppen 20-25, 43,2 % (108) i aldersgruppen 25-70 år K-M = 229 50,2 % (115) i aldersgruppen 18-20, 24,8 % (57) i aldersgruppen 20-25. 23 % (57) i aldersgruppen 25-56.
Re-henviste:	14,4 %	69 m-k= 59,5 % (41) k-m= 40,5 % (28)
Overførte fra KID:	18,5 %	89 21 m-k 68 k-m
Utenlandsk opprinnelse	14,6 %	70 EU/ EØS: 38,5 % (27) Øvrige: 61,5 % (43, inkl adopsjon 6 stk)



Antall henviste i tidsrommene 1975- 1990 og 2007-2020

År	Antall	
1975-1990	100	totalt
2007-2010	50-70	B+V pr. år
2015	220	B+V
2017	527	B+V
2018	448	Voksne (inkl. overføring fra KID-teamet)
2019	440	Voksne (inkl. overføring fra KID-teamet)
2020	479	Voksn (inkl. overførte fra KID-teamet)
Antall henviste fordelt på helseregionene		Sum = 390 (ekskl. overført fra KID)
HSØ	60 % 230	m-k =135 k-m =96
Helse Vest	20 % 79	m-k =50 k-m =29
Helse Midt	12 % 47	m-k =22 k-m =25
Helse Nord	8 % 33	m-k =22 k-m =11
Utenfor Norge	1	Sverige

Antall returnerte henvisninger i 2020

Retur (feilsendt)	5,8 %	28 av 479
Retur (tilstand)	2,5 %	10 -psykiatriske symptomer -rus -ikke- binær tilstand
Avsluttet pasientforholdet (av behandler)	3,7 %	62 av totalt 1 640 pas (m-k= 46,k-m= 16) -manglende virkelighetserfaring -psykiatriske symptomer -rus -Adipositas -oppfyller ikke diagnosekriteriene
Avsluttet (av pasienten selv)	2,8 %	47 av totalt 1 640 pas (m-k=25, k-m= 22) <i>Majoriteten avsluttet før eller tidlig i utredningsforløpet</i> Pas begrunnelser; «for psykisk syk, ønsker meg til RR», «ønsker ikke hjelp fra NBTK, vil gå privat», «opplever ikke lenger problemer knyttet til kjønnsidentitet», «forbigående ønske», «ønsker å stabilisere egen helse», «endret ønske etter påbegynt utredning», «vil tilbake til biol kjønn», «ønsker kirurgi i utlandet», «føles ikke riktig», usikker på prosess, har det bra med kvinnelig kjæreste», «ønsker ikke gå denne veien nå».

Presentasjon av teamet ved AKV

Linn M Karlsen, Sekretær (2015)

Hege Kristin Jensen, Sekretær (2020)

Trude Rømuld, Pasientkoordinator, sykepleier (2018)

Kjersti Gulbrandsen, Avdelingsleder (2007)

Cathrine Tennebø Jacobsen Psykologspesialist, voksen (2019)

Are Dahl Michaelsen Psykologspesialist, barn og unge (2018)

