

# Stöd och utredning vid könsinkongruens hos barn och ungdomar

Delvis uppdatering av kunskapsstöd, mars 2021

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till [alternativaformat@socialstyrelsen.se](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se)

Artikelnummer 2021-3-7302  
Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), mars 2021

# Förord

Socialstyrelsen har i uppdrag av regeringen att uppdatera kunskapsstödet *God vård av barn och ungdomar med könsdysfori* som publicerades 2015. Socialstyrelsen har valt att uppdatera och publicera kunskapsstödet i tre olika faser. Den här första rapporten innehåller uppdaterade kapitel om stöd och utredning, som härmed ersätter sidorna 35–51 i kunskapsstödet från 2015. Kapitlen riktar sig primärt till professionen som arbetar med målgruppen, men även till beslutsfattare med ansvar för vårdens kvalitet.

I en andra fas under hösten 2021 planeras uppdaterade kapitel och rekommendationer på liknande sätt ersätta kunskapsstödet nuvarande kapitel om hormonbehandling och kirurgi. Resterande medicinska kapitel och det reviderade kunskapsstödet som helhet publiceras i maj 2022, då uppdraget redovisas till regeringen.

En förändring jämfört med kunskapsstödet från 2015 är att både termen könsinkongruens och termen könsdysfori används i de reviderade kapitlen. Termen könsinkongruens har blivit aktuell och med införandet av ICD-11, där klassificeringen ”könsinkongruens” (*eng.* gender incongruence) ersätter de klassificeringar som nu ligger under ”könsidentitetsstörningar” i ICD-10. Även om den svenska översättningen av ICD-11 ännu inte finns tillgänglig, har Socialstyrelsen bedömt det som nödvändigt att förhålla sig till termen könsinkongruens under uppdateringen av kunskapsstödet.

Utöver de två kapitlen innehåller rapporten tre bilagor: en termlista, metodbeskrivning och kunskapsunderlag, samt en förteckning över de som medverkat under arbetet.

De uppdaterade kapitlen och kunskapsstödet bidrar till Sveriges arbete med att uppfylla målet i Agenda 2030, att säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar. De bidrar även till att uppfylla målet för den nationella strategin för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter; en god jämlik och jämställd sexuell och reproduktiv hälsa i hela befolkningen.

Socialstyrelsen riktar ett stort tack till de experter som har medverkat vid revideringen av de aktuella kapitlen, liksom till de patient-, anhörig- och intresseorganisationer samt verksamhetschefer, som lämnat synpunkter på underlaget innan publicering.

Olivia Wigzell  
Generaldirektör



# Innehåll

Förord .....	3
Sammanfattning .....	7
Stöd till unga och deras familjer .....	8
Bred psykopedagogisk ansats för det initiala stödet .....	8
Minoritetsstress och faktorer som skyddar .....	9
Information, stöd och rådgivning till familjer .....	10
Frågan om social transition hos barn .....	11
Bistå den unge i kontakter med samhällsfunktioner .....	12
Utredning av könsinkongruens hos barn och ungdomar .....	14
Utredningens syfte .....	14
En längre period som innefattar stödinsatser .....	14
Generella beaktanden .....	14
Kompetenser för utredning .....	14
Individanpassad utredning .....	15
Information om utredningen .....	15
Utredningsmetoder och informanter .....	16
Diagnostik .....	17
Psykosocialt stöd för utforskande .....	18
Särskilda tillstånd och faktorer att beakta .....	20
Neuropsykiatriska tillstånd .....	20
Psykiatriska tillstånd .....	22
Psykosociala försvårande faktorer .....	24
Överväga behov av externt psykosocialt stöd .....	25
Mognadsbedömning .....	26
Utredningens senare del .....	28
Att prova att leva i sin könsidentitet .....	28
Hjälpmedel .....	29
Referenser .....	31
Bilaga 1. Projektorganisation .....	35
Bilaga 2. Termer och förkortningar .....	37
Bilaga 3. Kunskapsunderlag och metodbeskrivning .....	38
Kunskapsunderlag till rekommendationer .....	38
Metodbeskrivning .....	55



# Sammanfattning

En förstudie som har genomförts inför uppdateringen av kunskapsstödet *God vård av barn och ungdomar med könsdysfori* (2015) har visat på ett stort behov av uppdaterade rekommendationer, framförallt vad gäller avsnitt om utredning och stöd, hormonbehandling och kirurgisk behandling. För att möta behoven på bästa sätt har Socialstyrelsen valt att uppdatera och publicera kunskapsstödet innehåll i tre olika faser. Den här första rapporten innehåller uppdaterade kapitel om stöd och utredning vid könsinkongruens hos barn och ungdomar. Kapitlen ersätter de motsvarande kapitlen i kunskapsstödet från 2015. Uppdaterade avsnitt om hormonbehandling och kirurgi är planerade att publiceras under hösten 2021. Resterande medicinska kapitel och kunskapsstödet som helhet publiceras i maj 2022 då arbetet redovisas till regeringen.

## *Stöd och utredning vid könsinkongruens hos unga*

Syftet med en utredning av könsinkongruens är att ta ställning till om ett vårdbehov föreligger och vilka vårdinsatser som är motiverade och lämpliga för den enskilde unge. Här ingår bland annat bedömningar av den unges könsinkongruens och könsdysfori och om det finns samtidiga tillstånd och faktorer att beakta. Sedan kunskapsstödet publicerades 2015 har antalet unga som remitteras för utredning ökat kraftigt, både i Sverige och internationellt. Ökningen är extra tydlig bland ungdomar med registrerat kön kvinna vid födelsen. Orsakerna till ökningen är ännu inte klarlagda. Vidare är andelen unga med samtidig neuropsykiatrisk funktionsnedsättning och psykiatriska diagnoser förhöjd bland unga med könsdysforidiagnos, jämfört med hos unga i övriga befolkningen. För merparten av de unga som remitteras ser utredningsteamet ett behov av att inledningsvis erbjuda stödinsatser med psykopedagogiska inslag som inte bara rör könsidentitet utan identitetsutveckling mer generellt. Utredningen behöver som regel pågå över flera års tid, och förlängs vid större grad av osäkerhet i bedömningarna.

## *Vad är nytt i de reviderade kapitlen?*

Kapitlen och rekommendationerna har uppdaterats för att väga in ny kunskap och för att svara mot de förutsättningar som kännetecknar vårdområdet idag. De uppdaterade avsnitten beskriver t.ex. vikten av att hälso- och sjukvården

- identifierar och beaktar samtidig autism och adhd/add samt samtidiga psykiatriska tillstånd under utredningen, liksom psykosociala försvårande faktorer
- erbjuder psykosocialt stöd till den unge för ett förutsättningslöst utforskande av könsidentiteten under utredningen
- har ett validerande förhållningssätt i kontakterna med unga och deras familjer och samtidigt belyser den osäkerhet som råder, t.ex. vad gäller könsidentitetens utveckling över tid.

En annan förändring är att termen könsinkongruens har införts i de reviderade kapitlen. Termerna i texten förklaras i en bilaga till rapporten.

# Stöd till unga och deras familjer

Antalet unga som remitteras för utredning av könsinkongruens har ökat kraftigt under det senaste årtiondet. Ökningen ses såväl nationellt som internationellt, och är extra tydlig bland ungdomar med registrerat kön kvinna vid födelsen [1, 2]. Erfarenheten i de utredande teamen under senare år, är att unga som utreds även är en mer heterogen grupp än tidigare. Unga vars könsinkongruens debuterar under barndom och för vilka pubertetsstarten medför ett tydligt lidande utgör en mindre grupp. I dessa fall är barnets utforskande och utredningsteamets kontakt med familjen ofta utspridd över många års tid. Tiden är en viktig faktor för säkerheten i bedömningarna och diagnostiken blir relativt okomplicerad när utredning inleds. Det är oftast förhållandevis lätt för den unge, vårdnadshavare och utredningsteamet att nå samsyn kring vårdbehov och behandlingsåtgärder.

För de flesta unga som utredningsteamet träffar är situationen annorlunda. Många söker vård senare under puberteten, och beskriver i stor utsträckning en långvarig könsinkongruens som var märkbar innan och förvårades i och med puberteten. Det kan finnas försvårande omständigheter att beakta, som gör livet till en utmaning för den unge och försvårar diagnostiken och säkerheten i bedömningarna för det utredande teamet. Utredningsteamets erfarenhet är att psykosociala stödinsatser av olika slag behöver ges under längre tidsperiod för de flesta, innan samsyn om vårdbehov och vårdåtgärder uppnås mellan den unge, vårdnadshavare och det utredande teamet. Det psykosociala stöd som beskrivs i det här kapitlet är således ofta en integrerad del av utredningen.

Innehållet i kapitlet kan tills vidare anses gälla generellt för unga med könsinkongruens, och innefattar personer med icke-binär könsidentitet.

## Bred psykopedagogisk ansats för det initiala stödet

Ofta ser utredningsteamet ett behov av att inledningsvis erbjuda stödinsatser med psykopedagogiska inslag som inte bara rör könsidentitet utan identitetsutveckling mer generellt.<sup>1</sup> Innehållet i insatserna och formerna för hur stödet ges individanpassas. Syftet med insatserna är både att tillhandahålla ett tryggt och validerande sammanhang, och att ge information som kan bidra till att personen får ökad kunskap och förståelse för sin egen situation och för hur de kan hantera den. Vilka teman som tas upp varierar och kan t.ex. vara

- tonåren
- vänner (tidigare, nu och framtid)
- mående (fysisk och psykisk hälsa)
- kroppen
- familjen och kontexten man växer upp i
- rädslor, osäkerhet och ambivalens
- nätet (användning, stöd eller inte?)

---

<sup>1</sup> Enligt beskrivning från medverkande sakkunniga kan den här typen av insatser i vissa regioner ges av Ungdomsmottagningen, innan den unge remitteras för utredning av könsinkongruens.



- jobbiga livserfarenheter
- autism/adhd/add
- andra psykiatriska tillstånd
- könsnormer, hur de påverkar
- relationer, sexualitet, sexuell läggning
- att vara trans, vad kan det innebära
- värderingar, t.ex. hur jag ser på mig själv och andra, våga strida/våga backa
- transfobi och minoritetsstress (se även nedan).

Erfarenheten i de utredande teamen är att insatserna underlättar ett fortsatt förutsättningslöst utforskande av könsidentiteten under utredningen. En del unga omvärderar med tiden sin situation och väljer att avsluta utredningen i ett relativt tidigt skede.

## Minoritetsstress och faktorer som skyddar

Flera myndighetsrapporter och litteraturoversikter visar på tydliga skillnader i hälsa mellan unga hbtq-personer och unga i befolkningen [3, 4]. Skillnaderna är tydligast inom området psykisk hälsa, där ångest, nedstämdhet och stress är mer utbrett bland hbtq-personer jämfört med befolkningen i övrigt.

Enligt en kunskapsöversikt från FORTE om hälsa och livsvillkor bland unga hbtq-personer [4] finns ett växande forskningsstöd för att den ökade risken för ohälsa bland hbtq-personer åtminstone delvis kan förklaras inom modellen om minoritetsstress [5, 6].<sup>2</sup> Teorin beskriver en ökad psykosocial stress som specifikt hänger samman med att en persons sexuella läggning eller könsidentitet avviker från normen, och som utgör en extra påbyggnad till den allmänna livsstressen. Källor till minoritetsstress är dels utifrån kommande: att bli diskriminerad, avvisad och utsatt för fördomar och våld; och dels de inre processer som uppstår som en följd: att leva i en beredskap och rädsla för att bli diskriminerad, avvisad eller utsatt för våld, att känna att man behöver hemlighålla sin identitet för omgivningen, och internaliserad homo-, bi- och transfobi, dvs. att omgivningens negativa attityder blir en del av personens självbild [6].

Forskning på området visar att unga hbtq-personer har en ökad risk för att bli utsatta för våld och annan typ av mobbning, både i fysiska och digitala sammanhang [4]. Resultat från Folkhälsomyndighetens enkätstudie 2015 [7] tyder också på att den höga graden av suicidtankar hos transpersoner relaterar till specifika negativa livsvillkor med erfarenheter av kränkningar, diskriminering och våld, samt lågt förtroende för samhällsinstitutioner såsom vård och skola.<sup>3</sup> Liknande slutsatser dras i rapporten om Folkhälsomyndighetens kvalitativa intervjustudie från 2020, om psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada bland unga transpersoner [8].

<sup>2</sup> Modellen utvecklades ursprungligen för att förklara skillnader i psykisk hälsa baserade på sexuell läggning [5, 6] men har senare utvidgats för att förstå den ökade risken för ohälsa i andra minoritetsgrupper.

<sup>3</sup> Totalt besvarade 796 transpersoner 15–94 år enkäten. Totalt 36 procent rapporterade att de minst en gång under det senaste året allvarligt övervägt att ta sitt liv. Bland unga transpersoner i åldern 15–19 år var denna andel 57 procent, jämfört med 7 procent bland unga generellt i gruppen 16–29 år enligt den nationella hälsoenkäten. Resultaten behöver tolkas med försiktighet, bl.a. då gruppen transpersoner rekryterades via en självselekterad webbaserad undersökning.

Enligt teorin går minoritetsstress att motverka med olika metoder som syftar till att skapa förändring på struktur- och policynivå eller hos enskilda individer [6]. Exempelvis kan psykosocialt stöd som syftar till att främja personens motståndskraft, självkänsla och färdigheter antas bidra till minskad minoritetsstress och förbättrad psykisk hälsa.

### *Kunskap om främjande metoder och skyddsfaktorer*

Folkhälsomyndigheten konstaterade 2017 att kunskapsläget om effektiva metoder för att främja en god hälsa och förebygga ohälsa bland hbtq-personer är oklart [9]. Antalet studier var vid tidpunkten få och majoriteten hade använt en svag studiedesign. Studier tydde på att skolbaserade insatser som inkluderar hbtq-personer och synliggör olika identiteter kopplat till kön och sexualitet skulle kunna motverka suicidalt beteende. Studier tydde också på att hbtq-personers psykiska hälsa kan förbättras av att delta i en stödgrupp med andra hbtq-personer och av kognitiv beteendeterapi med fokus på att bejaka sin hbtq-identitet. Underlaget i översikten räckte dock inte till för att konstatera dessa effekter. Även senare litteraturöversikter har visat på liknande resultat [10]. För barn, ungdomar och anhöriga kan stödgrupper och aktiviteter som anordnas av intresseorganisationer eller inom hälso- och sjukvården vara viktiga.

Enligt FORTE:s litteraturöversikt [4] visar forskning att socialt stöd från vänner och familj kan fungera som en skyddsfaktor för psykisk ohälsa bland unga hbtq-personer. Andra skyddsfaktorer som rapporterats är en positiv hbtq-identitet, positiva erfarenheter av att ”komma ut”, samhörighet i skolan och i familjer, och att känna sig trygg i skolan.

Folkhälsomyndighetens intervjustudie 2020 [8] visar också på skyddsfaktorer som kan minska psykiskt lidande och främja psykisk hälsa hos unga transpersoner. Exempel är att få stöd från närstående och skolan, att få adekvat vård för sin könsdysfori och/eller sina psykiatriska diagnoser, och att bli sedd och bekräftad i sin könsidentitet.

### Information, stöd och rådgivning till familjer

Det kan vara omvälvande för omgivningen när barnet eller ungdomen visar tecken på könsinkongruens eller könsdysfori. I början kan anhöriga och närstående sakna kunskap om vad det innebär. Oro för omgivningens reaktioner och för att den unge ska bli trakasserad eller skadad är vanligt.

Även anhöriga och närstående kan möta oförstående och negativa reaktioner från omgivningen i relation till att barnet, syskonet, kamraten eller partnern överskrider könsnormer eller visar tecken på könsinkongruens. Insatser som främjar anhörigas och närståendes motståndskraft och förmåga att hantera svårigheterna kan därför behövas på motsvarande sätt som för den unge.

