
Unge med kjønnsinkongruens trenger forsvarlige retningslinjer

KRONIKK

ESBEN SELMER BUHL

esben_buhl@hotmail.com

Esben Selmer Buhl er ph.d., spesialist i allmennmedisin, fastlege i Søndre Land og seniorforsker ved Universitetet i Oslo.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt rådgivningshonorar fra Novo Nordisk, Sanofi, Mundipharma og Pharma Nordic samt forelesningshonorar fra Novo Nordisk og Sanofi.

SIRI FUGLEM BERG

Siri Fuglem Berg er dr.med., spesialist i anesthesiologi og i samfunnsmedisin og er kommuneoverlege i Gjøvik. Hun har sertifikat i pediatrik bioetikk fra USA. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

JENS ANDREAS MØRCH

Jens Andreas Mørch er spesialist i samfunnsmedisin og kommuneoverlege i Vestre Toten og Søndre Land.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

BJARNE ELLEGAARD OURE

Bjarne Ellegaard Oure er spesialist i allmennmedisin og i samfunnsmedisin og kommuneoverlege i Lunner.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LAILA LAMBRECHT

Laila Lambrecht er spesialist i allmennmedisin, fastlege ved Capio Fastleger, kommunelege 2 og utdanningsansvarlig overlege i Gjøvik.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

TOM HENNING THUNE

Tom Henning Thune er spesialist i allmennmedisin, master i helseadministrasjon, fastlege ved Lena legesenter og kommuneoverlege i Østre Toten.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

TORUNN HEGGEN

Torunn Heggen er spesialist i allmennmedisin og fastlege ved Hov legesenter, Søndre Land.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

REDA SLAVINSKIENE

Reda Slavinskiene er fastlege ved Hov legesenter, Søndre Land.

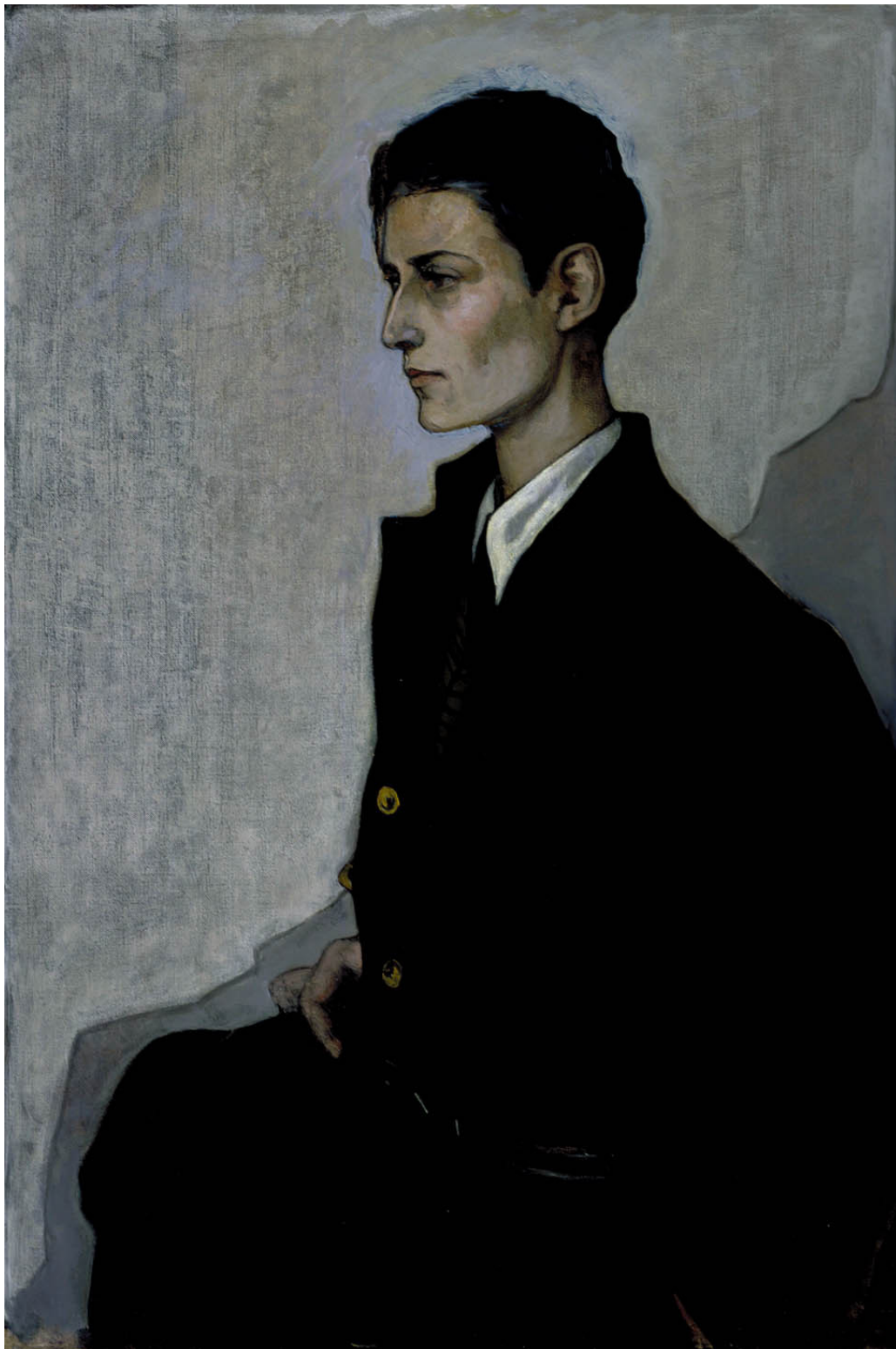
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANNA BRANDSLIEN