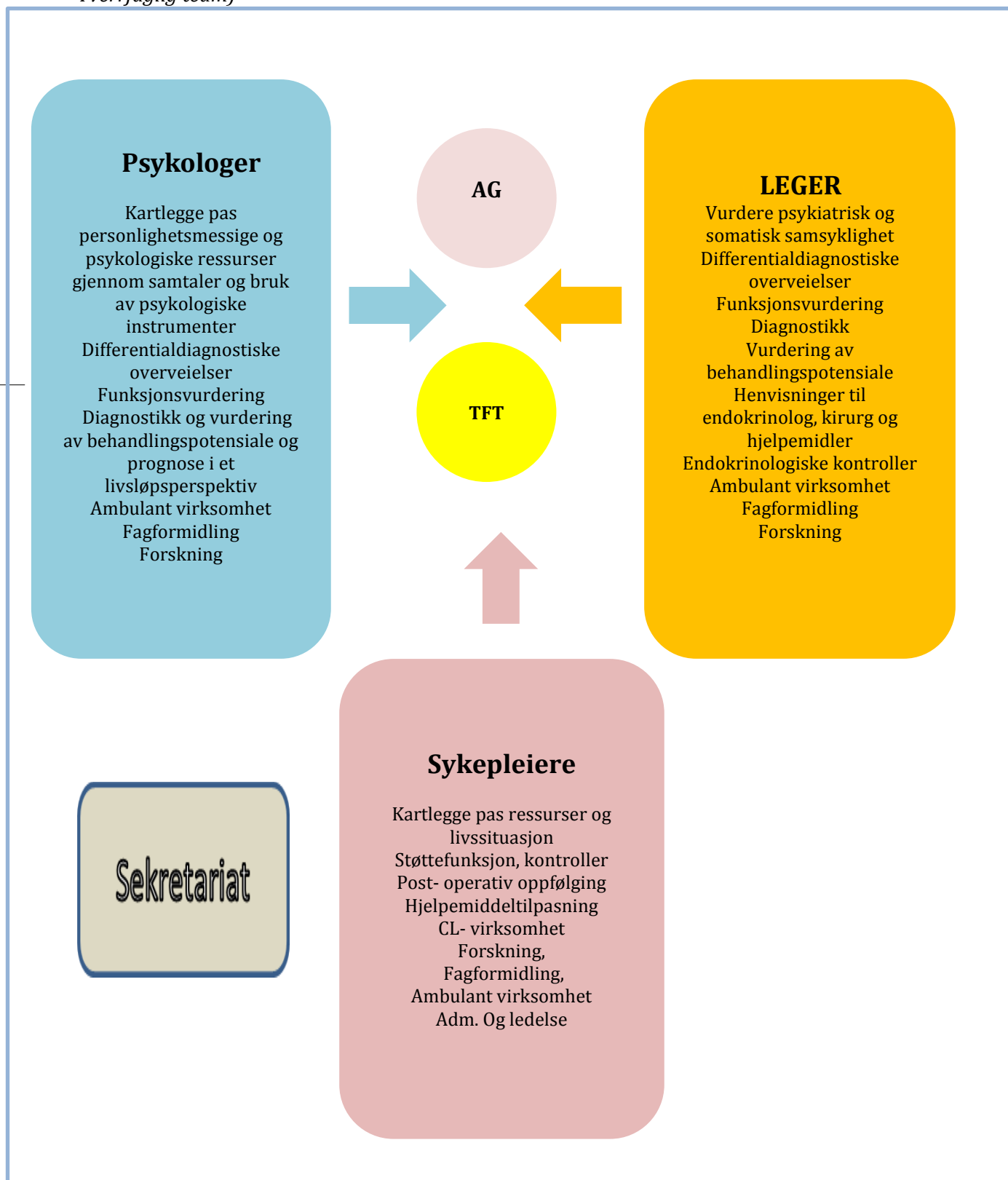
Alexander Cannistraci Psykologspesialist, voksen (2019)

Virginia Valle Psykolog (2020)

Anja Pahnke Overlege, Phd (2016)

Abdullah Mohammud, Overlege (2017)

III; Funksjonsfordelingen AKV tverrfaglige utredningsteam (AG= multidisiplinært møte, TFT= Tverrfaglig team)



Fagformidling, forskning, ambulant virksomhet og deltakelse på konferanser og kurs

Fagformidling

Avdeling for kjønnsidentitetsutredning av voksne har hatt en omfattende undervisningsaktivitet de senere årene. Målet er å holde foredrag og seminarer i alle helseregionene årlig.

I henhold til veileder for nasjonale behandlingstjenester i spesialisthelsetjenesten § 4-4 forpliktes nasjonale behandlingstjenester å formidle behandlingsresultater, delta i forskning og etablere forskningsnettverk, bidra i relevant undervisning, sørge for veiledning kunnskaps- og kompetansespredning til helsetjenesten og andre tjenesteytere.

AKV tilbyr å holde seminarer i helseregionene både halv- og heldags, etter undervisningsstedets behov og kapasitet.

I 2020 underviste AKVs ansatte i spesialist- og kommunehelsetjenesten i tre helseregioner. Grunnet Covid- pandemien var det en del undervisningsoppdrag og seminarer som utgikk eller ble gjennomført digitalt.

Seminarprogram

09:00-10:00

Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens

Presentasjon av NBTs sitt formål, virksomhet og utredningstilbud. Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten i regionene.

10:15-11.30

Kjønnsinkongruens; historikk, fenomen og behandlingstilnærming

12:30-14:00

Hormonell- og kirurgisk behandling

14:15- 15:00

Diskusjonsgrupper Tema i 2020: Kompetanseutvikling i regionene

DPS sin rolle i behandlingen av pasientgruppen, ansvarsforhold og erfaringer og forslag til fremtidig organisering. Kompetanseutvikling i regionene; tanker og synspunkter sett i lys av foredraget. Etablering av regionale fagnettverk.

15:15-15:45 Felles framlegg og diskusjon

På slutten av dagen samles samtalegruppene til felles fremlegg og plenumsdiskusjon.