Information, stöd och rådgivning kan behövas under kortare eller under längre tid, beroende på familjens behov och på hur barnets eller ungdomens könsinkongruens utvecklas. Psykosociala stödinsatser till anhöriga och närstående kan ges tillsammans med barnet eller ungdomen. De kan också ges enskilt eller i grupp med andra anhöriga och närstående.

## Frågan om social transition hos barn

En del barn med tecken på könsinkongruens eller könsdysfori uttalar tidigt att de vill börja leva i enlighet med sin könsidentitet i skolan och andra sammanhang, t.ex. genom att byta förnamn, frisyr och klädstil. Möjligheten att uttrycka sin person är viktig för barn generellt, och det finns forskning som ger stöd åt att möjligheten till social transition är förenat med god psykisk hälsa hos barnet [11].

Vårdnadshavare behöver samtidigt få information om den forskning som tyder på att tidiga tecken på könsinkongruens och könsdysfori för många barn försvinner innan eller i samband med puberteten [12]. Rådet till vårdnadshavare enligt nuvarande praxis är att fortsätta uppmärksamma hur barnets könsinkongruens utvecklas och hur barnet mår, och att vara öppna för att barnet kan ändra sig med tiden. En viktig uppgift för hälso- och sjukvården är att stötta vårdnadshavare i att hitta strategier och sammanhang där barnet är fri att vara sig själv, som är lämpliga utifrån den unges individuella förutsättningar och behov, och i att rama in dem så att barnet känner sig fri att ändra sig om könsinkongruensen senare upphör.

Barn som tidigt visar tecken på könsinkongruens eller könsdysfori och deras familjer följs regelbundet upp av utredningsteamet, med varierande intervall utifrån familjens stödbehov. Vårdnadshavare uppmanas även att ta kontakt om oro för barnet uppstår däremellan. Om tecken på könsinkongruens eller könsdysfori kvarstår när puberteten närmar sig behöver en utredning övervägas. Det är viktigt att man startar en utredning när det finns behov av vård och det bedöms kunna gagna barnet.

Vårdnadshavare kan också behöva stöd i kontakter med samhällsfunktioner och sociala sammanhang där barnet deltar, t.ex. för att informera eller överenskomma om gemensamma förhållningssätt med skolpersonal, eller för att underlätta vardagen för unga som redan lever i enlighet med sin könsidentitet (se även *Bistå den unge i kontakter med samhällsfunktioner* nedan).

Liksom vid vård i övrigt är en förutsättning för de rekommenderade åtgärderna om information, stöd och rådgivning till familjer, att det finns tillgång till hälso- och sjukvårdspersonal med rätt kompetens för uppgiften. Se även *Kompetenser för utredning*, kapitlet *Utredning av könsinkongruens hos barn och ungdomar*.

### *Rekommendationer om information, stöd och rådgivning till familjer*

Hälso- och sjukvården bör erbjuda information, stöd och rådgivning till vårdnadshavare av barn och ungdomar som är inskrivna i vården med anledning av tecken på könsinkongruens eller könsdysfori.

Hälso- och sjukvården bör erbjuda information, stöd och rådgivning till anhöriga och närstående till barn och ungdomar som är inskrivna i vården med anledning av tecken på könsinkongruens eller könsdysfori.

## Motivering till rekommendationerna

**Bakgrund** Personer med könsinkongruens och könsdysfori är generellt en utsatt grupp i samhället. För unga med tecken på könsinkongruens och könsdysfori är det särskilt viktigt känna stöd och acceptans från vårdnadshavare och andra i sin närmaste omgivning. Vårdnadshavare, andra anhöriga och närstående kan i sin tur behöva information, stöd och rådgivning för egen del, och för att kunna stödja barnet eller ungdomen på bästa sätt.

**Den förväntade nyttan (syftet)** med åtgärderna är att anhöriga och närstående ska ges stöd efter behov för egen del och förutsättningar att stödja sitt barn, syskon, partner eller vän så att den unge får utvecklas med en positiv självbild. Syftet är också att vårdnadshavare ska kunna göra informerade val i de frågor som uppstår, och för att kunna stödja barnets utforskande på bästa sätt.

**Möjliga risker** Inga tydliga risker med åtgärderna har identifierats, förutsatt att den professionelle har erforderlig kompetens och att information som ges är allsidig. Exempelvis behöver information till vårdnadshavare belysa både forskning som tyder på att möjligheten till social transition är förenat med god psykisk hälsa för barnet, och forskning som visar på osäkerheten kring barnets framtida könsidentitet.

**Kunskapen om förväntad nytta och risk** utgörs av erfarenhetsbaserad kunskap bland professionella (beprövad erfarenhet), inhämtad dels i form av ett internationellt konsensusdokument [13] och dels från de professionella som medverkat under kunskapsstödarbetet. Socialstyrelsen bedömer att det vetenskapliga underlaget om åtgärdernas förväntade nytta och risker sannolikt är otillräckligt. Se *Metodbeskrivning med kunskapsunderlag*.

**Nytta/risk balans** Socialstyrelsen bedömer att den förväntade nyttan av åtgärderna överväger deras möjliga risker.

## Bistå den unge i kontakter med samhällsfunktioner

Unga med könsdysfori som lever i enlighet med sin könsidentitet vittnar om att de känner sig utanför i sociala sammanhang och löper ökad risk för mobbing och våldsutsatthet [4]. Unga är dessutom ofta begränsade i sina möjligheter att välja bort sociala sammanhang såsom skola och bostadsort. Hälso- och sjukvården kan här bidra till att minska psykosociala riskfaktorer genom att bistå den unge i kontakter och genom samverkan och samarbete med t.ex. skola, socialtjänst och ungdomsmottagningar. En förutsättning är att, beroende på den aktuella situationen och barnets ålder och mognad, vårdnadshavare och/eller den unga personen samtycker till samverkan och till att information lämnas (se 12 kap. 2 och 3 §§ offentlighets- och sekretesslagen [2009:400], OSL).

Det är viktigt att stödet är flexibelt och anpassat utifrån vad ungdomen upplever som problematiskt i sin vardag. Det kan t.ex. handla om att informera skolpersonal om könsdysfori och bemötande, praktiska åtgärder vid könsuppdelad undervisning som att ordna med omklädningsrum i samband med idrott.<sup>4</sup> Behovet av att lösa sådana problem kan uppstå och återuppstå

<sup>4</sup> I Skolverkets stödmaterial *Sex- och samlevnadsundervisning i grundskolans senare år* beskrivs att skolan behöver ta ställning till hur man kan underlätta deltagande i undervisningen för transpersoner, t.ex. genom att erbjuda möjlighet till separat omklädningsrum och genom att konsekvent undvika att arbeta med könsuppdelade grupper (2013; s.114).

t.ex. när den unge byter skola eller bostadsort och vid social transition/re-transition. Strategier för skolan för att öka elevernas kunskap om olika könsidentiteter och att förebygga mobbning och trakasserier kan också tas upp.

Den unge och vårdnadshavare kan också behöva information om och hjälp med praktiska detaljer i samband med namnbyte.<sup>5</sup>

### *Rekommendation om att bistå den unge i kontakter*

Hälso- och sjukvården bör, i syfte att förebygga och minska de problem som unga med tecken på könsinkongruens eller könsdysfori själva ser i relation till tillståndet i sin vardag, bistå barnet eller ungdomen vid kontakter med de samhällsfunktioner som berörs, exempelvis skola och socialtjänst.

### *Motivering till rekommendationen*

**Bakgrund** Unga med könsdysfori som lever i enlighet med sin könsidentitet kan få problem i sin vardag som påverkar livskvalitet och självkänsla. Här bör hälso- och sjukvården bidra till att minska psykosociala riskfaktorer genom att bistå den unge i kontakter och samverka med t.ex. skola och socialtjänst.

**Den förväntade nyttan** (syftet) med åtgärderna är att möjliggöra en fungerande vardag för unga som lever i enlighet med sin könsidentitet, att minska risken för psykisk ohälsa och att bidra till en god psykosocial anpassning.

**Möjliga risker** Inga tydliga risker med åtgärderna har identifierats, förutsatt att den professionelle har erforderlig kompetens för uppgiften.

**Kunskapen om förväntad nytta och risk** utgörs av erfarenhetsbaserad kunskap (beprövad erfarenhet), inhämtad dels i form av ett internationellt konsensusdokument [13] och dels från de professionella som medverkat under kunskapsstödarbetet. Socialstyrelsen bedömer att det vetenskapliga underlaget om åtgärdernas förväntade nytta och risker sannolikt är otillräckligt. Se *Metodbeskrivning med kunskapsunderlag*.

**Nytta/risk balans** Socialstyrelsen bedömer att den förväntade nyttan av åtgärderna överväger deras risker.

---

<sup>5</sup> Den 1 juli 2017 infördes lagen (2016:1013) om personnamn samtidigt som namnlagen (1982:670) upphävdes. Bestämmelser om förmamn finns i 26–28 §§ i lagen om personnamn. Ansökan om namnbyte ska göras till Skatteverket.

# Utredning av könsinkongruens hos barn och ungdomar

Det här kapitlet beskriver vad en utredning av könsinkongruens hos barn och ungdomar bör innehålla, baserat på vetenskap och beprövad erfarenhet och utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv.

Innehållet i kapitlet kan tills vidare anses gälla generellt vid utredning av könsinkongruens hos unga, och innefattar personer med icke-binär könsidentitet.

## Utredningens syfte

Syftet med en utredning av könsinkongruens är att ta ställning till om vårdbehov föreligger och vilka vårdinsatser som är motiverade och lämpliga för den enskilde unge. Här ingår bland annat bedömningar av den unges könsinkongruens och könsdysfori och om det finns samtidiga tillstånd och faktorer att beakta.

## En längre period som innefattar stödinsatser

Begreppet ”utredning” inom hälso- och sjukvården avser ofta en relativt kort och avgränsad period. Utredning av könsinkongruens hos unga, som befinner sig i en period av intensiv fysisk och psykisk utveckling, behöver som regel pågå över flera års tid och förlängs vid större grad av osäkerhet i bedömningarna. Tidpunkten mellan initiala stödinsatser och utredningens start är inte alltid tydligt avgränsad, t.ex. när familjen har tagit kontakt vid tidig ålder hos barnet. Se även kapitlet *Stöd till unga och deras familjer*.

## Generella beaktanden

### Kompetenser för utredning

Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal som behövs för att god vård ska kunna ges (5 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen [2017:30], HSL). Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav (6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen [2010:659]).

Socialstyrelsen har i december 2020 fattat beslut [14] om att viss vård vid könsdysfori, däribland utredning, ska utgöra nationell högspecialiserad vård och bedrivs vid tre enheter. Enligt beslutet krävs multidisciplinär kompetens och samarbete mellan olika professioner, med särskild kompetens för patientgruppen. Beslutet innebär att vid förmodad könsdysfori ska en nationell enhet kontaktas. Alla regioner behöver dock fortsatt kunna utföra viss utredning och bedömning inför och även efter remittering till den nationella enheten.

Vad gäller utredning av barn och ungdomar, är det enligt beprövad erfarenhet viktigt att den som ställer diagnos har utvecklingspsykologisk och

barn- och ungdomspsykiatrisk kompetens, samt förmåga att känna igen och diagnostisera samexisterande psykiatriska tillstånd och differentialdiagnoser hos barn och ungdomar [13, 15].

## Individanpassad utredning

Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär bland annat att vården ska vara av god kvalitet, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet samt bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet (5 kap. 1 § HSL). Att vården är av god kvalitet innebär, enligt förarbeten till äldre HSL, bland annat att den ska vara anpassad till den enskilde patientens särskilda förhållanden. I förarbetena anges vidare att det måste förutsättas att vården tillgodoser människornas behov av trygghet och säkerhet i medicinskt hänseende (prop. 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag m.m. s. 56).

Utredningen behöver anpassas med avseende på innehåll och längd, utifrån barnets eller ungdomens medicinska, psykologiska och sociala omständigheter. Vilka utredningsinsatser som behövs varierar mellan unga och beror bland annat på

- den unges ålder och fysiska och psykiska mognad när utredningen inleds
- om könsinkongruensen debuterat under barndomen, vid pubertetsstart eller senare i puberteten/efter genomgången pubertet
- i vilken utsträckning hälso- och sjukvården har kännedom om den unga personens könsinkongruens och om familjen sedan tidigare
- om det finns samtidiga tillstånd eller försvårande faktorer som behöver utredas och beaktas
- könsidentitetens stabilitet
- den unges mognad och förmåga att förstå långsiktiga konsekvenser av könsbekräftande behandling (om sådan övervägs)
- i vilken utsträckning information som behövs för utredningen framgår av remissen.

Utredningen behöver pågå så länge som det krävs för att tillgodose utredningens syfte och i förlängningen minimera risken för felbehandling. I slutändan behöver såväl den unge själv, vårdnadshavare och utredningsteamet känna trygghet med utredningens resultat.

Långa utredningstider kan vara psykologiskt påfrestande för den unge. Samverkan med andra involverade vårdgivare, t.ex. för utredning och behandling av samtidiga tillstånd, behöver vara effektiv så att inte utredningen fördröjs. Det är angeläget att insatser för samtidiga tillstånd eller försvårande faktorer bedrivs parallellt med utredningen av könsinkongruensen, när det bedöms som lämpligt.

## Information om utredningen

Varje patient ska ges individuellt anpassad information om bland annat sitt hälsotillstånd och om de metoder som finns för undersökning, vård och behandling. Patienten ska även informeras om vid vilken tidpunkt han eller hon kan förvänta sig att få vård och om det förväntade vård- och behandlingsförloppet (3 kap. 1 § patientlagen [2014:821]). Informationen ska lämnas till den

unge själv och till vårdnadshavaren, under förutsättning att bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar det (3 kap. 3 och 5 §§ patientlagen).

Även om det inte går att säga på förhand exakt hur länge utredningen kommer att pågå, eller vilka stöd- och behandlingsinsatser som blir aktuella i den enskilde unges fall, är det viktigt att utredningsteamet förklarar för den unga personen och för vårdnadshavare:

- utredningens olika delar och vad de syftar till
- vad utredningen skall ge svar på
- vilka saker utredningsteamet behöver utesluta
- att andra barn- och ungdomspsykiatriska insatser kan behöva inledas om utredningsteamet ser behov av det
- att utredningsteamet samverkar med bl.a. den övriga barn- och ungdomspsykiatrin, socialtjänsten och den somatiska vården
- vilka regler, riktlinjer och vårdpraxis utredningsteamet har att förhålla sig till
- att målet är att tillsammans med den unge och vårdnadshavare komma fram till vad som är de bästa insatserna om könsdysforin kvarstår under hela utredningstiden.

Informationen ovan behöver ges i början av utredningen och därefter kontinuerligt när behov uppstår.

Slutligen är det viktigt att redan under utredningstiden ge ungdomen och deras vårdnadshavare information om möjligheter och begränsningar med olika könsbekräftande behandlingar [13]. Ofta har personen som utredningen avser en egen föreställning om vad könsbekräftande behandling innebär. Även om det inte står klart att könsbekräftande behandling kommer bli aktuell, är det av stor vikt att den unge och vårdnadshavare får en realistisk bild av vad behandlingarna innebär på kort och lång sikt, och tid att förhålla sig till informationen.

I de fall könsbekräftande behandling senare bedöms som indicerad och lämplig, ska den unge och vårdnadshavare återigen få information. Informationen ska ges av den som har det direkta ansvaret för den vårdsituation som informationen avser, t.ex. ges information om hormonbehandlingar av barnendokrinolog.

## Utredningsmetoder och informanter

Som regel medverkar vårdnadshavare i utredningen.<sup>6</sup> Även närstående bör få möjlighet att medverka om barnet eller ungdomen önskar det.