Anna Brandslien er spesialist i allmennmedisin, fastlege og fagansvarlig lege ved Hov legesenter og kommuneoverlege 2 i Søndre Land.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Medisinsk «kjønnsbekreftende» behandling av barn og unge med kjønnsinkongruens innebærer betydelig usikkerhet og alvorlig risiko. Dagens retningslinjer beskytter ikke tilstrekkelig mot potensielt skadelige tiltak og gir ikke nødvendig støtte til forsvarlig, konservativ behandling i primærhelsetjenesten.



Peter (A Young English Girl), 1923–24, Romaine Brooks (1874–1970). Smithsonian American Art Museum, i offentlig eie

Vi er fastleger og samfunnsmedisinere som ser med bekymring på en økende pågang fra barn og ungdom med kjønnsinkongruens. Vi har lenge kjent behovet for en mer nyansert legefaglig debatt om dette, men det har tatt tid å samle mot. Den offentlige debatten har vært preget av ideologi, polarisering og høyt konfliktnivå, noe som gjør det krevende å føre en nøktern, evidensbasert faglig samtale om temaet.

«Den offentlige debatten har vært preget av ideologi, polarisering og høyt konfliktnivå, noe som gjør det krevende å føre en nøktern, evidensbasert faglig samtale om temaet»

Mange barn og ungdommer med kjønnsinkongruens etterspør medisinsk intervensjon ved første kontakt med oss i primærhelsetjenesten. Samtidig tilsier både vår kliniske erfaring og det tilgjengelige kunnskapsgrunnlaget at tiltakene i liten grad er evidensbaserte, og de innebærer en betydelig helserisiko. For oss i primærhelsetjenesten som ofte er første kontaktpunktet, er retningslinjene uklare og beslutningsstøtten utilstrekkelig.

Primum non nocere

Behandling av barn og ungdom med kjønnsinkongruens, inkludert bruk av hormonblokkere for å utsette puberteten, preges fremdeles av betydelig faglig uenighet blant helsepersonell og fagmiljøer (1–4). Denne uenigheten kan fra utsiden fremstå som en konflikt mellom ideologiske standpunkter på den ene siden og alvorlige medisinskfaglige bekymringer på den andre. Selv om pasientenes erfaringer og tilbakemeldinger utvilsomt er verdifulle, mener vi at legers beslutninger først og fremst må bygge på grundige medisinskfaglige og etiske vurderinger av tilgjengelig evidens, der potensiell risiko veies nøye opp mot dokumenterte fordeler før nye behandlingsmetoder implementeres.

Historien gir oss mange eksempler på alvorlige konsekvenser som kan oppstå dersom dette grunnleggende prinsippet fravikes. En streng evidensbasert tilnærming er spesielt viktig når pasientene er mindreårige, og når behandlingen er omstridt på grunn av bekymringer knyttet både til alvorlige bivirkninger og usikkerhet om langsiktige effekter. I en situasjon der faglig konsensus mangler, og det foreligger alvorlig bekymring for behandlingens nytte og sikkerhet, er det avgjørende at vi som leger våger å påta oss rollen som pasientens medisinske forsvarer.