Helse Sør- Øst

AHus (LIS, psykiatri)

Helse Vest

Haukeland universitetssykehus, Kronstad DPS, Bergen kommune, Migrasjonshelse Bergen, Skeiv Verden vest

Helse Midt

St Olavs Hospital, Nidaros DPS, Tiller DPS, Orkdal DPS, Østmarka, RVT, Med. klinikk.

Oslo Met

Bachelorutdanningen i sykepleie, Videreutdanning i psykisk helsearbeid

Forskning

Den kliniske forskningen ved AKV har i perioden 2007- 2016 vært dels forankret i **European Network for The Investigation of Gender Incongruence - ENIGI**, et forskningssamarbeid mellom teamene i Nederland (Amsterdam), Belgia (Ghent), Tyskland (Hamburg) og Norge (Oslo), dels i **Sex on Brain European Research Group (SOBER)**.

Den endokrinologiske delen av ENIGI (inkl. Italia) har som formål å undersøke klinisk behandlingseffekt og bivirkninger ved kjønnskontrær behandling hos voksne pasienter med kjønnsinkongruens. Målet har vært å utarbeide en standardisert og trygg protokoll for hormonell behandling. Gruppene kan vise til flere internasjonalt publiserte, vitenskapelige artikler som har styrket kunnskapsgrunnlaget på flere sentrale områder.

AKV sin forskning og seksjonens kliniske forskning er p.t forankret i forskningsgruppen Cognitive Health in Trauma and Disease, (NVR, CHTD, se *OUS forsknings nettside for informasjon*). AKV har siden 2009 samlet inn postoperative data på ferdigbehandlede pasienter.

Andre forskningsprosjekter

Avdeling for plastikk- og rekonstruktiv kirurgi;

Det pågår et tverrfaglig samarbeid med avdeling for medisinsk biokjemi der man ser på utvikling av epitel/urothel som kan benyttes i forbindelse med urethraplastikk.

Avdeling for barn og unges psykiske helse på sykehus**KID- Teamet,****The NORTrans YOUTH study;**

Nordisk forskningssamarbeid, OUS (NBTK) og FHI

Prosjektleder Anne Wæhre, overlege Phd (KID- teamet)

"The overall main aim of the project is to provide more knowledge about GI in Norway and three other Nordic countries".



SOBER 1 Har som formål å samle kunnskap om mulige biologiske årsaker til kjønnsinkongruens og konsekvenser av behandlingen, slik at fremtidig diagnostikk og behandling av tilstanden vil bli bedre. Prosjektet har blant annet kartlagt mulige følger av pubertetsutsettende hormonbehandling (Gondandropin Releasing hormon blokada og steroidhormonblokada).

SOBER 5 er en oppfølgingsundersøkelse omkring psykososiale og kroppslige faktorer etter behandling. Det innebærer at pasientene fyller ut spørreskjemaer og svarer muntlig på spørsmål om psykiske helse. Formålet med undersøkelsen er å benytte vitenskapelig metode for å kartlegge effekten av behandlingen pasientene har mottatt, for blant annet å kunne kvalitetssikre NBTK tjeneste. Intervju og utfylling av skjema finner sted 1, 3 og 5 året etter pas er ferdig med behandlingen sin. Dataene som brukes i studien blir anonymisert og vil ikke kunne spores tilbake til den enkelte pasient og lagres etter gjeldende regelverk. Pasientene signerer et skriftlig samtykke. Undersøkelsen er godkjent av Regional Etisk Komité, Sør- Øst (S-06419).

Skjemaer:

Bakgrunnsvariabler, sosio- demografiske data

Spørreskjema etter kjønnsbekreftende kirurgi, SCL- 90, QoL, TAS, BPA, GBB, GHQ, SF-36, HBDS

Publikasjoner (et utvalg)

Body Image in Young Gender Dysphoric Adults: A European Multi- Center Study.

Becker I, Nieder TO, Cerwenca S, Brinken P, Kreukels BP, Cohen- Kettenis PT, De Cuypere G, [Haraldsen IR](#), Richter –Appelt H. Arch Sex Behav. (2015) Apr 3.

Sexual Behavior of Gender- Dysphoric Individuals before Gender- confirming Interventions: A European multicenter study

Cerwenca S, Nieder TO, Cohen- Kettenis PT, De Cuypere G, [Haraldsen IR](#), Kreukels BP, Richter-Appelt H. J Sex Marthal Ther. (2014), 40(5):457-71



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

Wierckx K, Van Caenegem E, [Schreiner T](#), [Haraldsen I](#), et al.
J Sex Med (2014) Aug 11. (8):1999-2011.