---

<sup>6</sup> Utgångspunkten är att det är vårdnadshavaren som har rätt och skyldighet att bestämma i frågor om hälso- och sjukvård för barnet. I takt med barnets stigande ålder och mognad ska dock allt större hänsyn tas till barnets vilja. Ett barn kan anses moget nog att ensamt få besluta om viss vård eller behandling om barnet kan tillgodogöra sig relevant information och överblicka vilka konsekvenser som hans eller hennes beslut kan få. Det krävs dock en avsevärd mognad för att ett barn ska kunna ta ställning till mer omfattande behandlingar och ingrepp (jfr prop. 2013/14:106 s. 119 f.).



## Rekommendation om utredningsmetoder och informanter

Hälso- och sjukvården bör genomföra de psykologiska, psykosociala och psykiatriska delarna av utredning av könsinkongruens med hjälp av valida utredningsmetoder, utredande samtal och levnadsbeskrivningar inhämtade från barnet eller ungdomen samt från vårdnadshavare.

### Motivering till rekommendationen

**Bakgrund** Liksom vid all utredning är det viktigt att hälso- och sjukvården får en så god och fullständig bild av patienten och dennes situation som möjligt.

**Den förväntade nyttan** (syftet) är att den unge själv, vårdnadshavare och utredningsteamet ska känna trygghet med utredningens resultat. Eventuella beslut om könsbekräftande behandlingar riskerar annars att tas på felaktig grund.

**Möjliga risker** med åtgärderna är att de kan skapa oro och känslor av misstänkliggörande, om olika bilder av ungdomens lidande och behov framkommer, eller om vårdnadshavare har svårt att förstå och acceptera den unges könsinkongruens. Eftersom vårdnadshavares stöd och förståelse är av stor vikt för den unges psykiska hälsa, kan riskerna minskas genom att behovsanpassat psykosocialt stöd erbjuds till den unge, och genom information, stöd och rådgivning till vårdnadshavare vid behov. Riskerna kan också minskas genom att utredningsteamet beskriver och motiverar utredningens upplägg för den unge och för vårdnadshavare (se *Information om utredningen* ovan).

**Kunskapen om förväntad nytta och risk** utgörs av erfarenhetsbaserad kunskap (beprövad erfarenhet) inhämtad från internationella publikationer om ämnet [16, 17], samt från de professionella som medverkat under kunskapsstödarbetet. Socialstyrelsen bedömer att det vetenskapliga underlaget om åtgärdernas förväntade nytta och risker sannolikt är otillräckligt. Se *Metodbeskrivning med kunskapsunderlag*.

**Nytta/risk balans** Socialstyrelsen bedömer att den förväntade nyttan av åtgärderna överväger deras risker och att behovet av åtgärderna är stort. Patientsäkerhetsaspekten är ett överordnat skäl till en stark rekommendation.

## Diagnostik

Den diagnostiska utredningen fokuserar på den unges könsidentitet, hur könsinkongruensen har utvecklats över tid och hur den påverkar personens hälsa och livskvalitet. Diagnos ställs och kodas utifrån kriterier i DSM och ICD-systemen.<sup>7</sup>

Exempel på bedömningsinstrument som kan användas som samtalsunderlag eller på annat sätt ge stöd för bedömningarna är

- Gender Congruence and Life Satisfaction Scale (GCLS) [18]
- Transgender Congruence Scale (TCS) [19]

<sup>7</sup> Avsnitt om diagnoser och diagnoskoder kommer ingå då det uppdaterade kunskapsstödet som helhet publiceras, bland annat med hänvisning till det pågående införandet av ICD-11.

- Utrecht Gender Dysphoria Scale-Gender Spectrum (UGDS-GS) [20]
- Genderqueer Identity Scale (GIQ) [21]
- Body Image Scale (BIS) [22].

De första fyra instrumenten i listan ovan har utvecklats under senare år. Till skillnad från flera tidigare instrument täcker de hela spektrumet av könsidentiteter, dvs. ej enbart binär könsidentitet (kvinna/man). Ett undantag är GIQ [21] som har utvecklats specifikt för gender-queera (inklusive icke-binära) könsidentiteter och är avsett att stödja vid diagnostisk bedömning när könsbekräftande behandling övervägs för denna grupp.

När dessa kapitel publiceras (mars 2021) finns GCLS, TCS och BIS översatta till svenska och kan erhållas via Könsdysforiregistret.<sup>8</sup>

## Psykosocialt stöd för utforskande

Eftersom mycket i en ung persons liv kan påverka både identitetsutvecklingen mer generellt och utvecklingen av könsidentiteten, är det viktigt att psykosocialt stöd för utforskande ges inom ramen för utredningen.

Ett rätt utformat stöd möjliggör för den unge att förutsättningslöst utforska upplevelser, tankar och känslor kopplade till identitet och könsidentitet i ett tryggt och validerande sammanhang. Viktiga utgångspunkter är att

- det finns många könsidentiteter och sätt att uttrycka sin könsidentitet
- det finns mycket i livet som kan påverka identiteten och könsidentiteten
- identiteten och könsidentiteten kan förändras över tid
- att reflektera och att prova sig fram i verkligheten är viktigt för att få egna erfarenheter att basera sina beslut på
- uppmärksamheten behöver vara både på situationen här och nu, och på att må bra i ett livsperspektiv.

Att utforskandet är förutsättningslöst innebär att även den unges osäkerheter och tvivel ges plats i samtalen. Detta förutsätter en god allians med den unge, en tydlighet med att detta är en del av utredningen och med att eventuella tvivel inte ses som något negativt av utredningsteamet. Psykopedagogiska insatser är som regel aktuella under utforskandet (se *Bred psykopedagogisk ansats för det initiala stödet* i kapitlet *Stöd till unga och deras familjer*).

För att stödja den unges eget utforskande av könsidentiteten behöver den professionelle förhålla sig stöttande och samtidigt neutral, och därmed minimera risken för att egna värderingar eller förväntningar påverkar den unge i någon riktning. Vid samtidig neuropsykiatrisk funktionsnedläggning hos den unge förutsätts även god kunskap om autismspektrumtillstånd och adhd/add för uppgiften (se även avsnittet *Särskilda tillstånd och faktorer att beakta*).

<sup>8</sup> GCLS daterad 190521, översatt av Dhejne C, Byström M, Görts-Öberg K & Södersten M. TCS daterad 151201, översatt av Södersten M, Johansson A, Beckman U, Östberg P & Dhejne C. Översättningarna är gjorda enligt WHO:s rekommendationer.

## Rekommendation om psykosocialt stöd för utforskande

Hälso- och sjukvården bör, under utredning av könsinkongruens hos barn och ungdomar, erbjuda psykosocialt stöd för ett förutsättningslöst utforskande av könsidentiteten.

### Motivering till rekommendationen

**Bakgrund** Eftersom mycket i en ung persons liv kan påverka och hänga samman med identitetsutveckling och med könsidentiteten, är det centralt att ge utrymme och psykosocialt stöd för utforskande inom ramen för utredningen. I vilken mån psykopedagogiska insatser behöver ingå och hur lång tid för utforskande som behöver avsättas beror på under vilka förutsättningar utredningen genomförs för den enskilde (se *Individanpassad utredning* ovan samt *Bred psykopedagogisk ansats för det initiala stödet* i kapitlet *Stöd till unga och deras familjer*).

**Den förväntade nyttan** (syftet) med åtgärderna är att ge utrymme för den unge att reflektera kring vad som kan ha påverkat könsinkongruensen i det egna fallet och vad som kan komma att påverka den, och därmed få definiera sin könsidentitet på en bredare grund. Från hälso- och sjukvårdens sida är utforskandet nödvändigt för att erhålla diagnostisk säkerhet och kunna erbjuda vårdåtgärder som blir bra för den unge även i ett längre perspektiv. På längre sikt är syftet att den unge själv, vårdnadshavare och utredningsteamet ska känna trygghet med utredningens resultat. Eventuella beslut om könsbekräftande behandlingar riskerar annars att tas på felaktig grund.

**Möjliga risker** med åtgärderna är att unga som inte upplever sig behöva utforskande samtal känner sig ifrågasatta och misstänkliggjorda. Dessa risker kan minskas genom att den professionelle tydliggör syftet med åtgärderna, att utredningsteamet är neutralt i förhållande till utfallet och att åtgärderna inte utgör ett ifrågasättande av den unges könsidentitet eller erfarenheter. Information om utredningsteamets erfarenheter, av att ungdomars könsidentitet och önskemål om behandling ibland ändras under utredningens gång, kan ge frihet i utforskandet och motverka att personen känner sig låst vid vad den tidigare tänkt, känt och sagt. Den professionelle behöver vidare förhålla sig stötande och samtidigt neutral, och minimera risken för att egna värderingar eller förväntningar påverkar den unge i någon riktning. Att försöka förändra den unga personens uppfattning om sin könsidentitet med så kallad konversionsterapi anses idag som oetiskt [13] och kan enligt en amerikansk studie [23] bidra till psykisk ohälsa senare i livet.<sup>9</sup>

**Kunskapen om förväntad nytta och risk** utgörs av erfarenhetsbaserad kunskap bland professionella (beprövad erfarenhet), inhämtad dels i form av ett internationellt konsensusdokument [13] och dels från de professionella som medverkat under kunskapsstödarbetet. Socialstyrelsen bedömer att det vetenskapliga underlaget om åtgärdernas förväntade nytta och risker sannolikt är otillräckligt. Se *Metodbeskrivning med kunskapsunderlag*.

<sup>9</sup> Tvärsnittsstudien av Turban m. fl. (2019) omfattar 27 715 transpersoner. Resultaten visar på samband mellan psykisk problematik, suicidtankar och suicidförsök i vuxen ålder, och att varit med om konversionsterapi i barndomen.

**Nytta/risk balans** Socialstyrelsen bedömer att den förväntade nyttan av åtgärderna överväger deras risker och att behovet av åtgärderna är stort. Patientsäkerhetsaspekten är ett överordnat skäl till en stark rekommendation.

## Särskilda tillstånd och faktorer att beakta

### Neuropsykiatriska tillstånd

Flera internationella litteraturöversikter beskriver att neuropsykiatrisk funktionsnedsättning är vanligare bland unga med könsinkongruens/könsdysfori än bland unga i befolkningen i övrigt [24-27]. Även nationell statistik från åren 2016–2018 visar att autismdiagnos och adhd/add-diagnos är mycket vanlig bland personer med könsdysforidiagnos (F64) jämfört med befolkningen i övrigt [28]. Bland unga 13–17 år och registrerat kön kvinna vid födseln har 15 procent en samtidig autismdiagnos (1 procent i befolkningen) och 19 procent en samtidig adhd-diagnos (4 procent i befolkningen). Bland unga i samma åldersgrupp med registrerat kön man vid födseln har 12 procent en autismdiagnos (2 procent i befolkningen) och 13 procent en adhd/add-diagnos (8 procent i befolkningen).

### *Implikationer av samtidigt autismspektrumtillstånd*

Ett konsensusdokument från 2018 [29] beskriver en grupp internationella experter samlade erfarenhet av unga med könsinkongruens och samtidigt autismspektrumtillstånd (AST). Dokumentet avser unga med AST från puberteten upp till 19 år, som inte har svår språkstörning eller intellektuell funktionsnedsättning. I en relaterad publikation från 2018 beskrivs resultat av djupintervjuer med unga med könsinkongruens och samtidig AST [30].

Erfarenheten hos gruppen [29] är att samtidigt AST behöver beaktas redan från början av utredningen. Eftersom det finns en stor variation mellan personer med autismdiagnos behöver utredningsteamet tidigt få kunskap från AST-utredningen, om hur tillståndet påverkar den enskilde unge. Detta för att få en bättre förståelse för personen och för att kunna anpassa utrednings- och stödinsatserna därefter.

Vidare är gruppens erfarenhet [29] att AST-relaterade sätt att fungera ibland kan bidra till könsinkongruensen. Exempelvis kan mindre funderingar kring könsidentitet ibland leda den unge till slutsatsen att fullständig könsbekräftande behandling är nödvändig.

Stödinsatser som fokuserar på AST kan därför behöva ges under utredningen. Om det under utredningens gång framkommer att den unges önskan om transition har orsakats av symtom på AST eller något annat samtidigt tillstånd, behöver teamet bedöma den unges eventuella behov av fortsatt psykosocialt stöd i samband med att utredningen avslutas.

Vidare kan AST-relaterade sätt att fungera [29] ibland leda till att den unges könsinkongruens inte tas på allvar, t.ex. för att personen lägger mindre eller ingen tid på sitt yttre för att uppfattas av andra som man eller kvinna, inte har några synpunkter på sitt namn och bryr sig mindre om andras åsikter mer generellt. Avsaknad av sådana vanliga yttre tecken kan skapa frågetecken kring den unges trovärdighet för föräldrar och professionella. Många sådana ungdomar kan dock enligt gruppens erfarenhet [29] ha tydlig och

ihållande könsinkongruens. I en relaterad studie [30] var könsdysfori och könsidentitet hos 18 av 22 ungdomar med samtidig AST oförändrad vid uppföljningen i relation till baslinjemätningen; uppföljningstiden i studien var 22 månader.<sup>10</sup>

Den högre komplexiteten i bedömningarna vid samtidig AST medför enligt konsensusdokumentet [29] att den diagnostiska utredningen vanligen behöver pågå under längre tid och att eventuella beslut om somatisk behandling behöver tas i en långsammare takt. I konsensusdokumentet [29] betonas även att AST inte bör exkludera en ungdom från en könsdysforidiagnos eller från relevant behandling när det är indicerat.

### *Implikationer av samtidig adhd/add*

Några riktlinjer eller konsensusdokument som beskriver handläggning vid samtidig adhd/add under utredning av unga med könsinkongruens har inte identifierats. Socialstyrelsen erfar vidare att den kliniska erfarenheten i utredningsteamens vad gäller inverkan av adhd/add på ungas könsinkongruens inte är enhetlig, liksom erfarenheten vad gäller behovet av tidig kunskap från neuropsykiatrisk utredning för utredningens fortsatta genomförande. Tills annat framkommer är Socialstyrelsens bedömning därför att kunskap om möjlig adhd/add främst behövs för att det utredande teamet ska få en bred förståelse av den unge, och för att information och stöd ska kunna anpassas till individen under utredningens gång. I enlighet med barn- och ungdomspsykiatrisk praxis kan neuropsykiatrisk utredning med frågeställning adhd/add initieras senare under utredningen, om det bedöms motiverat.

### *Rekommendation om att tidigt identifiera tecken på autismspektrumtillstånd och adhd/add*

Hälso- och sjukvården bör - inför eller i ett tidigt skede av utredning av könsinkongruens - för alla barn och ungdomar systematiskt undersöka om tecken på AST och adhd/add föreligger. Vid tecken på AST bör neuropsykiatrisk utredning initieras i anslutning.

### *Motivering till rekommendationen*

**Bakgrund** Autismspektrumtillstånd och adhd/add förekommer oftare bland unga med könsdysforidiagnos än bland unga i befolkningen i övrigt [28]. AST och adhd/add exkluderar inte en ung person från en könsdysforidiagnos eller från behandling när det är indicerat, men är viktiga att beakta under den diagnostiska utredningen. Om tecken på AST föreligger och inte har utretts tidigare behöver en neuropsykiatrisk utredning initieras, antingen inom utredningsteamet om kompetensen finns tillgänglig eller genom remittering.