I denne rollen må vi ikke glemme det viktigste prinsippet i legeløftet: *Primum non nocere* – først og fremst å ikke skade. Dette innebærer også at vi, basert på forsvarlighetsvurderinger, kan være nødt til å avstå fra visse behandlinger som pasienter eller pasientorganisasjoner etterspør. I slike situasjoner kan det være relevant å huske at helsepersonelloven §4 gir leger rett til å avstå fra å medvirke til behandling som vurderes som medisinsk uforsvarlig.

«Primum non nocere innebærer også at vi, basert på forsvarlighetsvurderinger, kan være nødt til å avstå fra visse behandlinger som pasienter eller pasientorganisasjoner etterspør»

Effekt og sikkerhet

Enkelte studier, som blant annet diskutert i en tidligere artikkel i Tidsskriftet [\(1\)](#), vektlegger positive brukeropplevelser og fremhever betydningen av relativt kortsiktige resultater. Men det er viktig å erkjenne at hormonblokkerende behandling i tillegg til den etterfølgende behandling med eksogene kjønns hormoner (som flesteparten av de som får hormonblokkere ender opp med å få [\(5, 6\)](#)), fortsatt må betraktes som eksperimentell. Det foreligger fortsatt utilstrekkelig klinisk evidens for varige helsegevinster, både empirisk [\(7, 8\)](#) og etter systematisk vurdering av studiekvalitet [\(9, 10\)](#). Eksisterende studier er ofte preget av metodiske utfordringer som stor variasjon i studiedesign, lav vitenskapelig kvalitet som følge av betydelig frafall, relativt kort oppfølging, heterogen studiepopulasjon og utilstrekkelig utvalgsstørrelse for å trekke sikre konklusjoner [\(7–10\)](#).

Videre kan hormonmodulerende behandling medføre alvorlige bivirkninger som infertilitet [\(11, 12\)](#), irreversible skader på kjønnsorganer [\(13, 14\)](#), osteoporose [\(15\)](#), dyslipidemi, forhøyet hematokrit samt risiko for kardiovaskulære komplikasjoner (tromboser, infarkt og plutselig død) [\(16–19\)](#). Pasienter som senere gjennomgår kirurgiske inngrep, vil i tillegg være utsatt for komplikasjoner som infeksjoner, blødninger, sårhelingsproblemer og kirurgiske bivirkninger som arvevskontrakturer, fisteldannelse, nekroser, urininkontinens og vannlatingsproblemer med tilhørende psykososiale konsekvenser og kroniske smerter [\(20–23\)](#). Kirurgisk fjerning av medfødte kjønnsorganer resulterer dessuten som hovedregel i permanent sterilitet [\(24\)](#).

Selv om kjønnsinkongruens i dag ikke klassifiseres som en psykisk lidelse, viser erfaring og forskning at mange av disse barna og ungdommene samtidig sliter med psykiske helseplager, og en viktig bekymring er høy forekomst av psykiatrisk komorbiditet [\(25, 26\)](#). Dette blir ikke alltid grundig vurdert før irreversible behandlingstiltak iverksettes. I enkelte tilfeller kan det bidra til en forverring av den samlede helsesituasjonen, noe flere av oss har møtt eksempler på.

Det er få langtidsstudier innen feltet. I en velkjent svensk studie der man fulgte 324 voksne i inntil 30 år (gjennomsnitt 10 år) etter gjennomgått medisinsk og kirurgisk kjønnskifte, fant man fremdeles betydelig forhøyede selvmordsrater i etterkant av gjennomgått kjønnskifte [\(27\)](#). Totalraten var 19 ganger høyere enn hos jevnaldrende kontrollpersoner og 40 ganger høyere for personer som hadde gjennomgått en overgang fra kvinne til mann.

En senere svensk registerstudie [\(28\)](#) ga støtte til at kirurgisk, men ikke hormonell behandling, bedret psykisk helse hos personer med kjønnsinkongruens. Etter faglig kritikk ble det på initiativ fra sjefredaktøren i tidsskriftet som publiserte studien, American Journal of Psychiatry, gjennomført en ny uavhengig statistisk gjennomgang [\(29\)](#). Denne tilbakeviste hovedkonklusjonen. I en påfølgende reanalyse sammenlignet forfatterne to like store grupper med kjønnsinkongruens – én som hadde gjennomgått kirurgi og én som ikke hadde det [\(30\)](#). Det ble ikke funnet signifikante forskjeller i psykisk helse på lang sikt, og samlet sett ga ikke funnene støtte for at «kjønnsbekreftende» behandling har dokumentert positiv langtidseffekt på psykisk helse.