Psychiatric Characteristics in Transsexual Individuals: multicenter study in four European countries

Heylens G, Elaut E, Kreukels BP, [Paap MC](#), Cerwenka S, Richter- Appelt H, Cohen- Kettenis PT, [Haraldsen IR](#), De Cuypere G (2014)Brit J Psychiatry Feb;204(2):151-6

Body Satisfaction and Physical Apperance in Gender Dysphoria

Van de Griefft TC, Cohen- Kettenis PT, Steensma TD, De Cuypere G, Richter- Appelt H. [Haraldsen IR](#) et al. Arch Sex behav. (2015) Okt 16.

Transient Elevated Serum Prolactin in Trans women Is Caused by Cyprotrone Acetate Treatment.

Defreyne J, Nota N, Pereira C, [Schreiner T](#) et al. (2017) LGBT Health

A European Network for the Investigation of Gender Incongruence: Endocrine Dekker MJ, Wierckx K, Van Caenegem E, Klaver M, Kreukels BP, Elaut E, Fisher AD, Van Trotsenburg MA, [Schreiner T](#), den Heijer M, T'Sjoen G. (2016) J Sex Med ; 13:994-999

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)

Van Caenegem E, Wierckx K, Taes Y [Schreiner T](#) et al. (2015) Eur J Endocrinol; 172:163-171

Change in grip strenght in trans people and its association with lean body mass and bone density Scharff M, Wiepjes C, Klaver M, [Schreiner T](#), Tsjoen G, den Heijer M. Endocr Connect. 2019 Jun 1.

Vaginal bleeding and spotting in transgender men after initiation of testosterone therapy: A prospective cohort study(ENIGI Defreyne J, Vanwortengem Y, Collet S, Iwamoto SJ, Wiepjes CM, Fisher AD, [Schreiner T](#), Heijer CM, T'Sjoen G.).Int. J Transgender Health. 2020 Feb 12; 21(2): 163-175

Lower Serum Estradiol Levels in Assigned Femal at Birth Transgender People with Initiation og Testosterone Therapy: Results from the European Network for Investigation of Gender Incongruence.

Defreyne J, Aers XP, Collet SM, Fisher AD, [Schreiner T](#), Den Heijer M, Kaufmann JM, T'Sjoen G. Lgbt Health. 2020 Feb/Mar; 7(2): 71.81

Simple limbal epithelial transplantation: Current status and future perspectives: Concise review.[Jackson CJ](#), [Myklebust Ernø IT](#), [Ringstad H](#), [Tønseth KA](#), [Dartt DA](#), [Utheim TP](#)

Stem Cells Transl Med 2019 Dec 04. Epub 2019 des 4 PMID:31802651.

Ambulant klinisk virksomhet; pasientmøter og veiledning av personell

Tidvis får Avdeling for kjønnsidentitetsutredning av voksne henvist pasienter med så sammensatte utfordringer at det vurderes til ulempe for pasienten å komme til møte på Rikshospitalet. Ofte er det behov for å møte hele pasientens støtteapparat, behandlere og pårørende. Så langt det lar seg gjøre samkjøres dette med at AKV holder undervisning, foredrag eller seminarer på lokal DPS, fastlege eller liknende. AKV benytter også anledningen til å tilby individuell klinisk veiledning av behandlere.

I forbindelse med Covid- pandemien oppsto det et akutt behov for digitale løsninger for å



kunne avvikle daglig drift og kliniske oppgaver. De fleste samarbeidsmøter gjennomføres siden mars 2020 digitalt og er implementert i AKVs ordinære kliniske praksis.

Deltakelse på nasjonale og internasjonale konferanser og kongresser

NBTK er som nasjonal behandlingstjeneste forpliktet til å være oppdatert på den nyeste forskningen på fagområdet, samt å bygge kontakter i det internasjonale fagmiljøet. Deltakelse på ulike internasjonale konferanser og kongresser er påkrevet.

Grunnet COVID 19- pandemien ble de fleste nasjonale og internasjonale kongresser og konferanser i 2020 avlyst, noen ble gjennomført digitalt.

Fagdag

Avdeling for kjønnsidentitetsutredning av voksne inviterer til en årlig, intern fagdag (enkelte eksterne samarbeidspartnere inviteres også). Dette ble startet opp i 2018. Formålet var å samle det tverrfaglige fagmiljøet og styrke samarbeidet på tvers av klinikk- og avdelingstilhørighet.

På fagdagen presenteres blant annet den nyeste forskningen på fagområdet og det rapporteres fra internasjonale konferanser. Eksterne fagfolk inviteres til å forelese, i januar 2019 ble Dr James Barrett (Gender Clinic, Travistock and Portman Foundation Trust- NHS, London) invitert. I januar 2020 var det fokus på immigrasjonshelse med foredragsholdere fra bla. Senter for migrasjonshelse (Bergen kommune), Skeiv Verden og Nygård skole (begge Bergen).Grunnet COVID-19-situasjonen blir fagdagen i 2021 utsatt til 2022.