**Den förväntade nyttan** (syftet) med åtgärderna som rör AST är att eventuell samtidig AST ska kunna beaktas under utredning av könsinkongruens hos unga, då information, stöd och utforskande behöver anpassas efter den

<sup>10</sup> Forskarna följde upp 22 ungdomar i åldrarna 13–21 år med könsinkongruens och samtidig AST över en 22-månadersperiod. Vid uppföljningen var 18/22 stabila i sin könsidentitet och könsdysfori i relation till baslinjemätningen. För 4/22 hade en förändring i könsidentiteten ägt rum sedan baslinjemätningen: från transfeminin till icke-binär (n=2), från transfeminin till cisman (n=1) och från icke-binär till ciskvinna (n=1). De fyra uppfyllde inte heller längre DSM-5 kriterierna för könsdysfori.

unges förutsättningar och behov. Eftersom AST-relaterade sätt att fungera ibland kan bidra till könsinkongruensen, och eftersom det finns en stor variation mellan personer med autismdiagnos, behöver utredningsteamet tidigt få kunskap från neuropsykiatrisk utredning om hur tillståndet påverkar den enskilde unge. Detta för att få en bättre förståelse för personen och för att kunna anpassa utrednings- och stödinsatserna efter den unges förutsättningar och behov. På längre sikt är syftet att den unge själv, vårdnadshavare och utredningsteamet ska känna trygghet med utredningens resultat. Eventuella beslut om könsbekräftande behandlingar riskerar annars att tas på felaktig grund.

**Den förväntade nyttan** (syftet) med åtgärderna som rör adhd/add är att det utredande teamet ska få en bred förståelse av den unge, och för att information och stöd ska kunna anpassas till individen under utredningens gång. Den kliniska erfarenheten i utredningsteamet vad gäller inverkan av adhd/add på ungas könsinkongruens tycks inte vara enhetlig, liksom erfarenheten vad gäller behovet av att tidigt få kunskap från neuropsykiatrisk utredning för utredningens fortsatta genomförande. I enlighet med barn- och ungdomspsykiatrisk praxis kan neuropsykiatrisk utredning med frågeställning adhd/add därför initieras senare under utredningen, om det bedöms motiverat. På längre sikt är syftet med åtgärderna att den unge själv, vårdnadshavare och utredningsteamet ska känna trygghet med utredningens resultat. Eventuella beslut om könsbekräftande behandlingar riskerar annars att tas på felaktig grund.

**Möjliga risker** är att åtgärderna kan skapa en oro hos den unge att könsinkongruensen inte tas på allvar och känslor av misstänkliggörande bland unga och deras familjer. Erfarenheter av att tidigare inte ha blivit tagen på allvar av vården kan ibland påverka, t.ex. för unga som nekats remiss till utredning. Riskerna kan minskas genom att utredningsteamet upprättar en allians med den unge och med vårdnadshavare, tydliggör vad samtidig AST/ adhd/add innebär och att det är relativt vanligt att de förekommer samtidigt, samt syftet med åtgärderna. En annan risk som är betydande är att långa utredningstider kan vara psykologiskt påfrestande för den unge. Samverkan med andra involverade vårdgivare, t.ex. för utredning och behandling av samtidiga tillstånd, behöver vara effektiv så att inte utredningen fördröjs.

**Kunskapsunderlag** Kunskapen om förväntad nytta och risk utgörs av erfarenhetsbaserad kunskap (beprovad erfarenhet), inhämtad dels i form av ett internationellt konsensusdokument [29], och dels från de professionella som medverkat under kunskapsstödarbetet. Socialstyrelsen bedömer att det vetenskapliga underlaget om åtgärdernas förväntade nytta och risker sannolikt är otillräckligt. Se *Metodbeskrivning med kunskapsunderlag*.

**Nytta/risk balans** Socialstyrelsen bedömer att den förväntade nyttan av åtgärderna överväger deras risker och att behovet av åtgärderna är stort. Patientsäkerhetsaspekten är ett överordnat skäl till en stark rekommendation.

## Psykiatriska tillstånd

En kartläggning av åren 2016–2018 från Socialstyrelsen visar att psykiatriska tillstånd är vanligt hos unga med könsdysforidiagnos (F64) och betydligt vanligare än hos unga i befolkningen i övrigt. Bland unga 13–17 år och regi-

strerat kön kvinna vid födseln har 29 procent en depressionsdiagnos, 32 procent en ångestdiagnos och 8 procent självsador, suicidförsök inkluderat (jämfört med 3, 4 och 1 procent i samma åldersgrupp i övriga befolkningen) [28]. Bland unga 13–17 år och registrerat kön man vid födseln har 14 procent en depressionsdiagnos, 21 procent en ångestdiagnos och 4 procent självsador, suicidförsök inkluderat (jämfört med 1, 2 och 0.5 procent i samma åldersgrupp i övriga befolkningen). Även upplevelser av trauma och ätstörningar är enligt professionellas erfarenhet relativt vanliga, och viktiga att identifiera och beakta i samband med utredningen. Den psykiatriska problematiken kan

- vara en följd av könsinkongruensen (könsdysfori)
- vara skild från könsinkongruensen eller könsdysforin. Om problemen i dessa fall inte identifieras eller förblir obehandlade innebär de ett lidande för den unge och kan även försvåra den diagnostiska utredningen. Det är därför viktigt att uppmärksamma psykiatriska tillstånd, självsador och suicidbenägenhet och vid behov erbjuda adekvat behandling. När annan vårdgivare än den utredande enheten ansvarar för behandlingen är det viktigt att behandlare som saknar kunskap om könsinkongruens erbjuds handledning [13].
- vara en följd av den utsatthet och diskriminering som personer som avviker från samhälleliga normer kan uppleva (se *Minoritetsstress och faktorer som skyddar*, kapitlet *Stöd till unga och deras familjer*). Psykosocialt stöd som främjar den unga personens motståndskraft, självkänsla och färdigheter kan då bidra till minskad psykisk ohälsa.
- i vissa fall behöva beaktas mer kontinuerligt under utredningens gång. För att den unge ska få modet att delge känslig information, och berätta om t.ex. sexuella övergrepp, krävs det ofta längre tid och att utredningsteamet skapar förutsättningar för tillit.

### *Rekommendationer om att identifiera och minska psykiatrisk problematik*

#### Hälso- och sjukvården bör

- inför eller i ett tidigt skede av utredning av könsinkongruens, för alla barn och ungdomar systematiskt identifiera och bedöma eventuell samtidig psykiatrisk problematik.
- under utredning av könsinkongruens hos barn och ungdomar, erbjuda psykosocialt stöd och psykiatrisk behandling för att minska eventuell psykiatrisk problematik.

### *Motivering till rekommendationerna*

**Bakgrund** Det finns en hög samtidig förekomst av psykiatrisk problematik bland unga med könsinkongruens/könsdysfori i jämförelse med unga i befolkningen i övrigt. Problematiken kan vara orelaterad till könsinkongruensen, en följd av könsinkongruensen och/eller en följd av minoritetsstress.

**Den förväntade nyttan** (syftet) med åtgärderna är att kunna beakta eventuell psykiatrisk problematik under utredningen och att erbjuda adekvat hjälp då den föreligger. Möjligheten att ett samtidigt psykiatriskt tillstånd bidrar till könsinkongruensen för en enskild behöver övervägas, och hur detta i så fall påverkar utredningen. På längre sikt är det primära syftet med åtgärderna att den unge själv, vårdnadshavare och utredningsteamet ska känna trygghet med utredningens resultat. Eventuella beslut om könsbekräftande behandlingar riskerar annars att tas på felaktig grund.

**Möjliga risker** med åtgärderna ”identifiera och bedöma” är att den kan skapa oro och känslor av misstänkliggörande bland barn och ungdomar och deras familjer. Riskerna kan minskas genom att utredningsteamet upprättar en allians med den unge och med vårdnadshavare, tydliggör att det är relativt vanligt med samtidig psykiatrisk problematik, samt syftet med åtgärderna. För åtgärderna ”psykosocialt stöd och psykiatrisk behandling” har inga tydliga risker identifierats, förutsatt att den professionelle har tillräcklig kunskap om könsinkongruens för uppgiften, eller möjlighet till handledning om den saknas.

**Kunskapen om förväntad nytta och risk** utgörs av erfarenhetsbaserad kunskap (beprövad erfarenhet), inhämtad dels i form av ett internationellt konsensusdokument [13] och dels från de professionella som medverkat under kunskapsstödarbetet. Socialstyrelsen bedömer att det vetenskapliga underlaget om åtgärdernas förväntade nytta och risker sannolikt är otillräckligt. Se *Metodbeskrivning med kunskapsunderlag*.

**Nytta/risk balans** Socialstyrelsen bedömer att den förväntade nyttan av åtgärderna överväger deras risker och att behovet av åtgärderna är stort. Patientsäkerhetsaspekten är ett överordnat skäl till en stark rekommendation.

## Psykosociala försvårande faktorer

I utredningen ingår att beakta om det finns psykosociala faktorer som kan utgöra hinder för den fortsatta utredningen eller för eventuell könsbekräftande behandling och vilka stödinsatser som i så fall är lämpliga. Det kan t.ex. handla om att unga saknar stöd från vårdnadshavare, eller att unga med lång skolfrånvaro och avsaknad av andra sociala sammanhang har begränsade möjligheter till utforskande. I dessa och liknande situationer behöver utredningsteamet överväga vilka stödinsatser som är lämpliga och om samverkan med skolan, annan vårdgivare eller socialtjänsten behöver inledas.

### *Rekommendation om att bedöma psykosocial situation*

Hälso- och sjukvården bör i ett tidigt skede av utredning av könsinkongruens bedöma barnets eller ungdomens psykosociala situation, inklusive styrkor och svagheter i familjens fungerande, barnets eller ungdomens stöd från vårdnadshavarna, skolsituation och kamratrelationer.



## Motivering till rekommendationen

**Bakgrund** Om det finns problem i den unges eller familjens psykosociala situation kan stödinsatser behöva initieras inom utredningsteamet, eller genom samverkan med t.ex. skola, hälso- och sjukvård och socialtjänst.

**Den förväntade nyttan** (syftet) är att bedöma hur psykosociala faktorer påverkar den unges förutsättningar till utforskande och att tillgodogöra sig könsbekräftande vård, om sådan bedöms indicerad, och att vid behov initiera stödinsatser. På längre sikt är syftet med åtgärderna att den unge själv, vårdnadshavare och utredningsteamet ska känna trygghet med utredningens resultat. Eventuella beslut om könsbekräftande behandlingar riskerar annars att tas på felaktig grund.

**Möjliga risker** är att bedömningen kan skapa oro och känslor av misstänkliggörande bland unga och deras familjer, och att en förlängd utredningstid vid behov av stödinsatser kan utgöra en betydande påfrestning för den unge. Dessa risker kan minskas genom att utredningsteamet tydliggör syftet med åtgärderna, och genom att psykosocialt stöd erbjuds vid behov. Samverkan med andra involverade vårdgivare, t.ex. för utredning och behandling av samtidiga tillstånd, behöver vara effektiv så att inte utredningen fördröjs.

**Kunskapen om förväntad nytta och risk** utgörs av erfarenhetsbaserad kunskap (beprövad erfarenhet), inhämtad dels i form av ett internationellt konsensusdokument [13] och dels från de professionella som medverkat under kunskapsstödarbetet. Socialstyrelsen bedömer att det vetenskapliga underlaget om åtgärdernas förväntade nytta och risker sannolikt är otillräckligt. Se *Metodbeskrivning med kunskapsunderlag*.

**Nytta/risk balans** Socialstyrelsen bedömer att den förväntade nyttan av åtgärderna överväger deras risker och att behovet av åtgärderna är stort. Patientsäkerhetsaspekten är ett överordnat skäl till en stark rekommendation.

## Överväga behov av externt psykosocialt stöd

Det är vanligt att personerna som ingår i utredningsteamet har dubbla roller; de förväntas dels utreda personens könsinkongruens, dels ge psykosocialt stöd. Fördelen med en sådan rollfördelning är att den som ger stöd eller samtalsbehandling känner den unge och har specialistkompetens på området. Nackdelen är att individer kan uppleva att de blir granskade i situationer där de i första hand öppnar sig för att få stöd. Unga kan också känna sig tveksamma i att berätta om känsliga frågor eftersom de är osäkra på om informationen kan nå vårdnadshavarna.<sup>11</sup> Ett viktigt led i att skapa förtroende är att den unge får information om huruvida vårdnadshavare har rätt att ta del av, eller kommer att informeras om, sådant den unge berättar för vårdgivare i enskilt samtal.

---

<sup>11</sup> Om barnet eller ungdomen bedöms ha uppnått tillräcklig mognad för att själv kunna samtycka till stödsamtal och föräldrarna inte bedöms behöva informeras om detta bör barnets önskan om enskilda stödsamtal respekteras. Detta i enlighet med de bestämmelser som reglerar vårdnadshavares ansvar respektive barnets rätt till självbestämmande.

## Rekommendation om externt psykosocialt stöd

Hälso- och sjukvården bör under utredning av könsinkongruens uppmärksamma om barn och ungdomar kan tillgodogöra sig psykosocialt stöd som erbjuds av det utredande teamet, och om de upplever att stödet är tillräckligt. Vid behov bör hälso- och sjukvården erbjuda barnet eller ungdomen en lämplig stöd- eller behandlingskontakt utanför utredningsteamet.

### Motivering till rekommendationen

**Bakgrund** Dilemmat med utredningsteamets dubbla roller av att både utreda den unges könsinkongruens och ge psykosocialt stöd kan ofta motverkas med en god allians och information. Om det i en enskild ungs persons fall bedöms som omöjligt att erbjuda psykosocialt stöd inom utredningsteamet så att personen känner sig fri och inte värderad, bör hälso- och sjukvården istället erbjuda det i en verksamhet som det utredande teamet kan samverka med.

**Den förväntade nyttan** (syftet) är att alla unga ska få utrymme att utforska sin könsidentitet och relaterade aspekter utan att känna sig värderad. På längre sikt är syftet med åtgärderna att den unge själv, vårdnadshavare och utredningsteamet ska känna trygghet med utredningens resultat. Eventuella beslut om könsbekräftande behandlingar riskerar annars att tas på felaktig grund.

**Möjliga risker** Inga tydliga risker har identifierats, förutsatt att den professionelle har tillräcklig kunskap om könsinkongruens för uppgiften eller möjlighet till handledning om den saknas.

**Kunskapen om förväntad nytta/risk** utgörs av erfarenhetsbaserad kunskap (beprövad erfarenhet), inhämtad från de professionella som medverkat under kunskapsstödarbetet. Socialstyrelsen bedömer att det vetenskapliga underlaget om åtgärdernas förväntade nytta och risker sannolikt är otillräckligt. Se *Metodbeskrivning med kunskapsunderlag*.

**Nytta/risk balans** Socialstyrelsen bedömer att den förväntade nyttan av åtgärderna överväger deras risker och att behovet av åtgärderna är stort. Patientsäkerhetsaspekten är ett överordnat skäl till en stark rekommendation.

### Mognadsbedömning

I takt med barnets stigande ålder och mognad ska allt större hänsyn tas till barnets vilja. För att kunna ta ställning till olika behandlingsalternativ och kunna ge sitt samtycke till en vårdåtgärd måste barnet ha förmåga att förstå den information som lämnas och överblicka konsekvenserna av sitt beslut.

Enligt Socialstyrelsens kunskapsstöd från 2015 [31] är en av förutsättningarna för att könsbekräftande hormonbehandling ska erbjudas till en ungdom, att personen uppvisar mental mognad och förståelse om vilka resultat av behandlingen som kan förväntas vid behandling med könskonträra hormoner, samt om behandlingens medicinska och sociala risker. Inför beslut om könsbekräftande hormonbehandling behöver hälso- och sjukvården således genomföra en mognadsbedömning.

I publikationen *Bedöma barns mognad för delaktighet - Kunskapsstöd för socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt tandvården* [32] beskrivs fysiska, kognitiva och socioemotionella aspekter av barns och ungdomars mognad, där särskilt exekutiva funktioner har betydelse för förmågan att planera, bedöma risker och överblicka konsekvenser. På gruppnivå finns starka samband mellan kronologisk ålder och mognadsgrad, men variationerna mellan individer i samma ålder är stora.