Anger etter behandling

I tillegg til en problematisk balanse mellom risiko og evidens for positiv langtidseffekt er det bekymringsfullt at mange pasienter senere angre på gjennomført medisinsk kjønnskifte (31, 32). Dette er antatt å være underrapportert i eksisterende litteratur på grunn av høyt frafall i oppfølgingsstudier. Risikoen for anger antas å være særlig høy blant mindreårige, siden ungdom fortsatt utvikler sin identitet og seksualitet og dermed naturlig opplever usikkerhet (33, 34). Videre er mange ungdommer med kjønnsinkongruens ikke modne nok til fullt ut å vurdere konsekvensene av irreversible behandlinger, noe som kompliserer en forsvarlig informert samtykkeprosess (31, 32).

«Risikoen for anger antas å være særlig høy blant mindreårige, siden ungdom fortsatt utvikler sin identitet og seksualitet og dermed naturlig opplever usikkerhet»

Pasienter som gjennomgår medisinsk kjønnskifte i ung alder, kan først senere i livet erfare utfordringer knyttet til intimitet og familiedannelse (32, 34–36). Mange ønsker fortsatt biologiske barn og tradisjonelle former for seksualitet i parforhold (35, 37, 38), noe som kan bli vanskelig for personer som har gjennomgått irreversible medisinske inngrep og ikke lenger har funksjonelle kjønnsorganer eller fertilitet.

Er retningslinjene forsvarlige?

I 2020 konkluderte finske helsemyndigheter med at evidensgrunnlaget for medisinsk «kjønnsbekreftende» behandling for mindreårige er utilstrekkelig (39). Som følge av dette tillater Finland nå kun konservativ behandling, primært psykoterapi og psykososial støtte. Medisinsk behandling kan kun gis innen rammen av forskningsstudier, og da utelukkende til pasienter med tidlig symptomdebut og uten psykiatrisk komorbiditet (40).

Sverige kom i 2022 til en tilsvarende konklusjon og innførte betydelige restriksjoner på bakgrunn av mangelfull dokumentasjon og bekymringer knyttet til blant annet skadevirkninger på psykisk og somatisk helse (41, 42). I Storbritannia er all bruk av pubertetsblokkere for mindreårige avviklet og bruken av hormonbehandling sterkt begrenset (43, 44).

Mens Finland, Sverige og Storbritannia har beveget seg bort fra «kjønnsbekreftende» behandling av mindreårige og nå prioriterer psykiske helsetiltak som eneste behandling utenfor forskningskontekst (40, 42, 44), gjelder dette fortsatt ikke i Norge. Helsedirektoratets retningslinjer fra 2020 vektlegger pasientmedvirkning og desentralisert helsehjelp, men er uklare når det gjelder å begrense medisinsk behandling til fordel for psykisk helsehjelp som førstevalg (45). Dette til tross for at Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) i 2023 tydelig anbefalte en strengere praksis og begrensnings av hormonmodulerende behandling hos barn og unge (46).

Konsekvenser av mangelfulle retningslinjer

Det er bekymringsfullt at norske retningslinjer fortsatt ikke klart begrenser medisinsk kjønnsskifte for mindreårige. Særlig problematisk er at Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL), brukt av de fleste fastleger, lister opp irreversible medisinske tiltak uten å tydelig formidle svak evidens og betydelige sikkerhetsbekymringer. Samtidig mangler kunnskapsbaserte verktøy som støtter konservativ behandling, inkludert psykoedukative og terapeutiske tiltak som kan styrke pasientens følelsesregulering, identitetsutvikling og sosiale mestring. Dermed svekkes grunnlaget for forsvarlige og kunnskapsbaserte beslutninger i helsetjenesten.