Faglig referansegruppe

Referansegruppene skal sikre at NBTK blir organisert og drevet i tråd med kriteriene fastsatt i forskrift nr 1706 (2010, revidert jan 2017) om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen Universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten. Referansegruppen er sammensatt av representanter fra alle helseregionene, brukerorganisasjonen HBRS og NBTK. Det arrangeres møter 2-3 ganger i året.

Hospitering ved Avdeling for kjønnsidentitetsutredning av voksne

AKV tar imot hospitanter fra ulike deler av helsetjenesten, primært fra DPS, men også fra 1-linjetjenesten og utdanningsinstitusjonene.

Grunnet begrenset kapasitet prioriteres helsepersonell som har befatning med pasientgruppen i sitt arbeid eller som er involvert i relevant forskning.

Til tross for COVID 19- pandemien har AKV gjennom 2020 mottatt hospitanter fra Hdir, Vestfold regionale RR, helsepersonell fra Helse Vest og interne hospitanter og har hatt sykepleiestudenter fra Oslo Met i observasjonspraksis.

NBTK nettside

NBTK har en nettside med informasjon omkring utrednings- og behandlingstilbudet.

<https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonal-behandlingstjeneste-for-kjønnsinkongruens>

Bøker og artikler (ikke-vitenskapelige):

Hodgkinson Liz: *“From girl to a man; How Laura Became Michael”* Quartet publishing

Hall Radclyffe: «The well of loneliness» Jonathan Cape publishing (1928)

Bernt Eggen: «Bastard!- en sannferdig roman om kjønnskifte i Norge» Aschehoug 1979.

Film & TV produksjoner

Reggie Yates; "Homofil i Storbritannia" Brit. Prod (2015) *Extreme UK; Gay and under attack- om homofile og transseksuelle i UK*, 2 ep. Nrk nettv, **Mann uten penis** Nrk nettv (2013) , **Mala Mala**, Netflix, **Født i feil kropp**, 2 sesonger TV 2 SUMO (regi: Petter Vennerød), **The Sex Change Spitfire Ace**, YouTube (Roberta Cowell story), **The Christine Jorgenson Story»** (1970) YouTube, **Portrait of a lady** (April Ashley, slideshow)YouTube, **I want my sex back**, RT – Documentary (Walt Heyer) YouTube, **Kjærleik og kjønnskifte**, *Sex-changes that Made History*. Brit dok. (2015), **Kjønnskifte- hvem vet best?**, *Transgender kids- who knows best?* Brit.dok. (2017), **Født i feil kjønn**, Puls, NRK nettv (2012), **Jeg mot meg** Nrk nettv, sesong 2 (2018), **Stemmene i hodet**, Nrk nettv, sesong 1 (2016), **Transkjønnet**, Brit dok (2015) , **Ikke spør om det!**, Trans, født i feil kropp NRK nettv (2018), **Prodigal Sons**, Kimberly Reed (2008) Big Sky prod. Amazon, **Butterfly**, Brit. Drama (2018) Nrk nettv, **Tranståget och Tonårsflickorna**, (2019) Uppdrag granskning, SVT Play, **Suited**, dok HBO, **Ångrarna»** dok, You Tube, **Hej alla damer**, kort Dok (2019), SVT Play



Referanser

World Health Organization; (1994) International Classification of Diseases (ICD)In. 10. ed: WHO Statistisk Sentralbyrå; Slik har vi det- om målene på livskvalitet og levekår i Norge, 13. juni 2017.

Direktoratet for e- helse; hjemmesiden

Barne- og likestillingsdept. Handlingsplan, «Trygghet, mangfold, åpenhet»
Regjeringens handlingsplan mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk 2017-2020

Helse- og omsorgsdepartementet; Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten. Veileder til forskrift nr.1706, 17. desember 2010

Helsedirektoratet; Barn som pårørende, rundskriv 1575, 2010

Helsedirektoratet; Kjønnsinkongruens. Nasjonal faglig retningslinje, 23. juni 2020

St.MLD nr.9- Om sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen

Socialstyrelsen; Transsexuella och övriga personer med könsidentitetsstörningar, www.socialstyrelsen.se (juni 2010)

Helsedirektoratet; veileder om assistert befruktning med donorsæd, 11/15

Store Norske Leksikon, rev 06.03.2020

Heylens G, Elaut E, Kreukels BP et al. (2014) Psychiatric characteristics I transsexual individuals: multicenter study in four European countries. Br J Psychiatry; 204:151-156

Weidle B, Gåsnes T, Skjetne GK, Høyland AL, Asperger syndrom i Sør-Trøndelag 2005-08. Tidsskr Nor Legeforen nr 6, 2011, 131: 573-6

Hem KG, Husum TL. Prevalens av autisme. Rapport A7240. Oslo: SINTEF Helse, 2008

WPATH (World Professional Association for Transgender Health). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender- non-conforming People, Version 7. International Journal of Transgenderism, 13:165-232,201 WHO (2010). International Statistical Classification of Diseases and Related Health problems,10th. Revision (ICD-10).