En kontinuerlig lyhördhet för barnets förmågor och erfarenheter är av central betydelse för en bedömning av den unges mognad [32]. Utredningens olika moment och samtalen med den unge utgör vanligtvis en tillräcklig grund för bedömningen. Om en fördjupad undersökning av kognitiva, emotionella eller sociala aspekter av något skäl ändå är motiverad för en enskild bör den genomföras.

Internationellt finns bedömningsinstrument som är specifikt framtagna för att stödja hälso- och sjukvården vid bedömningar när vuxna personers beslutskompetens av något skäl kan antas vara nedsatt [33]. De flesta av instrumenten innefattar bedömning av de fyra förmågor som Appelbaum och Roth 1982 beskrev som nödvändiga för att kunna lämna ett informerat samtycke till deltagande i forskning [34]. Här ingår en förmåga att förstå informationen om tillståndet och om behandlingsalternativen, förmåga att inse att och på vilket sätt informationen gäller för den egna situationen, förmåga att resonera logiskt utifrån informationen och på så vis komma till ett ställningstagande, samt förmågan att uttrycka sitt ställningstagande. En manual som beskriver hur kliniker kan strukturera bedömningen av en patients beslutskompetens vid ställningstagande till medicinsk behandling finns tillgänglig på engelska [35]. Tillvägagångssättet kan övervägas även för genomförandet av mognadsbedömning för ungdomar, i syfte att skapa struktur för bedömningarna och underlätta diskussioner inom utredningsteamet.

### *Rekommendation om att beakta psykologiska dimensioner*

Hälso- och sjukvården bör under utredning av könsinkongruens beakta, och vid behov undersöka, psykologiska dimensioner som kognitiv, emotionell och social förmåga hos barnet eller ungdomen.

### *Motivering till rekommendationen*

**Bakgrund** Enligt Socialstyrelsens kunskapsstöd från 2015 kan könsbekräftande hormonbehandling erbjudas en ungdom om den är indicerad och i övrigt lämplig utifrån ungdomens situation och förutsättningar. En ytterligare förutsättning är att personen uppvisar mental mognad och en förståelse av vilka resultat som kan förväntas av behandlingen, samt om dess möjliga medicinska och sociala risker.

**Den förväntade nyttan** (syftet) med åtgärderna är att informationen som ligger till grund för mognadsbedömning för en ungdom ska vara tillräcklig. På längre sikt är syftet att den unge själv, vårdnadshavare och utredningsteamet ska känna trygghet med ett eventuellt beslut om könsbekräftande hormonbehandling.

**Möjliga risker** med åtgärderna är att de kan skapa oro och känslor av misstänkliggörande bland barn och ungdomar och deras familjer. Dessa risker kan minskas genom att utredningsteamet tydliggör syftet med åtgärderna.

**Kunskapen om förväntad nytta och risk** utgörs av erfarenhetsbaserad kunskap (beprövad erfarenhet), inhämtad dels i form av ett internationellt konsensusdokument [13] och dels från de professionella som medverkat under kunskapsstödarbetet. Socialstyrelsen bedömer att det vetenskapliga underlaget om åtgärdernas förväntade nytta och risker sannolikt är otillräckligt. Se *Metodbeskrivning med kunskapsunderlag*.

**Nytta/risk balans** Socialstyrelsen bedömer att den förväntade nyttan av åtgärderna överväger deras risker och att behovet av åtgärderna är stort. Patientsäkerhetsaspekten är ett överordnat skäl till en stark rekommendation.

## Utredningens senare del

Efter den preliminära bedömningen kan det för en del unga finnas behov av fortsatt utforskande genom social transition och behov av hjälpmedel.

### Att prova att leva i sin könsidentitet

En del unga lever redan socialt i enlighet med sin könsidentitet när utredningen startar. Beroende på den preliminära bedömningen under utredningen kan det för andra bli aktuellt att leva i enlighet med könsidentitet som en del av ett fortsatt utforskande, eller senare som en förberedelse inför könsbekräftande behandling.<sup>12</sup> Att prova att leva i enlighet med sin könsidentitet som en förberedelse inför könsbekräftande behandling fyller två huvudsakliga funktioner:

- Det ger personen möjlighet att undersöka hur det är att leva i enlighet med sin könsidentitet och om detta motsvarar förväntningarna.
- Det gör det lättare för vårdpersonalen att utifrån personens förutsättningar, behov och önskemål stötta personen optimalt i en könsbekräftande behandlingsprocess.

Fördelen med att en person under en längre sammanhängande period lever i en social roll som stämmer överens med könsidentiteten är att personen får många olika tillfällen att uppleva och anpassa sig socialt till förändringen. De sociala och psykologiska aspekterna av en könsbekräftande behandling kan innebära en större utmaning än de fysiska aspekterna. En sådan period ger även så bra förutsättningar som möjligt att fatta välgrundade beslut i fråga om könsbekräftande behandlingar.

Minoritetsstress kan öka i samband med social transition och då medföra ett ökat behov av stödinsatser. Det är ibland inte möjligt eller lämpligt med social transition, t.ex. om den enskilde unge löper en påtaglig risk för utsatthet, mobbning och våld från sin omgivning. I situationer som dessa behöver

---

<sup>12</sup> Detta har betydelse för den som efter 18 års ålder ansöker om att ändra juridiskt kön. Enligt 1 § 2 lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall, könstillhörighetslagen, ska personen sedan en tid uppträda i enlighet med sin könsidentitet, d.v.s. ha levt i enlighet med sin könsidentitet i vardagen under en längre period, vanligen minst ett år (se prop. 2011/12:142 s. 33).

utredningsteamet göra flera överväganden om hur den unge ska hjälpas på bästa sätt.

Liksom vid vård i övrigt är en förutsättning för den rekommenderade åtgärden om rådgivning och stöd i frågor om social transition, att det finns tillgång till hälso- och sjukvårdspersonal med rätt kompetens för uppgiften. Se även *Kompetenser för utredning*, kapitlet *Utredning av könsinkongruens hos barn och ungdomar*.

### *Rekommendation om rådgivning och stöd i frågor om social transition*

Hälso- och sjukvården bör erbjuda rådgivning och stöd till barn och ungdomar med könsinkongruens eller könsdysfori som överväger social transition eller som redan har börjat leva i enlighet med sin könsidentitet i sociala sammanhang.

### *Motivering till rekommendationen*

**Bakgrund** En del unga lever i enlighet med sin könsidentitet redan när utredningen startar. Andra provar att göra detta under utredningens senare del som ett fortsatt utforskande av könsidentiteten. Om könsbekräftande behandling övervägs kan detta genomföras som en förberedelse under en längre sammanhängande period. Den sker ofta stegvis genom att personen kommer ut inför en allt större krets, och till slut konsekvent uppträder i enlighet med könsidentiteten i hemmet, skolan och alla andra sociala sammanhang.

**Den förväntade nyttan** (syftet) med åtgärderna är att ge ungdomar stöd vid planeringen av hur de kan gå tillväga och hur de kan göra om de senare skulle välja att inte gå vidare, och för att hantera de sociala och psykologiska utmaningar som uppstår under tiden. På längre sikt är syftet att den unge själv, vårdnadshavare och utredningsteamet ska känna trygghet med utredningens resultat. Eventuella beslut om könsbekräftande behandlingar riskerar annars att tas på felaktig grund.

**Möjliga risker** Inga tydliga risker med åtgärderna har identifierats, förutsatt att den professionelle har erforderlig kompetens.

**Kunskapen om förväntad nytta och risk** utgörs av erfarenhetsbaserad kunskap (beprövad erfarenhet), inhämtad dels i form av ett internationellt konsensusdokument [13] och dels från de professionella som medverkat under kunskapsstödarbetet. Socialstyrelsen bedömer att det vetenskapliga underlaget om åtgärdernas förväntade nytta och risker sannolikt är otillräckligt. Se *Metodbeskrivning med kunskapsunderlag*.

**Nytta/risk balans** Socialstyrelsen bedömer att den förväntade nyttan av åtgärderna överväger deras risker och att behovet av åtgärderna är stort.

### *Hjälpmedel*

Att kroppen återspeglar det vid födseln registrerade könet kan göra det svårt för en ungdom att ”passera” under en social transition, dvs. att uppfattas av andra i enlighet med sin könsidentitet. Detta är ofta känslomässigt påfrestande och kan i förlängningen göra det omöjligt för en ungdom att prova att leva i enlighet med sin könsidentitet under utredningen. Det är viktigt att

ungdomens behov av hjälpmedel utreds och att huvudmännen erbjuder hjälpmedel som möjliggör för ungdomen att prova att leva i enlighet med sin könsidentitet.

### *Rekommendation om hjälpmedel*

Hälso- och sjukvården bör, tidigast vid preliminär könsdysforidiagnos och efter individuell bedömning, erbjuda hjälpmedel i syfte att underlätta för ungdomar att kunna leva i den sociala roll som stämmer överens med deras könsidentitet.

### *Motivering till rekommendationen*

**Bakgrund** Att kroppen speglar det vid födseln registrerade könet kan göra det svårt för en ungdom att uppfattas av andra i enlighet med sin könsidentitet. Hjälpmedel som kan underlätta är lindor som används för att dölja bröst eller penis (*eng.* binders, tuckers), peruk, bröstprotes och olika typer av penisproteser.

**Den förväntade nyttan** (syftet) med åtgärderna är att underlätta för ungdomar som vill leva i enlighet med sin könsidentitet, och att bidra till ökad livskvalitet för individen.

**Möjliga risker** En möjlig risk är att åtgärderna, om de erbjuds för tidigt i utredningsprocessen, kan riskera att befästa en könsidentitet som inte är grundad hos individen. Denna risk kan minskas genom att hjälpmedel erbjuds som tidigast efter preliminär könsdysforidiagnos, och efter en individuell bedömning. Utredningsteamet behöver också uppmärksamma ungdomen på att regelbunden lindning av bröst och penis kan ge negativa fysiska konsekvenser, och hjälpa till att förebygga dem om individen väljer dessa hjälpmedel.

**Kunskapen om förväntad nytta och risk** utgörs av erfarenhetsbaserad kunskap (beprövad erfarenhet), inhämtad från de professionella som medverkat under kunskapsstödarbetet samt publikationer som beskriver ungas erfarenheter av att använda hjälpmedel (ssk binders) [36, 37]. Socialstyrelsen bedömer att det vetenskapliga underlaget om åtgärdernas förväntade nytta och risker sannolikt är otillräckligt. Se *Metodbeskrivning med kunskapsunderlag*.

**Nytta/risk balans** Socialstyrelsen bedömer att den förväntade nyttan av åtgärderna överväger deras risker och att behovet av åtgärderna är stort.

# Referenser

1. Kaltiala R, Bergman H, Carmichael P, de Graaf NM, Egebjerg Rischel K, Frisé L, et al. Time trends in referrals to child and adolescent gender identity services: a study in four Nordic countries and in the UK. *Nord J Psychiatry*. 2020; 74(1):40-4.
2. SBU. Könsdysfori hos barn och unga - En kunskapskartläggning: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2019.
3. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF). Olika verkligheter. Unga hbtq-personer om sina levnadsvillkor. [https://www.mucf.se/sites/default/files/publikationer\\_uploads/olika-verkligheter-2019\\_0.pdf](https://www.mucf.se/sites/default/files/publikationer_uploads/olika-verkligheter-2019_0.pdf); 2019.
4. Forte - Forskningsrådet för hälsa arbetsliv och välfärd. Hälsa och livsvillkor bland unga HBTQ-personer. Vad vet vi och vilka forskningsbehov finns? <https://forte.se/publikation/unga-hbtq/>; FORTE; 2018.
5. Meyer IH. Minority stress and mental health in gay men. *J Health Soc Behav*. 1995; 36(1):38-56.
6. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull*. 2003; 129(5):674-97.
7. Folkhälsomyndigheten. Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner: En rapport om hälsoläget bland transpersoner i Sverige; 2015.
8. Folkhälsomyndigheten. Psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada bland unga transpersoner. En kvalitativ intervjustudie om riskfaktorer, skyddsfaktorer och möjliga förbättringar i samband med psykisk ohälsa. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/p/psykisk-ohalsa-suicidalitet-och-sjolvskada-bland-unga-transpersoner/?pub=75747>; 2020.
9. Folkhälsomyndigheten. Metoder för att främja en god hälsa bland hbtq-personer. Resultat från en kartläggande litteraturoversikt. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/47348a5788f543c4b5486e08c0872b20/metoder-framja-god-halsa-hbtq-personer.pdf>; 2017.
10. Van Der Pol-Harney E, McAloon J. Psychosocial Interventions for Mental Illness among LGBTQIA Youth: A PRISMA-Based Systematic Review. *Adolescent Research Review*. 2019; 4(2):149-68.
11. Olson KR, Durwood L, DeMeules M, McLaughlin KA. Mental Health of Transgender Children Who Are Supported in Their Identities. *Pediatrics*. 2016; 137(3):e20153223.
12. Ristori J, Steensma TD. Gender dysphoria in childhood. *Int Rev Psychiatry*. 2016; 28(1):13-20.
13. World Professional Association for Transgender Health (WPATH). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, 7th version. <https://www.wpath.org>; 2012.
14. Socialstyrelsen. Beslut om nationell högspecialiserad vård - viss vård vid könsdysfori. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint->

- dokument/dokument-webb/ovrigt/nationell-hogspecialiserad-var-d-konsdysfori-beslut.pdf; 2020.
15. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, et al. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society\* Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2017; 102(11):3869-903.
  16. Cohen-Kettenis PT, Pfäfflin F. *Transgenderism and Intersexuality in Childhood and Adolescence - Making choices*: Sage Publishing; 2003.
  17. Cohen-Kettenis PT, Steensma TD, de Vries AL. Treatment of adolescents with gender dysphoria in the Netherlands. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2011; 20(4):689-700.
  18. Jones BA, Bouman WP, Haycraft E, Arcelus J. The Gender Congruence and Life Satisfaction Scale (GCLS): Development and validation of a scale to measure outcomes from transgender health services. *The international journal of transgenderism*. 2018; 20(1):63-80.
  19. Kozee HB, Tylka TL, Bauerband LA. Measuring transgender individuals' comfort with gender identity and appearance: Development and validation of the Transgender Congruence Scale. *Psychol Women Q*. 2012; 36(2):179-96.
  20. McGuire JK, Berg D, Catalpa JM, Morrow QJ, Fish JN, Nic Rider G, et al. Utrecht Gender Dysphoria Scale - Gender Spectrum (UGDS-GS): Construct validity among transgender, nonbinary, and LGBQ samples. *Int J Transgend Health*. 2020; 21(2):194-208.
  21. McGuire JK, Beek TF, Catalpa JM, Steensma TD. The Genderqueer Identity (GQI) Scale: Measurement and validation of four distinct subscales with trans and LGBQ clinical and community samples in two countries. *Int J Transgend*. 2019; 20(2-3):289-304.
  22. Lindgren TW, Pauly IB. A body image scale for evaluating transsexuals. *Arch Sex Behav*. 1975; 4(6):639-56.
  23. Turban JL, Beckwith N, Reisner SL, Keuroghlian AS. Association Between Recalled Exposure to Gender Identity Conversion Efforts and Psychological Distress and Suicide Attempts Among Transgender Adults. *JAMA Psychiatry*. 2020; 77(1):68-76.
  24. Glidden D, Bouman WP, Jones BA, Arcelus J. Gender Dysphoria and Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review of the Literature. *Sex Med Rev*. 2016; 4(1):3-14.
  25. Oien RA, Cicchetti DV, Nordahl-Hansen A. Gender Dysphoria, Sexuality and Autism Spectrum Disorders: A Systematic Map Review. *J Autism Dev Disord*. 2018; 48(12):4028-37.
  26. Herrmann L, Bindt C, Schweizer K, Micheel J, Nieder TO, Haaß J, et al. [Autism Spectrum Disorders and Gender Dysphoria Among Children and Adolescents: Systematic Review on the Co-Occurrence]. *Psychiatr Prax*. 2020.
  27. Thrower E, Bretherton I, Pang KC, Zajac JD, Cheung AS. Prevalence of Autism Spectrum Disorder and Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Amongst Individuals with Gender Dysphoria: A Systematic Review. *J Autism Dev Disord*. 2020; 50(3):695-706.
  28. Socialstyrelsen. Utvecklingen av diagnosen könsdysfori - förekomst, samtidiga psykiatriska diagnoser och dödlighet i suicid. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-2-6600.pdf>; 2020.