«Det er bekymringsfullt at norske retningslinjer fortsatt ikke klart begrenser medisinsk kjønnsskifte for mindreårige»

Dette skaper flere gjensidig forsterkende konsekvenser: Fastleger mister muligheten til å tilby balansert, informert og kunnskapsbasert rådgivning, og de mangler verktøy til å iverksette adekvat konservativ behandling. Henvisningene til spesialisthelsetjenesten øker – også der pasienter etterspør tiltak uten faglig forankring. Terskelen for å igangsette irreversible og risikofylte inngrep synes i noen tilfeller for lav, noe som delvis kan skyldes svake retningslinjer. Også skolehelsetjenesten og PPT står uten tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag til å gi nyanserte og forsvarlige råd til elever, skoler og familier.

Mangel på faglig forankring i førstelinjen påvirker også undervisningen. Skoler er etter læreplanverket LK20 forpliktet til å undervise om kjønn, identitet og seksualitet fra tidlig alder, men mange lærere mangler nødvendig medisinsk og psykologisk innsikt i temaet kjønnsinkongruens. I dette ligger en risiko for at man gir en forenklet fremstilling av kjønn som noe konsekvensfritt valgbart og behandling av inkongruens som trygg, enkel og reversibel.

I 2023 rapporterte Ukom om en markant økning i henvisninger for kjønnsinkongruens, særlig blant tenåringsjenter som identifiserer seg som gutter (46). Mange har ingen tidligere historie med kjønnsdysfori, men utvikler symptomer i puberteten. Selv om årsakene er sammensatte, er det grunn til å spørre om i hvilken grad skoleformidling og mediepåvirkning – uten et solid faglig rammeverk i bunnen – bidrar til denne utviklingen.

Fortsatt eksperimentell behandling

Gitt usikker langtidseffekt og alvorlig bivirkningsrisiko, må medisinsk «kjønnsbekreftende» behandling for mindreårige fortsatt regnes som eksperimentell.

«Gitt usikker langtidseffekt og alvorlig bivirkningsrisiko må medisinsk 'kjønnsbekreftende' behandling for mindreårige fortsatt regnes som eksperimentell»

Dette begrunner behovet for en mer restriktiv praksis og tydeligere retningslinjer som vektlegger prinsippet om *primum non nocere*. Fastleger og annet helsepersonell trenger verktøy som slår fast at forsvarlig behandling først og fremst innebærer psykoedukasjon, psykoterapi og sosial støtte – til beste for pasienten og for en faglig trygg helsetjeneste.

Synspunktene i kronikken representerer forfatternes faglige og personlige vurderinger.

REFERENCES

1. Fretheim A, Lie AK, Slagstad K. Utsetting av puberteten. Tidsskr Nor Legeforen 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.0079. [PubMed][CrossRef]
2. Levine SB, Abbruzzese E. Current Concerns About Gender-Affirming Therapy in Adolescents. Curr Sex Health Rep 2023; 15: 113–23. [CrossRef]
3. Rosenthal SM. Challenges in the care of transgender and gender-diverse youth: an endocrinologist's view. Nat Rev Endocrinol 2021; 17: 581–91. [PubMed][CrossRef]
4. Cohn J. Some Limitations of "Challenges in the Care of Transgender and Gender-Diverse Youth: An Endocrinologist's View". J Sex Marital Ther 2023; 49: 599–615. [PubMed][CrossRef]
5. de Vries ALC, McGuire JK, Steensma TD et al. Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. Pediatrics 2014; 134: 696–704. [PubMed][CrossRef]
6. van der Loos MATC, Klink DT, Hannema SE et al. Children and adolescents in the Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria: trends in diagnostic- and treatment trajectories during the first 20 years of the Dutch Protocol. J Sex Med 2023; 20: 398–409. [PubMed][CrossRef]
7. Thompson L, Sarovic D, Wilson P et al. A PRISMA systematic review of adolescent gender dysphoria literature: 3) treatment. PLOS Glob Public Health 2023; 3: e0001478. [PubMed][CrossRef]
8. Wiepjes CM, den Heijer M, Bremmer MA et al. Trends in suicide death risk in transgender people: results from the Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria study (1972-2017). Acta Psychiatr Scand 2020; 141: 486–91. [PubMed][CrossRef]
9. Shelemy L, Cotton S, Crane C et al. Systematic review of prospective adult mental health outcomes following affirmative interventions for gender dysphoria. Int J Transgender Health 2024; 26: 480–500. [PubMed][CrossRef]
10. Doyle DM, Lewis TOG, Barreto M. A systematic review of psychosocial functioning changes after gender-affirming hormone therapy among transgender people. Nat Hum Behav 2023; 7: 1320–31. [PubMed][CrossRef]
11. Cheng PJ, Pastuszak AW, Myers JB et al. Fertility concerns of the transgender patient. Transl Androl Urol 2019; 8: 209–18. [PubMed][CrossRef]