Association AP (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA

Tønseth K.A, et al.(2010) *Kirurgisk behandling ved transseksualisme.* Tidsskriftet Den norske legeforening, no. 4, februar 2010.

Heylens G, et al. (2014) *Psychiatric characteristics in transsexual individuals: multicenter study in four European countries.* The British Journal of Psychiatry 204 (2) 151-156, 2014

Millet N., Longworth J, Arcelus J., *Prevalence of anxiety symptoms and disorders in the transgender population: A systematic review of the literature.* (2016) Int Journ of Transgenderism.

Dehjne C, et al. (2011) *Long Term follow-Up of transsexual Persons Undergoing Sex reassignment Surgery: Cohort study in Sweden.* PloS one (6)e 16885,2011

Landen M., Transsexualism- Epidemiology. Phenomenology, regret after surgery, aethiology, and public attitudes (diss), Gøteborg, 1999

Mazaheri Meybody et al. (2014) *Psychiatric Axis I Comorbidities among Patients with Gender Dysphoria.* Psychiatric journal 2014-hindawi.com

Dhejne C, Van Vlerken R, et al (2016) Mental health and gender dysphoria: a review of the literature. Int Rev Psychiatry 28,44-57



- Heylens G, Verroken C, De Cock S et al (2014)** Effects of different steps in gender reassignment therapy on psychopathology: a prospective study of persons with gender identity disorder. *J Sex Med* 11: 119-126
- Kreukels B, Haraldsen IH, De Cypere G, et al (2010)** A European Network for the Investigation of Gender Incongruence: The ENIGI initiative. *European Psychiatry*. Doi: 10.1016/j.eurpsy.2010.04.009
- Colizzi M, Costa R, Todarello O, (2014)** Transsexual patient's psychiatric comorbidity and cross-sex hormonal treatment on mental health: results from a longitudinal study. *Psychoneuroendocrinology*. 2014; 39:65-73
- Berglund H, Lindstrøm P, Dhejne- Helmy C, Savic I (2008)** Male- to female transsexuals show sex- atypical hypothalamus activation when smelling odorous steroids. *Cerebral Cortex* 18, 1900-1908
- Bonnierbale M, Baumstarck K, Maquigneau A, et al. (2016)** MMPI-2 profile of French transsexuals: the role of sociodemographic and clinical factors. A cross- sectional design. *Sci Rep*. 2016;6:24281
- Chen M, Fuqua J, Eugster EA (2016)** Characteristics of referrals for gender dysphoria over a 13- year period. *J Adolesc Health* 58: 369-371
- Arcelus J, Boumann WP, Van Den Noortgate W et al. (2015)** Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *Eur Psychiatry* 30:805-815
- Åhs JW, Dhejne C, Magnusson et al (2018)** Proportion of adults in the general population of Stockholm County who want gender- affirming medical treatment. *PLOS one*. October 5, 2018
- Zucker KJ (2004)** Gender Identity Development and issues. *Child Adolesc Psychiatr Clin N AM*. 13:551-568
- Zucker KJ, Lawrence A, Kreukels B. Gender Dysphoria in Adults. Annual Rev. Clin Psychol. (2016)** 12:217-47
- Savic I, Garcia- Falgueras A, Swaab D.F. (2010)** Sexual differentiation of the human brain in relation to gender identity and sexual orientation. 186. 41-62
- Bouman WP, Claes L, Marshall E, et al (2016)** Sociodemographic variables, clinical features and the role of preassessment cross-sex hormones in old trans people, *J Sex Med*.2016;13 (4):711-719
- Blanchard R, Clemmensen LH, Steiner BW (1983)** Gender reorientation and psychosocial adjustment in male-to female transsexuals. *Arch. Sex Behav*. 1983; 12(6):503-509
- de Blok et al.;** Breast cancer risk in transgender people receiving hormone treatment: nationwide cohort study in the Netherlands. *BMJ* (2019);365:1652
- Deebel et al.** Prostate cancer in Transgender Women: Incidence, Etiopathogenesis and Management challenges. *J Urology*.2017.08.032 0090-4295
- Nuttbrock L, Bockting W, Rosenblum et al. (2011)** Gender identity conflict/ affirmation and major depression across the life course of transgender women. *International journal of Transgenderism*, 13, 91-1034
- Davey A, Bouman WP, Arcelus J et al. (2014)** Social support and psychological well- being in gender dysphoria: a comparison of patients with matched controls. *J Sex Med* 11: 2976-2985
- Appelt H & Strauss B (1988)** *Psychoendokrinologische Gynäkologie. Stuttgart:Enke.*
- Becker I, Nieder T, Cerwenka S et al. (2016)** Body Image in Young Gender Dysphoric Adults: A European Multi-Center Study. *Arch Sex Behav* 45:559-574
- deVries ALC, McGuire JK, Steensma TD, 2014** Young Adult Psychological Outcome After Puberty Suppression and Gender Reassignment. *Pediatrics* 2014;134:696.
- Leung A et al.** Assisted reproductive technology outcomes in female-to-male transgender patients compared with cisgender patients: a new frontier in reproductive medicine. *Fertility and sterility* Vol 112, No 5 Nov.2019