29. Strang JF, Meagher H, Kenworthy L, de Vries ALC, Menvielle E, Leibowitz S, et al. Initial Clinical Guidelines for Co-Occurring Autism Spectrum Disorder and Gender Dysphoria or Incongruence in Adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2018; 47(1):105-15.
30. Strang JF, Powers MD, Knauss M, Sibarium E, Leibowitz SF, Kenworthy L, et al. "They Thought It Was an Obsession": Trajectories and Perspectives of Autistic Transgender and Gender-Diverse Adolescents. *J Autism Dev Disord*. 2018; 48(12):4039-55.
31. Socialstyrelsen. God vård av barn och ungdomar med könsdysfori. Nationellt kunskapsstöd.  
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2015-4-6.pdf>; 2015.
32. Socialstyrelsen. Bedöma barns mognad för delaktighet. Kunskapsstöd för socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt tandvården.  
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2015-12-22.pdf>; 2015.
33. Sturman ED. The capacity to consent to treatment and research: a review of standardized assessment tools. *Clin Psychol Rev*. 2005; 25(7):954-74.
34. Appelbaum PS, Roth LH. Competency to consent to research: a psychiatric overview. *Arch Gen Psychiatry*. 1982; 39(8):951-8.
35. Grisso T, Appelbaum PS. Assessing competence to consent to treatment: A guide for physicians and other health professionals. *Assessing competence to consent to treatment: A guide for physicians and other health professionals*. New York, NY, US: Oxford University Press; 1998. s. vii, 211-vii, .
36. Teti M, Morris K, Bauerband LA, Rolbiecki A, Young C. An exploration of apparel and well-being among transmasculine young adults. *J LGBT Youth*. 2020; 17(1):53-69.
37. Peitzmeier S, Gardner I, Weinand J, Corbet A, Acevedo K. Health impact of chest binding among transgender adults: a community-engaged, cross-sectional study. *Culture, Health & Sexuality*. 2017; 19(1):64-75.
38. Barker H, Wylie K. Are the Criteria for the 'Real-Life Experience' (RLE) Stage of Assessment for GID Useful to Patients and Clinicians? *Int J Transgend*. 2008; 10(3-4):121-31.
39. Ellis SJ, McNeil J, Bailey L. Gender, stage of transition and situational avoidance: a UK study of trans people's experiences. *Sex Relation Ther*. 2014; 29(3):351-64.



# Bilaga 1. Projektorganisation

## Projektledningsgrupp

Maria Elfving	Barnendokrinolog, överläkare verksamhetsområde barnmedicin, Skånes universitetssjukhus, docent i barnendokrinologi, Institutionen för kliniska vetenskaper, Lunds universitet
Attila Fazekas	Chefsöverläkare verksamhetsområde vuxenpsykiatri, Lund
Maria Hedström	Barn- och ungdomspsykiater, leg psykoterapeut, överläkare BUP mottagning för könsinkongruens och dysfori, BUP FoU-center Stockholm
Malin Indremo	Leg psykolog, Könsidentitetsmottagningen för barn och ungdom, Barn och ungdomspsykiatriska mottagningarna Akademiska sjukhuset, doktorand vid Institutionen för neurovetenskap, Uppsala universitet
Jeny Rengman	Socionom, Barnteamet Lundströmsmottagningen
Nils-Eric Sahlin	Professor i medicinsk etik, medicinska fakulteten, Lunds universitet
Maria Bodin	Projektledare, Socialstyrelsen
Elin Linnarsson	Projektmedarbetare, Socialstyrelsen

---

## Rekommendationsgrupp

Ulrika Beckman	Leg psykolog, Ungdomsteamet Lundströmmottagningen
Anja Brorsson	Kurator, Ungdomsteamet Lundströmmottagningen
Erika Eriksson	Leg psykolog, Ungdomsteamet Lundströmmottagningen
Louise Frisén	Överläkare, docent i barn- och ungdomspsykiatri, Karolinska Institutet. BUP mottagning för könsinkongruens och dysfori (KID), BUP FoU-center Stockholm
Carita Li Smyth	Leg psykolog, BUP Könsidentitetsmottagning, Region Skåne
Erik Lifbom	Leg psykolog, BUP Västerbotten, Könsidentitetsteamet
Amanda Lönnstig	Leg kurator, diplomerad sexualupplysare, Ungdomsteamet Lundströmmottagningen
Mia Svensson Mark	Leg psykolog, Barnteamet Lundströmmottagningen
Andrea Petersson	Socionom/Leg. hälso- och sjukvårdskurator KID-teamet, BUP US Linköping
Maria Silverberg Mörse	Överläkare, medicinskt ledningsansvarig läkare, BUP FoU-center Stockholm
Anna-Sara Sorsén	Barn- och ungdomspsykiater, BUP Västerbotten, Könsidentitetsteamet
Anna Sturkell	Leg kurator, Ungdomsteamet Lundströmmottagningen

Carin Wilhelmsdotter	Chefsöverläkare Barn- och ungdomspsykiatri Akademiska sjukhuset, barn- och ungdomspsykiater Könsidentitetsmottagningen för barn och ungdom, Barn och ungdomspsykiatriska mottagningarna Akademiska sjukhuset
Lea Wissing-Ek	Kurator, BUP Västerbotten, Könsidentitets-teamet

---

### *Övriga medverkande*

Natalia Berg	Informationsspecialist, Socialstyrelsen
Anders Fejer	Enhetschef, Socialstyrelsen
Johanna Jupiter	HBTQ-samordnare, Socialstyrelsen
Thomas Lindén	Avdelningschef, Socialstyrelsen
Lisa Keskitalo	Informationsspecialist, Socialstyrelsen
Cecilia Mård-Sterne	Informationsspecialist, Socialstyrelsen
Carina Nägling	Jurist, Socialstyrelsen
Emma Strollo	HBTQ-samordnare, Socialstyrelsen

---

## Bilaga 2. Termer och förkortningar

Term	
Adhd/Add/	Attention Deficit Hyperactivity Disorder/ Attention Deficit Disorder
AST	Autismspektrumtillstånd
Anhörig	En person inom familjen eller bland de närmaste släktingarna*
Barn	Avser i kunskapsstödet personer under 18 år vars pubertet inte har startat (jfr <i>Ungdomar</i> )
Binär könsidentitet	När könsidentiteten är man eller kvinna
Cisperson (ciskvinna, cisman)	En person som identifierar sig med det kön som registrerades vid födseln
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders
ICD	International Classification of Diseases, internationell klassifikation med syfte att möjliggöra statistiska sammanställningar och analyser
Icke-binär könsidentitet	Avser annan könsidentitet än man och kvinna
Könsdysfori	Avser i kunskapsstödet ett lidande som är kopplat till könsinkongruensen. Personer med könsinkongruens kan ha, men behöver inte ha, könsdysfori. Könsdysfori är också en diagnos i DSM-5 som kan ställas under vissa förutsättningar.
Könsidentitet	En persons självidentifierade kön, den inre upplevelsen av att vara man/pojke, kvinna/flicka eller att tillhöra inget eller något annat kön
Könsinkongruens	Avser i kunskapsstödet en upplevd brist på överensstämmelse mellan könsidentiteten och det kön som individen registrerades (folkbokfördes) med vid födseln. Könsinkongruens är också en klassifikationskod i ICD-11 som kan användas under vissa förutsättningar.
Närstående	En person som den enskilde anser sig ha en nära relation till*
Psykopedagogiska insatser	Avser individuella eller gruppbaseade stödinsatser där saklig information om ett tema eller tillstånd ges, i syfte att ge individen en ökad kunskap och förståelse för sin egen situation och om hur de kan hantera den.
Psykosocialt stöd	Paraplyterm som i kunskapsstödet innefattar olika former av psykologiskt, psykiatriskt och socialt stöd, beroende på den enskildes behov; t.ex. rådgivning, stödsamtal, krisstöd, psykopedagogiska insatser och psykoterapi. Med "psykosocialt omhändertagande" avses enligt Socialstyrelsens termbank "psykologiskt, psykiatriskt och socialt stöd som ges till drabbad för att förebygga negativa efterverkningar".
Transperson	Paraplybegrepp för personer vars registrerade kön vid födseln inte överensstämmer med könsidentiteten, samt för personer som permanent eller tidvis överskrider sociala normer för könsuttryck men som har en könsidentitet som överensstämmer med det vid födseln registrerade könet.
Ungdomar	Avser i kunskapsstödet personer under 18 år vars pubertet har startat (jfr <i>Barn</i> )
Vårdnadshavare	Förälder eller av domstol särskilt utsedd person som har att utöva vårdnaden om ett barn*

\* Definition i Socialstyrelsens termbank

# Bilaga 3. Kunskapsunderlag och metodbeskrivning

## Kunskapsunderlag till rekommendationer

*Information, stöd och rådgivning till vårdnadshavare, andra anhöriga samt närstående*

Hälso- och sjukvården bör erbjuda information, stöd och rådgivning till vårdnadshavare av barn och ungdomar som är inskrivna i vården med anledning av tecken på könsinkongruens eller könsdysfori.

Hälso- och sjukvården bör erbjuda information, stöd och rådgivning till anhöriga och närstående till barn och ungdomar som är inskrivna i vården med anledning av tecken på könsinkongruens eller könsdysfori.

### *Sammanfattning av kunskapsunderlaget*

Vetenskapliga studier om åtgärdernas effekt

Socialstyrelsens bedömning är att det vetenskapliga underlaget sannolikt är otillräckligt för att uttala sig om effekter av information, stöd och rådgivning till vårdnadshavare respektive anhöriga och närstående till barn och ungdomar med tecken på könsinkongruens eller könsdysfori. Socialstyrelsen har dock inte genomfört någon litteratursökning för att fånga in eventuella studier som kan ha publicerats efter SBU:s kartläggning från 2019 [2].<sup>13</sup>

Socialstyrelsen utgår från samma kunskapsunderlag som användes i kunskapsstödet från 2015 [31], men har även gått igenom de publikationer rörande psykosocialt stöd som SBU identifierat i sin kartläggning under rubriken *Behandling av barn och unga, Psykosocialt stöd*. I SBU:s rapport redovisas de studier av barn och unga med könsdysfori som tillkommit sedan 2013 (då sökningar för Socialstyrelsens kunskapsstöd 2015 genomfördes).

Socialstyrelsen bedömde 2015, utifrån sin kartläggning av då tillgängliga studier om psykosociala insatser, att det vetenskapliga underlaget om effekter av information, stöd och rådgivning till vårdnadshavare respektive till anhöriga och närstående, var otillräckligt. Prospektiva, jämförande studier saknades. Utifrån en genomgång av de senare tillkomna studier som rör psykosocialt stöd som SBU har identifierat 2019 bedömer Socialstyrelsen att det vetenskapliga underlaget om effekt av psykosocialt stöd fortsatt är otillräckligt. Där finns ett antal studier främst av typen tvärsnittsstudier, där risk- och

<sup>13</sup> I rapporten över SBU:s kartläggning redovisas de publikationer som identifierats i systematiska litteratursökningar för olika frågeställningar. Evidensgradering av de vetenskapliga underlagen har ej genomförts i anslutning.

skyddsfaktorer för psykisk ohälsa m.m. undersöks, men även 2019 saknas prospektiva jämförande studier av psykosocialt stöd som intervention.

Information om överväganden som gjorts i anslutning ges i kapitlet *Metodbeskrivning*, avsnittet *Vetenskapliga underlag*).

#### Erfarenhetsbaserad kunskap

Socialstyrelsens bedömning utifrån erfarenhetsbaserad kunskap är att den förväntade nyttan av åtgärderna – information, stöd och rådgivning till vårdnadshavare respektive till anhöriga och närstående till barn och ungdomar med tecken på könsinkongruens eller könsdysfori – väger tyngre än eventuella risker.

Rekommendationerna grundas på erfarenhetsbaserad kunskap (beprövad erfarenhet) om åtgärdernas förväntade nytta och risker, inhämtad dels från ett internationellt konsensusdokument och dels från de professionella som medverkat under kunskapsstödsarbetet.

Standards of Care version 7 (SOC7) från World Professional Association for Transgender Health (WPATH) [13] innehåller konsensusbaserade uttalanden från ett stort antal sakkunniga från hela världen, inklusive patientrepresentanter. Även om det framgår i SOC7 att vetenskaplig litteratur beaktats framgår det inte om några systematiska litteratursökningar genomförts. Det saknas beskrivning av metod eller principer för framtagning av rekommendationer och det är endast delvis tydligt på vilket underlag respektive rekommendation vilar.

I version 7 av SOC (s. 16) anges att hälso- och sjukvården bör hjälpa vårdnadshavare och den övriga familjen att ha en accepterande och stöttande inställning till barnets eller ungdomens könsdysfori.<sup>14</sup> Hälso- och sjukvården bör vidare (s 15-16) stödja vårdnadshavare i att hantera osäkerhet, oro och ångest kring barnets framtida könsidentitet, och i att hjälpa barnet eller ungdomen att utforska den egna könsidentiteten och att utveckla en positiv självbild.

Enligt erfarenheten hos de professionella som medverkat i uppdateringen är den förväntade nyttan av åtgärderna att anhöriga och närstående ska ges stöd efter behov för egen del och förutsättningar att stödja sitt barn, syskon, partner eller vän så att den unge får utvecklas med en positiv självbild. Syftet är också att vårdnadshavare ska kunna göra informerade val i de frågor som uppstår, och för att kunna stödja barnets utforskande på bästa sätt. Inga tydliga risker med åtgärderna har identifierats, förutsatt att den professionelle har erforderlig kompetens och att information som ges är allsidig. Exempelvis behöver information till vårdnadshavare belysa både forskning som tyder på att möjligheten till social transition är förenat med god psykisk hälsa för barnet, och forskning som visar på osäkerheten kring barnets framtida könsidentitet.

För information om hur kunskapen hos medverkande inhämtats, se kapitlet *Metodbeskrivning*, avsnittet *Beprövad erfarenhet*.

---

<sup>14</sup> En ny version av Standards of Care från WPATH (v8) är planerad att publiceras under 2021.

## Bistå den unge i kontakter med samhällsfunktioner

Hälso- och sjukvården bör, i syfte att förebygga och minska de problem som unga med tecken på könsinkongruens eller könsdysfori själva ser i relation till tillståndet i sin vardag, bistå barnet eller ungdomen vid kontakter med de samhällsfunktioner som berörs, exempelvis skola och socialtjänst.

### Sammanfattning av kunskapsunderlaget

Vetenskapliga studier om åtgärdernas effekt

Socialstyrelsens bedömning är att det vetenskapliga underlaget sannolikt är otillräckligt, för att uttala sig om effekter av att hälso- och sjukvården bistår barn och ungdomar med tecken på könsinkongruens eller könsdysfori vid kontakter med de samhällsfunktioner som berörs, i syfte att förebygga och minska de problem som unga själva ser i relation till tillståndet i sin vardag. Socialstyrelsen har dock inte genomfört några systematiska litteratursökningar för denna frågeställning.