12. de Nie I, van Mello NM, Vlahakis E et al. Successful restoration of spermatogenesis following gender-affirming hormone therapy in transgender women. *Cell Rep Med* 2023; 4: 100858. [PubMed][CrossRef]
13. Delemarre-van de Waal HA, Cohen-Kettenis PT. Clinical management of gender identity disorder in adolescents: a protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *Eur J Endocrinol* 2006; 155 (suppl_1): S131–7. [CrossRef]
14. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L et al. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2017; 102: 3869–903. [PubMed][CrossRef]
15. Stevenson MO, Tangpricha V. Osteoporosis and Bone Health in Transgender Persons. *Endocrinol Metab Clin North Am* 2019; 48: 421–7. [PubMed][CrossRef]
16. Rahman SU, Manasrah N, Kumar N et al. Impact of Gender-Affirming Hormonal Therapy on Cardiovascular Risk Factors in Transgender Health: An Updated Meta-Analysis. *JACC Adv* 2024; 3: 101265. [PubMed][CrossRef]
17. van Zijverden LM, Wiepjes CM, van Diemen JJK et al. Cardiovascular disease in transgender people: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Endocrinol* 2024; 190: S13–24. [PubMed][CrossRef]
18. Totaro M, Palazzi S, Castellini C et al. Risk of Venous Thromboembolism in Transgender People Undergoing Hormone Feminizing Therapy: A Prevalence Meta-Analysis and Meta-Regression Study. *Front Endocrinol (Lausanne)* 2021; 12: 741866. [PubMed][CrossRef]
19. Masumori N, Nakatsuka M. Cardiovascular Risk in Transgender People With Gender-Affirming Hormone Treatment. *Circ Rep* 2023; 5: 105–13. [PubMed][CrossRef]
20. Hadj-Moussa M, Ohl DA, Kuzon WM. Evaluation and Treatment of Gender Dysphoria to Prepare for Gender Confirmation Surgery. *Sex Med Rev* 2018; 6: 607–17. [PubMed][CrossRef]
21. Amend B, Seibold J, Toomey P et al. Surgical reconstruction for male-to-female sex reassignment. *Eur Urol* 2013; 64: 141–9. [PubMed][CrossRef]
22. Bouman MB, van Zeijl MCT, Buncamper ME et al. Intestinal vaginoplasty revisited: a review of surgical techniques, complications, and sexual function. *J Sex Med* 2014; 11: 1835–47. [PubMed][CrossRef]
23. van der Sluis WB, Bouman MB, de Boer NKH et al. Long-Term Follow-Up of Transgender Women After Secondary Intestinal Vaginoplasty. *J Sex Med* 2016; 13: 702–10. [PubMed][CrossRef]
24. Hadj-Moussa M, Agarwal S, Ohl DA et al. Masculinizing Genital Gender Confirmation Surgery. *Sex Med Rev* 2019; 7: 141–55. [PubMed][CrossRef]
25. Becerra-Culqui TA, Liu Y, Nash R et al. Mental Health of Transgender and Gender Nonconforming Youth Compared With Their Peers. *Pediatrics* 2018; 141:

e20173845. [PubMed][CrossRef]