VEDLEGG:***Regionalt ressurscenter for kjønnsinkongruens (VRR)***

Fra oktober 2020 kan pasienter med kjønnsinkongruens henvises til RR ved Sykehuset i Vestfold (Vestfold DPS). VRR tilbyr psykiatrisk basisutredning for alle som kommer til senteret.

Av behandlinger tilbys individuelle- og gruppesamtaler (psykiatriske lidelser skal behandles ved lokal DPS poliklinikk). Man kan få hjelp til å søke om behandlingshjelpemidler, i virkelighetserfaringsprosessen (VE), med stemmetrening, kroppskjennskap og hjelp med vektreduksjon. Senteret vil i første omgang ikke tilby medikamentell eller kirurgisk behandling.

Pasienter fra hele landet kan søkes inn til VRR, etter Fritt behandlingsvalg.

Målsetning:

- Gi flere helsehjelp
- Forebygge sykeliggjøring
- Redusere risiko for overdiagnostikk, samt over- og under behandling

Tverrfaglig kompetanse: psykologspesialister, spesialist i barn- og ungdomspsykiatri, sykepleier/sexolog, sosionom, logoped, kroppsterapeut/ idrettspedagog.

Senteret holder til i lokaler tilknyttet sykehuset, nært offentlig kommunikasjon.

Besøksadresse: Håkon V gate 17 A

Åpningstider: onsdag-torsdag-fredag 08:00- 15:30

Telefon, voksne: 46197504

Fagansvarlig, voksne: psykologspesialist Susan Ettelt



Intervjuguide - kjønnsidentitet

Fødselskjønn:

Har pasienten noen av de følgende tilstandene;

- Klinefelt syndrom (for mange kjønnskromosomer, testosteronmangel)
- Turner syndrom (mangler en eller to kjønnskromosomer, østrogenmangel)
- CAH- binyrebarksvikt (DSD)
- PCOS

Når begynte du å få tanker om at du var «født i feil kropp»?

Når fant du ut at det var noe som het trans/transseksualisme/kjønnsdysfori/kjønnsinkongruens?

- hvor fant du informasjonen?

Hvor ville du i dag plassere deg selv på en «kjønsskala»?

M.....K

Lever du i ditt psykologiske eller «opplevde» kjønn?

- daglig
- av og til
- sjelden eller aldri

Dersom du lever i «opplevd» kjønn i det offentlige, leses du av andre slik du ønsker?

- ofte?
- av og til?
- sjelden eller aldri?

Har du informert dine nærmeste, familien?



-reaksjoner

Har du fortalt andre, utover familien, om din opplevelse?

-reaksjoner

Hvordan var du som barn, var det noe som skilte deg ut fra andre gutter/ jenter på samme alder?

I førskolealder?

Etter du begynte på skolen?

-interesser

-atferd

-preferanser

-klesvalg

Forårsaket opplevelsen stress knyttet til skolegang eller i forhold til familie/ venner?

Når kom du i puberteten?

Hvordan opplevde du de kroppslige endringene i puberteten?

Hva slags plager førte kjønnsidentitetskonflikten/ dysforien til den gangen?

Har du hatt noen seksuelle erfaringer?

- legning

-atferd

-fantasier

Hva slags forhold har du til kroppen din i dag? (HDBS)

HAMBURG BODY DRAWING SCALE (dysfori tilknyttet ulike kroppsdelar)

Pasienten fyller ut, se *selvutfyllingsskjema siste side*

Hva slags plager fører kjønnsidentitetskonflikten/ dysforien til i dag?

Hvordan forestiller du deg som mann/ kvinne?



Hva vet du om kjønnsbekreftende behandling?

Hva slags behandlingsønsker har du?