Socialstyrelsen utgår från samma kunskapsunderlag som användes i kunskapsstödet från 2015 [31]. Information om överväganden som gjorts i anslutning ges i kapitlet *Metodbeskrivning*, avsnittet *Vetenskapliga underlag*).

Erfarenhetsbaserad kunskap

Socialstyrelsens bedömning utifrån erfarenhetsbaserad kunskap är att den förväntade nyttan av åtgärderna – att hälso- och sjukvården bistår barn och ungdomar med tecken på könsinkongruens eller könsdysfori vid kontakter med de samhällsfunktioner som berörs, i syfte att förebygga och minska de problem som unga själva ser i relation till tillståndet i sin vardag – väger tyngre än eventuella risker.

Rekommendationerna grundas på erfarenhetsbaserad kunskap (beprövad erfarenhet) om åtgärdernas förväntade nytta och risker, inhämtad dels från ett internationellt konsensusdokument och dels från de professionella som medverkat under kunskapsstödsarbetet.

Standards of Care version 7 (SOC7) från World Professional Association for Transgender Health (WPATH) [13] innehåller konsensusbaserade uttalanden från ett stort antal sakkunniga från hela världen, inklusive patientrepresentanter. Även om det framgår i SOC7 att vetenskaplig litteratur beaktats framgår det inte om några systematiska litteratursökningar genomförts. Det saknas beskrivning av metod eller principer för framtagning av rekommendationer och det är endast delvis tydligt på vilket underlag respektive rekommendation vilar.

Enligt version 7 av SOC (s. 14) kan en uppgift för hälso- och sjukvården vara att utbilda och tala för ("educate and advocate on behalf of") barn och unga med könsdysfori i samhället, t.ex. i skolor och andra organisationer.<sup>15</sup>

Enligt erfarenheten hos de professionella som medverkat i uppdateringen är den förväntade nyttan av åtgärderna att möjliggöra en fungerande vardag

<sup>15</sup> En ny version av Standards of Care från WPATH (v8) är planerad att publiceras under 2021.



för unga som lever i enlighet med sin könsidentitet, att minska risken för psykisk ohälsa och att bidra till en god psykosocial anpassning. Inga tydliga risker med åtgärderna har identifierats, förutsatt att den professionelle har erforderlig kompetens. För information om hur kunskapen hos medverkande inhämtats, se kapitlet *Metodbeskrivning*, avsnittet *Beprövad erfarenhet*.

### *Utredningsmetoder och informanter*

Hälso- och sjukvården bör genomföra de psykologiska, psykosociala och psykiatriska delarna av utredning av könsinkongruens med hjälp av valida utredningsmetoder, utredande samtal och levnadsbeskrivningar inhämtade från barnet eller ungdomen samt från vårdnadshavare.

### *Sammanfattning av kunskapsunderlaget*

Vetenskapliga studier om åtgärdernas effekt

Socialstyrelsens bedömning är att det vetenskapliga underlaget sannolikt är otillräckligt för att uttala sig om effekter av att genomföra de psykologiska, psykosociala och psykiatriska delarna av utredning av könsinkongruens med hjälp av valida utredningsmetoder, utredande samtal och levnadsbeskrivningar inhämtade från barnet eller ungdomen samt från vårdnadshavare. Socialstyrelsen har dock inte genomfört några systematiska litteratursökningar för denna frågeställning.

Information om överväganden som gjorts i anslutning ges i kapitlet *Metodbeskrivning*, avsnittet *Vetenskapliga underlag*).

Erfarenhetsbaserad kunskap

Socialstyrelsens bedömning utifrån erfarenhetsbaserad kunskap är att den förväntade nyttan av åtgärderna – att genomföra de psykologiska, psykosociala och psykiatriska delarna av utredning av könsinkongruens med hjälp av valida utredningsmetoder, utredande samtal och levnadsbeskrivningar inhämtade från barnet eller ungdomen samt från vårdnadshavare – väger tyngre än eventuella risker.

Rekommendationen grundas på erfarenhetsbaserad kunskap (beprövad erfarenhet) om åtgärdens förväntade nytta och risk, inhämtad från internationella publikationer om ämnet [16, 17] och från de professionella som medverkat under kunskapsstödsarbetet.

Enligt erfarenheten hos de professionella som medverkat i uppdateringen är den förväntade nyttan av åtgärderna att den unge själv, vårdnadshavare och utredningsteamet ska känna trygghet med utredningens resultat. Eventuella beslut om könsbekräftande behandlingar riskerar annars att tas på felaktig grund. Möjliga risker med åtgärderna är att de kan skapa oro och känslor av misstänkliggörande, om olika bilder av ungdomens lidande och behov framkommer, eller om vårdnadshavare har svårt att förstå och acceptera den unges könsinkongruens. Eftersom vårdnadshavares stöd och förståelse är av stor vikt för den unges psykiska hälsa, kan riskerna minskas genom att behovsanpassat psykosocialt stöd erbjuds till den unge, och genom information,

stöd och rådgivning till vårdnadshavare vid behov. Riskerna kan också minskas genom att utredningsteamet beskriver och motiverar utredningens uppbygg för den unge och för vårdnadshavare.

För information om hur kunskapen hos medverkande inhämtats, se kapitlet *Metodbeskrivning*, avsnittet *Beprövad erfarenhet*.

### Psykosocialt stöd för utforskande

Hälso- och sjukvården bör, under utredning av könsinkongruens hos barn och ungdomar, erbjuda psykosocialt stöd för ett förutsättningslöst utforskande av könsidentiteten.

### Sammanfattning av kunskapsunderlaget

Vetenskapliga studier om åtgärdernas effekt  
Socialstyrelsens bedömning är att det vetenskapliga underlaget sannolikt är otillräckligt för att uttala sig om effekter av psykosocialt stöd för utforskande av könsidentiteten. Socialstyrelsen har dock inte genomfört någon litteratursökning för att fånga in eventuella studier som kan ha publicerats efter SBU:s kartläggning från 2019 [2].

Socialstyrelsen utgår från samma kunskapsunderlag som användes i kunskapsstödet från 2015 [31], men har även gått igenom de publikationer rörande psykosocialt stöd som SBU identifierat i sin kartläggning under rubriken *Behandling av barn och unga, Psykosocialt stöd*. I SBU:s rapport redovisas de studier av barn och unga med könsdysfori som tillkommit sedan 2013 (då sökningar för Socialstyrelsens kunskapsstöd 2015 genomfördes).<sup>16</sup>

Socialstyrelsen bedömde 2015, utifrån sin kartläggning av då tillgängliga studier om psykosociala insatser, att det vetenskapliga underlaget om effekter av psykosocialt stöd för utforskande av könsidentitet var otillräckligt. Prospektiva, jämförande studier saknades. Utifrån en genomgång av de senare tillkomna studier som rör psykosocialt stöd som SBU har identifierat 2019, bedömer Socialstyrelsen att det vetenskapliga underlaget om effekt av psykosocialt stöd för utforskande av könsidentitet fortsatt är otillräckligt. Där finns ett antal studier främst av typen tvärsnittsstudier, där risk- och skyddsfaktorer för psykisk ohälsa m.m. undersöks, men även 2019 saknas prospektiva jämförande studier av psykosocialt stöd till som intervention.

Information om överväganden som gjorts i anslutning ges i kapitlet *Metodbeskrivning*, avsnittet *Vetenskapliga underlag*).

### Erfarenhetsbaserad kunskap

Socialstyrelsens bedömning utifrån erfarenhetsbaserad kunskap är att den förväntade nyttan av åtgärden – psykosocialt stöd för utforskande av könsidentiteten – väger tyngre än eventuella risker.

Rekommendationen grundas på erfarenhetsbaserad kunskap (beprövad erfarenhet) om åtgärdernas förväntade nytta och risker, inhämtad dels från ett

<sup>16</sup> I rapporten över SBU:s kartläggning redovisas de publikationer som identifierats i systematiska litteratursökningar för olika frågeställningar. Evidensgradering av de vetenskapliga underlagen har ej genomförts i anslutning.

internationellt konsensusdokument och dels från de professionella som medverkat under kunskapsstödsarbetet.

Standards of Care version 7 (SOC7) från World Professional Association for Transgender Health (WPATH) [13] innehåller konsensusbaserade uttalanden från ett stort antal sakkunniga från hela världen, inklusive patientrepresentanter. Även om det framgår i SOC7 att vetenskaplig litteratur beaktats framgår det inte om några systematiska litteratursökningar genomförts. Det saknas beskrivning av metod eller principer för framtagning av rekommendationer och det är endast delvis tydligt på vilket underlag respektive rekommendation vilar.

I version 7 av SOC (sidan 14) identifieras som en uppgift för hälso- och sjukvården att tillhandahålla stöd till barn och ungdomar för att utforska sin könsidentitet.<sup>17</sup>

Enligt erfarenheten hos de professionella som medverkat i uppdateringen är den förväntade nyttan av åtgärderna att ge utrymme för den unge att reflektera kring vad som kan ha påverkat könsinkongruensen i det egna fallet och vad som kan komma att påverka den, och därmed få definiera sin könsidentitet på en bredare grund. Från hälso- och sjukvårdens sida är utforskandet nödvändigt för att erhålla diagnostisk säkerhet och kunna erbjuda vårdåtgärder som blir bra för den unge även i ett längre perspektiv. På längre sikt är syftet att den unge själv, vårdnadshavare och utredningsteamet ska känna trygghet med utredningens resultat. Eventuella beslut om könsbekräftande behandlingar riskerar annars att tas på felaktig grund.

Möjliga risker med åtgärderna är att unga som inte upplever sig behöva utforskande samtal känner sig ifrågasatta och misstänkliggjorda. Dessa risker kan minskas genom att den professionelle tydliggör syftet med åtgärderna, att utredningsteamet är neutralt i förhållande till utfallet och att åtgärderna inte utgör ett ifrågasättande av den unges könsidentitet eller erfarenheter. Information om utredningsteamets erfarenheter, av att ungdomars könsidentitet och önskemål om behandling ibland ändras under utredningens gång, kan ge frihet i utforskandet och motverka att personen känner sig låst vid vad den tidigare tänkt, känt och sagt. Den professionelle behöver vidare förhålla sig stötande och samtidigt neutral, och minimera risken för att egna värderingar eller förväntningar påverkar den unge i någon riktning. Att försöka förändra den unga personens uppfattning om sin könsidentitet med så kallad konversionsterapi anses idag som oetiskt [13] och kan enligt en amerikansk studie [23] bidra till psykisk ohälsa senare i livet.<sup>18</sup> För information om hur kunskapen hos medverkande inhämtats, se kapitlet *Metodbeskrivning*, avsnittet *Beprövad erfarenhet*.

---

<sup>17</sup> En ny version av Standards of Care från WPATH (v8) är planerad att publiceras under 2021.

<sup>18</sup> Tvärsnittsstudien av Turban m. fl. (2019) omfattar 27 715 transpersoner. Resultaten visar på samband mellan psykisk problematik, suicidtankar och suicidförsök i vuxen ålder, och att varit med om konversionsterapi i barndomen.

## Identifiera tecken på autismspektrumtillstånd (AST) och adhd/add

Hälso- och sjukvården bör - inför eller i ett tidigt skede av utredning av könsinkongruens - för alla barn och ungdomar systematiskt undersöka om tecken på AST och adhd/add föreligger. Vid tecken på AST bör neuropsykiatrisk utredning initieras i anslutning.

### Sammanfattning av kunskapsunderlaget

#### Vetenskapliga studier om åtgärdernas effekt

Socialstyrelsens bedömning är att det vetenskapliga underlaget sannolikt är otillräckligt för att uttala sig om effekter av att, inför eller i ett tidigt skede av utredning av könsinkongruens för alla barn och ungdomar systematiskt undersöka om tecken på autismspektrumtillstånd eller adhd/add föreligger, och vid tecken på AST initiera neuropsykiatrisk utredning. Socialstyrelsen har dock inte genomfört några systematiska litteratursökningar efter vetenskapliga studier för denna frågeställning. Information om överväganden som gjorts i anslutning ges i kapitlet *Metodbeskrivning*, avsnittet *Vetenskapliga underlag*.

#### Erfarenhetsbaserad kunskap - AST

Socialstyrelsens bedömning utifrån erfarenhetsbaserad kunskap är att den förväntade nyttan av åtgärderna – att inför eller i ett tidigt skede av utredning av könsinkongruens, för alla barn och ungdomar, systematiskt undersöka om tecken på autismspektrumtillstånd föreligger och initiera neuropsykiatrisk utredning när så är fallet – väger tyngre än eventuella risker med åtgärderna.

Rekommendationerna grundas på erfarenhetsbaserad kunskap (beprövad erfarenhet) om åtgärdernas förväntade nytta och risker, inhämtad dels från ett internationellt konsensusdokument [29], och dels från de professionella som medverkat under kunskapsstödsarbetet.

Socialstyrelsen har genomfört en systematisk kartläggning i syfte att identifiera befintliga riktlinjer om handläggning av unga med könsdysfori och samtidigt autismspektrumtillstånd (AST). Dokumentation av litteratursökningen finns hos Socialstyrelsen. Kartläggningen har identifierat ett konsensusdokument av Strang och medförfattare från 2018 [29]. Det beskriver preliminära rekommendationer ("initial guidelines") för utredning och vård av ungdomar med könsinkongruens/könsdysfori och samtidig AST. Dokumentet avser unga från puberteten upp till 19 år. Eftersom ett visst mått av verbal kommunikation med den unga personen och förmåga att överblicka konsekvenser av behandlingar förutsätts, gäller riktlinjerna inte för unga med svår språkstörning eller intellektuell funktionsnedsättning.

Dokumentet har utarbetats av en internationell grupp experter från USA och Nederländerna. Gruppens 22 deltagare har minst 2 års klinisk och/eller forskningserfarenhet av ungdomar med könsdysfori och samtidig AST, och är psykologer, psykiatriker, endokrinologer, pediatriker och socionomer till professionen. Rekommendationerna är framtagna med Delfimetodik och tillvägagångssättet beskrivs utförligt. Grunden för rekommendationerna utgörs

således av erfarenhetsbaserad kunskap bland experter ("beprövad erfarenhet"). Det framgår inte av dokumentet om några litteratursökningar har genomförts i anslutning. Rekommendationerna framställs inte visuellt tydligt och det är ibland svårt att skilja dem från omgivande löptext. Socialstyrelsen har här valt att beskriva uttalanden som innehåller "should" som rekommendationer (t.ex. "should be screened", "should be referred"). Genomsnittlig grad av konsensus för de olika rekommendationerna/uttalandena anges till 89.6 procent. I frågan om huruvida medicinsk behandling behöver föregås av social transition/Real-life-period eller kan påbörjas innan uppnåddes ingen konsensus, varför dokumentet inte ger någon rekommendation i den frågan. I dokumentet ges rekommendationer om bl.a. screening, samarbete mellan utredande AST-specialist och utredningsteamet, och psykosocialt stöd för utforskande. Nedan följer Socialstyrelsens amatöröversättning av rekommendationer som ges i dokumentet (sidhänvisningar till nämnda dokument):

- På grund av den höga samtidiga förekomsten bör alla unga som remitterats till utredning av könsdysfori screenas för AST (s 109).
- Vid tecken på AST bör ungdomen utredas av AST-specialist (s 111).
- När AST-specialisten inte finns inom utredningsteamet bör teamet och AST-specialisten samarbeta vid bedömningar (s 109).
- En AST-diagnos bör inte exkludera en ungdom från en könsdysforidiagnos eller från relevanta behandlingar när det är indicerat (s 109).