26. Katz-Wise SL, Ranker LR, Gordon AR et al. Sociodemographic Patterns in Retrospective Sexual Orientation Identity and Attraction Change in the Sexual Orientation Fluidity in Youth Study. *J Adolesc Health* 2023; 72: 437–43. [PubMed][CrossRef]
27. Dhejne C, Lichtenstein P, Boman M et al. Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: cohort study in Sweden. *PLoS One* 2011; 6: e16885. [PubMed][CrossRef]
28. Bränström R, Pachankis JE. Reduction in Mental Health Treatment Utilization Among Transgender Individuals After Gender-Affirming Surgeries: A Total Population Study. *Am J Psychiatry* 2020; 177: 727–34. [PubMed][CrossRef]
29. Kalin NH. Reassessing Mental Health Treatment Utilization Reduction in Transgender Individuals After Gender-Affirming Surgeries: A Comment by the Editor on the Process. *Am J Psychiatry* 2020; 177: 764. [PubMed][CrossRef]
30. Bränström R, Pachankis JE. Toward Rigorous Methodologies for Strengthening Causal Inference in the Association Between Gender-Affirming Care and Transgender Individuals' Mental Health: Response to Letters. *Am J Psychiatry* 2020; 177: 769–72. [PubMed][CrossRef]
31. Littman L. Individuals Treated for Gender Dysphoria with Medical and/or Surgical Transition Who Subsequently Detransitioned: A Survey of 100 Detransitioners. *Arch Sex Behav* 2021; 50: 3353–69. [PubMed][CrossRef]
32. Vandenbussche E. Detransition-Related Needs and Support: A Cross-Sectional Online Survey. *J Homosex* 2022; 69: 1602–20. [PubMed][CrossRef]
33. Erikson EH. Identity, youth and crisis. New York, NY: Norton, 1968.
34. Vrouwenraets LJJJ, de Vries ALC, Arnoldussen M et al. Medical decision-making competence regarding puberty suppression: perceptions of transgender adolescents, their parents and clinicians. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2023; 32: 2343–61. [PubMed][CrossRef]
35. Liu H, Wilkinson L. Marital Status and Perceived Discrimination among Transgender People. *J Marriage Fam* 2017; 79: 1295–313. [PubMed][CrossRef]
36. Marshall E, Glazebrook C, Robbins-Cherry S et al. The quality and satisfaction of romantic relationships in transgender people: A systematic review of the literature. *Int J Transgender Health* 2020; 21: 373–90. [PubMed][CrossRef]
37. Regjeringen. Fallende fødselstall i Norge: utvikling og mulige tiltak for unge voksne.
https://www.regjeringen.no/contentassets/65e2b59e934640dfb7015fe295bc72e5/no/pdfs/q-1262_fallende-fodselstall-i-norge.pdf Lest 15.7.2025.
38. Wierckx K, Van Caenegem E, Pennings G et al. Reproductive wish in transsexual men. *Hum Reprod* 2012; 27: 483–7. [PubMed][CrossRef]

39. Pasternack I, Söderström I, Saijonkari M et al. Lääketieteelliset menetelmät sukupuolivariaatioihin liittyvän dysforian hoidossa. Systemaattinen katsaus. <https://app.box.com/s/y9u791np8v9gsunwgpr2kqn8swd9vdtx> Lest 15.7.2025.
40. Council for Choices in Health Care in Finland. Recommendation of the Council for Choices in Health Care in Finland (PALKO / COHERE Finland). Medical Treatment Methods for Dysphoria Related to Gender Variance In Minors. https://segm.org/sites/default/files/Finnish_Guidelines_2020_Minors_Unofficial%20Translation.pdf Lest 15.7.2025.
41. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Hormonbehandling vid könsdysfori - barn och unga. https://www.sbu.se/contentassets/ea4e698fa0c4449aaae964c5197cf940/hormonbehandling-vid-konsdysfori_barn-och-unga.pdf Lest 15.7.2025.
42. Socialstyrelsen. Uppdaterade rekommendationer för hormonbehandling vid könsdysfori hos unga. <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/uppdaterade-rekommendationer-for-hormonbehandling-vid-konsdysfori-hos-unga> Lest 15.7.2025.
43. NICE. Nice Evidence Reviews. <https://cass.independent-review.uk/nice-evidence-reviews/> Lest 15.7.2025.
44. NHS England. Interim service specification: Specialist service for children and young people with gender dysphoria (phase 1 providers) 20 October 2022. https://www.engage.england.nhs.uk/specialised-commissioning/gender-dysphoria-services/user_uploads/b1937-ii-specialist-service-for-children-and-young-people-with-gender-dysphoria-1.pdf Lest 15.7.2025.
45. Helsedirektoratet. Kjønnssinkongruens. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kjonnsinkongruens> Lest 15.7.2025.
46. Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom). Pasientsikkerhet for barn og unge med kjønnssinkongruens. <https://ukom.no/rapporter/pasientsikkerhet-for-barn-og-unge-med-kjonnsinkongruens/sammendrag> Lest 15.7.2025.

Publisert: 1. september 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0363
Mottatt 1.6.2025, første revisjon innsendt 10.7.2025, godkjent 21.7.2025.
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. september 2026.