- hormoner

-kirurgi

Om du ønsker kirurgi; hva slags?

Står du på kjønnskontrære hormoner nå?

Har du gjennomgått kjønnsbekreftende kirurgi?

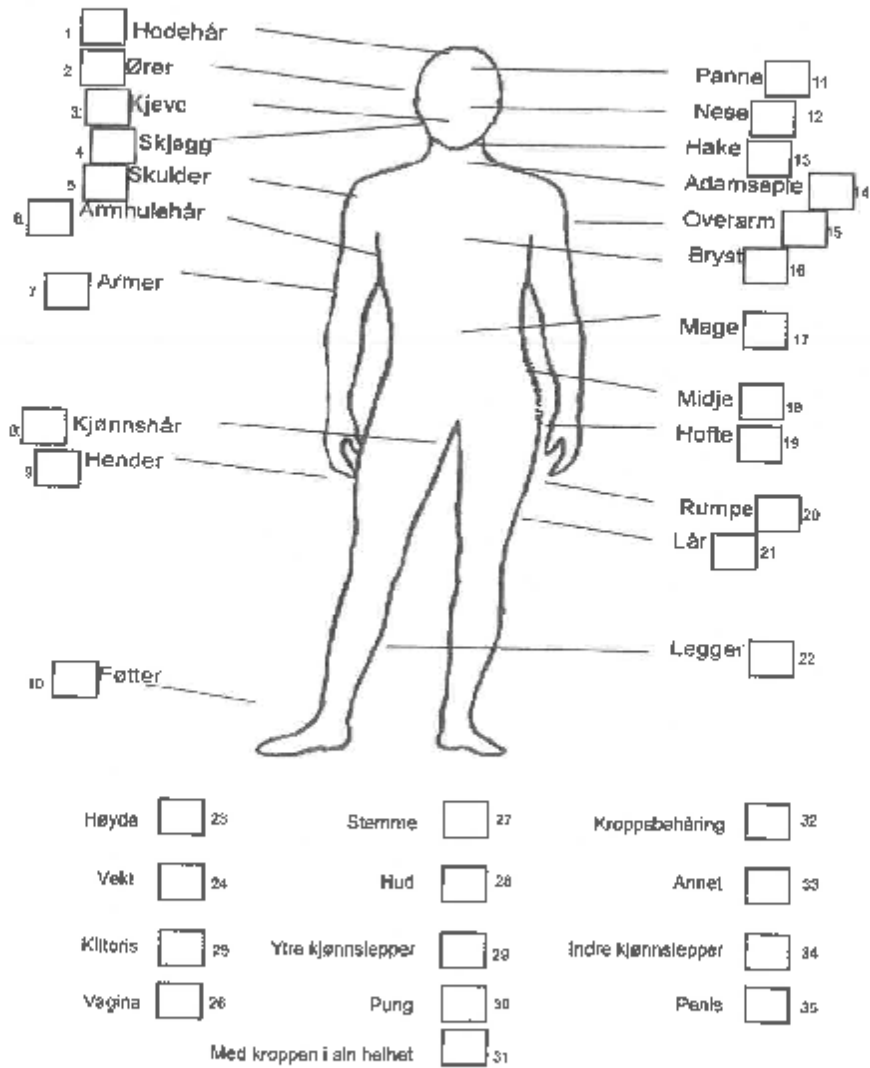
Hva tenker du om at behandlingen er irreversibel?

Tanker om behandlingsresultat og behandlingsmål- også sett ut ifra et livsløpsperspektiv?

HAMBURG BODY DRAWING SCALE (HBDS)

SELVUTFYLING

1=meget fornøyd 2=tilfreds 3=både ja og nei 4=misfornøyd 5=meget misfornøyd



The diagram shows a human figure with lines pointing to various body parts, each associated with a numbered box for self-rating. The parts are listed as follows:

- 1 Hodehår
- 2 Ører
- 3 Kjeve
- 4 Skjegg
- 5 Skulder
- 6 Armhulehår
- 7 Armer
- 8 Kjønnshår
- 9 Hender
- 10 Føtter
- 11 Panne
- 12 Nese
- 13 Hake
- 14 Adamsäple
- 15 Overarm
- 16 Bryst
- 17 Mage
- 18 Midje
- 19 Hofte
- 20 rumpe
- 21 Lår
- 22 Legger
- 23 Høyde
- 24 Vekt
- 25 Klitoris
- 26 Vagina
- 27 Stemme
- 28 Hud
- 29 Ytre kjønnslepper
- 30 Pung
- 31 Med kroppen i sin helhet
- 32 Kroppsbehandling
- 33 Annet
- 34 Indre kjønnslepper
- 35 Penis