Enligt erfarenheten hos de professionella som medverkat i uppdateringen är den förväntade nyttan av åtgärderna att eventuell samtidig AST ska kunna beaktas under utredning av könsinkongruens hos unga, då information, stöd och utforskande behöver anpassas efter den unges förutsättningar och behov. Eftersom AST-relaterade sätt att fungera ibland kan bidra till könsinkongruensen, och eftersom det finns en stor variation mellan personer med autismdiagnos, behöver utredningsteamet tidigt få kunskap från neuropsykiatrisk utredning om hur tillståndet påverkar den enskilde unge. Detta för att få en bättre förståelse för personen och för att kunna anpassa utrednings- och stödinsatserna efter den unges förutsättningar och behov. På längre sikt är syftet att den unge själv, vårdnadshavare och utredningsteamet ska känna trygghet med utredningens resultat. Eventuella beslut om könsbekräftande behandlingar riskerar annars att tas på felaktig grund.

Möjliga risker är att åtgärderna kan skapa en oro hos den unge att könsinkongruensen inte tas på allvar och känslor av misstänkliggörande bland unga och deras familjer. Erfarenheter av att tidigare inte ha blivit tagen på allvar av vården kan ibland påverka, t.ex. för unga som nekats remiss till utredning. Riskerna kan minskas genom att utredningsteamet upprättar en allians med den unge och med vårdnadshavare, tydliggör vad samtidig AST /adhd/add innebär och att det är relativt vanligt att de förekommer samtidigt, samt syftet med åtgärderna. En annan risk som är betydande är att långa utredningstider kan vara psykologiskt påfrestande för den unge. Samverkan med andra involverade vårdgivare, t.ex. för utredning och behandling av samtidiga tillstånd, behöver vara effektiv så att inte utredningen fördröjs.

För information om hur kunskapen hos medverkande inhämtats, se kapitlet *Metodbeskrivning*, avsnittet *Beprövad erfarenhet*.

Erfarenhetsbaserad kunskap – adhd/add

Socialstyrelsens bedömning utifrån erfarenhetsbaserad kunskap är att den förväntade nyttan av åtgärderna – att inför eller i ett tidigt skede av utredning av könsinkongruens, för alla barn och ungdomar, systematiskt undersöka om tecken på adhd/add föreligger – väger tyngre än eventuella risker med åtgärderna.

Rekommendationerna grundas på erfarenhetsbaserad kunskap (beprövad erfarenhet) om åtgärdernas förväntade nytta och risker, inhämtad från de professionella som medverkat under kunskapsstödsarbetet.

Socialstyrelsen har genomfört en systematisk kartläggning i syfte att identifiera riktlinjer om handläggning av unga med könsdysfori och samtidig adhd/add. Dokumentation av litteratursökningen finns hos Socialstyrelsen. Kartläggningen identifierade inga sådana riktlinjer.

Enligt erfarenheten hos de professionella som medverkat vid uppdateringen är den förväntade nyttan av åtgärderna att det utredande teamet ska få en bred förståelse av den unge, och för att information och stöd ska kunna anpassas till individen under utredningens gång. Den kliniska erfarenheten i utredningsteamet vad gäller inverkan av adhd/add på ungas könsinkongruens tycks inte vara enhetlig, liksom erfarenheten vad gäller behovet av att tidigt få kunskap från neuropsykiatrisk utredning för utredningens fortsatta genomförande. I enlighet med barn- och ungdomspsykiatrisk praxis kan neuropsykiatrisk utredning med frågeställning adhd/add därför initieras senare under utredningen, om det bedöms motiverat. På längre sikt är syftet med åtgärderna att den unge själv, vårdnadshavare och utredningsteamet ska känna trygghet med utredningens resultat. Eventuella beslut om könsbekräftande behandlingar riskerar annars att tas på felaktig grund.

Möjliga risker är att åtgärderna kan skapa en oro hos den unge att könsinkongruensen inte tas på allvar och känslor av misstänkliggörande bland unga och deras familjer. Erfarenheter av att tidigare inte ha blivit tagen på allvar av vården kan ibland påverka, t.ex. för unga som nekats remiss till utredning. Riskerna kan minskas genom att utredningsteamet upprättar en allians med den unge och med vårdnadshavare, tydliggör vad samtidig adhd/add innebär och att det är relativt vanligt att de förekommer samtidigt, samt syftet med åtgärderna. I de fall neuropsykiatrisk utredning av möjlig adhd/add bedöms som motiverad under utredningen, är en annan betydande risk att långa utredningstider kan vara psykologiskt påfrestande för den unge. Samverkan med andra involverade vårdgivare, t.ex. för utredning och behandling av samtidiga tillstånd, behöver vara effektiv så att inte utredningen fördröjs.

För information om hur kunskapen hos medverkande inhämtats, se kapitlet *Metodbeskrivning*, avsnittet *Beprövad erfarenhet*.

### *Identifiera och minska psykiatrisk problematik*

Hälso- och sjukvården bör - inför eller i ett tidigt skede av utredning av könsinkongruens - för alla barn och ungdomar systematiskt identifiera och bedöma eventuell samtidig psykiatrisk problematik.

## Sammanfattning av kunskapsunderlaget

### Vetenskapliga studier om åtgärdernas effekt

Socialstyrelsens bedömning är att det vetenskapliga underlaget sannolikt är otillräckligt för att uttala sig om effekter av att – inför eller i ett tidigt skede av utredning av könsinkongruens – för alla barn och ungdomar systematiskt identifiera och bedöma eventuell samtidig psykiatrisk problematik. Socialstyrelsen har dock inte genomfört några systematiska litteratursökningar för denna frågeställning.

Socialstyrelsen utgår från samma kunskapsunderlag som användes i kunskapsstödet från 2015 [31]. Information om överväganden som gjorts i anslutning ges i kapitlet *Metodbeskrivning*, avsnittet *Vetenskapliga underlag*.

### Erfarenhetsbaserad kunskap

Socialstyrelsens bedömning utifrån erfarenhetsbaserad kunskap är att den förväntade nyttan av åtgärderna – att inför eller i ett tidigt skede av utredning av könsinkongruens, för alla barn och ungdomar, systematiskt identifiera och bedöma eventuell samtidig psykiatrisk problematik – väger tyngre än eventuella risker.

Rekommendationen grundas på erfarenhetsbaserad kunskap (beprövad erfarenhet) om åtgärdernas förväntade nytta och risker, inhämtad dels från ett internationellt konsensusdokument och dels från de professionella som medverkat under kunskapsstödsarbetet.

Standards of Care version 7 (SOC7) från World Professional Association for Transgender Health (WPATH) [13] innehåller konsensusbaserade uttalanden från ett stort antal sakkunniga från hela världen, inklusive patientrepresentanter. Även om det framgår i SOC7 att vetenskaplig litteratur beaktats framgår det inte om några systematiska litteratursökningar genomförts. Det saknas beskrivning av metod eller principer för framtagning av rekommendationer och det är endast delvis tydligt på vilket underlag respektive rekommendation vilar.

Enligt version 7 av SOC (s. 15) bör yrkesverksamma inom psykisk hälsa (inom ramen för utredning av könsdysfori) genomföra en gedigen bedömning av könsdysforin och av eventuell samtidig psykisk ohälsa.<sup>19</sup>

Enligt erfarenheten hos de professionella som medverkat i uppdateringen är den förväntade nyttan av åtgärderna att kunna beakta eventuell psykiatrisk problematik under utredningen. Möjligheten att ett samtidigt psykiatriskt tillstånd bidrar till könsinkongruensen för en enskild behöver övervägas, och hur detta i så fall påverkar utredningen. På längre sikt är det primära syftet med åtgärderna att den unge själv, vårdnadshavare och utredningsteamet ska kunna känna trygghet med utredningens resultat. Eventuella beslut om könsbekräftande behandlingar riskerar annars att tas på felaktig grund. Möjliga risker med åtgärderna är att de kan skapa oro och känslor av misstänkliggörande bland barn och ungdomar och deras familjer. Riskerna kan minskas genom att utredningsteamet upprättar en allians med den unge och med vårdnadshavare, tydliggör att det är relativt vanligt med samtidig psykiatrisk problematik, samt syftet med åtgärderna.

---

<sup>19</sup> En ny version av Standards of Care från WPATH (v8) är planerad att publiceras under 2021.

För information om hur kunskapen hos medverkande inhämtats, se kapitlet *Metodbeskrivning*, avsnittet *Beprövad erfarenhet*.

Hälso- och sjukvården bör, under utredning av könsinkongruens hos barn och ungdomar, erbjuda psykosocialt stöd och psykiatrisk behandling för att minska eventuell psykiatrisk problematik.

### *Sammanfattning av kunskapsunderlaget*

Vetenskapliga studier om åtgärdernas effekt

Socialstyrelsens bedömning är att det vetenskapliga underlaget sannolikt är otillräckligt för att uttala sig om effekter av psykosocialt stöd och psykiatrisk behandling för att minska eventuell samtidig psykiatrisk problematik, hos unga med könsinkongruens. Socialstyrelsen har dock inte genomfört någon litteratursökning för att fånga in eventuella studier som kan ha publicerats efter SBU:s kartläggning från 2019 [2].

Socialstyrelsen utgår från samma kunskapsunderlag som användes i kunskapsstödet från 2015 [31], men har även gått igenom de publikationer rörande psykosocialt stöd som SBU identifierat i sin kartläggning under rubriken *Behandling av barn och unga, Psykosocialt stöd*. I SBU:s rapport redovisas de studier av barn och unga med könsdysfori som tillkommit sedan 2013 (då sökningar för Socialstyrelsens kunskapsstöd 2015 genomfördes).<sup>20</sup>

Socialstyrelsen bedömde 2015, utifrån sin kartläggning av då tillgängliga studier om psykosociala insatser, att det vetenskapliga underlaget om effekter av psykosocialt stöd för att minska psykisk ohälsa var otillräckligt. Prospektiva, jämförande studier saknades. Utifrån en genomgång av de senare tillkomna studier som rör psykosocialt stöd som SBU har identifierat 2019 bedömer Socialstyrelsen att det vetenskapliga underlaget om effekt av psykosocialt stöd för att minska eventuell psykiatrisk problematik fortsatt är otillräckligt. Där finns ett antal studier främst av typen tvärsnittsstudier, där risk- och skyddsfaktorer för psykisk ohälsa m.m. undersöks, men även 2019 saknas prospektiva jämförande studier av psykosocialt stöd som intervention.

Information om överväganden som gjorts i anslutning ges i kapitlet *Metodbeskrivning*, avsnittet *Vetenskapliga underlag*).

Erfarenhetsbaserad kunskap

Socialstyrelsens bedömning utifrån erfarenhetsbaserad kunskap är att den förväntade nyttan av åtgärderna – psykosocialt stöd och psykiatrisk behandling för att minska eventuell psykiatrisk problematik – väger tyngre än eventuella risker.

Rekommendationen grundas på erfarenhetsbaserad kunskap (beprövad erfarenhet) om åtgärdernas förväntade nytta och risker, inhämtad dels från ett internationellt konsensusdokument och dels från de professionella som medverkat under kunskapsstödsarbetet.

<sup>20</sup> I rapporten över SBU:s kartläggning redovisas de publikationer som identifierats i systematiska litteratursökningar för olika frågeställningar. Evidensgradering av de vetenskapliga underlagen har ej genomförts i anslutning



Standards of Care version 7 (SOC7) från World Professional Association for Transgender Health (WPATH) [13] innehåller konsensusbaserade uttalanden från ett stort antal sakkunniga från hela världen, inklusive patientrepresentanter. Även om det framgår i SOC7 att vetenskaplig litteratur beaktats framgår det inte om några systematiska litteratursökningar genomförts. Det saknas beskrivning av metod eller principer för framtagning av rekommendationer och det är endast delvis tydligt på vilket underlag respektive rekommendation vilar.

I version 7 av SOC (s. 15-16) identifieras som en uppgift för hälso- och sjukvården att tillhandahålla stöd till barn och ungdomar för att lindra psykosociala svårigheter.<sup>21</sup>

Enligt erfarenheten hos de professionella som medverkat i uppdateringen är den förväntade nyttan med åtgärderna att erbjuda adekvat hjälp då behov föreligger. På längre sikt är det primära syftet med åtgärderna att den unge själv, vårdnadshavare och utredningsteamet ska känna trygghet med utredningens resultat. Eventuella beslut om könsbekräftande behandlingar riskerar annars att tas på felaktig grund. Inga tydliga risker med åtgärderna har identifierats, förutsatt att den professionelle har tillräcklig kunskap om könsinkongruens för uppgiften eller möjlighet till handledning om den saknas. För information om hur kunskapen hos medverkande inhämtats, se kapitlet *Metodbeskrivning*, avsnittet *Beprövad erfarenhet*.

### Bedöma psykosocial situation

Hälso- och sjukvården bör i ett tidigt skede av utredning av könsinkongruens bedöma barnets eller ungdomens psykosociala situation, inklusive styrkor och svagheter i familjens fungerande, barnets eller ungdomens stöd från vårdnadshavarna, skolsituation och kamratrelationer.

### Sammanfattning av kunskapsunderlaget

#### Vetenskapliga studier om åtgärdernas effekt

Socialstyrelsens bedömning är att det vetenskapliga underlaget sannolikt är otillräckligt för att uttala sig om effekter av att i ett tidigt skede av utredning av könsinkongruens bedöma barnets eller ungdomens psykosociala situation, inklusive styrkor och svagheter i familjens fungerande, barnets eller ungdomens stöd från vårdnadshavarna, skolsituation och kamratrelationer. Socialstyrelsen har dock inte genomfört några systematiska litteratursökningar för denna frågeställning.

Socialstyrelsen utgår från samma kunskapsunderlag som användes i kunskapsstödet från 2015 [31]. Information om överväganden som gjorts i anslutning ges i kapitlet *Metodbeskrivning*, avsnittet *Vetenskapliga underlag*).

#### Erfarenhetsbaserad kunskap

Socialstyrelsens bedömning utifrån erfarenhetsbaserad kunskap är att den förväntade nyttan av åtgärderna – att i ett tidigt skede av utredning av könsinkongruens bedöma barnets eller ungdomens psykosociala situation, inklusive

<sup>21</sup> En ny version av Standards of Care från WPATH (v8) är planerad att publiceras under 2021.

styrkor och svagheter i familjens fungerande, barnets eller ungdomens stöd från vårdnadshavarna, skolsituation och kamratrelationer – väger tyngre än eventuella risker.

Rekommendationerna grundas på erfarenhetsbaserad kunskap (beprövad erfarenhet) om åtgärdernas förväntade nytta och risker, inhämtad dels från ett internationellt konsensusdokument och dels från de professionella som medverkat under kunskapsstödsarbetet.

Standards of Care version 7 (SOC7) från World Professional Association for Transgender Health (WPATH) [13] innehåller konsensusbaserade uttalanden från ett stort antal sakkunniga från hela världen, inklusive patientrepresentanter. Även om det framgår i SOC7 att vetenskaplig litteratur beaktats framgår det inte om några systematiska litteratursökningar genomförts. Det saknas beskrivning av metod eller principer för framtagning av rekommendationer och det är endast delvis tydligt på vilket underlag respektive rekommendation vilar.

Enligt version 7 av SOC (s. 15) bör en bedömning göras som innefattar kamrat-och andra relationer, skolsituation samt styrkor och svagheter i familjens fungerande.<sup>22</sup>

Enligt erfarenheten hos de professionella som medverkat i uppdateringen är den förväntade nyttan av åtgärderna att bedöma hur psykosociala faktorer påverkar den unges förutsättningar till utforskande och att tillgodogöra sig könsbekräftande vård, om sådan bedöms indicerad, och att vid behov initiera stödinsatser. På längre sikt är syftet med åtgärderna att den unge själv, vårdnadshavare och utredningsteamet ska känna trygghet med utredningens resultat. Eventuella beslut om könsbekräftande behandlingar riskerar annars att tas på felaktig grund.

Möjliga risker är att bedömningen kan skapa oro och känslor av misstänkliggörande bland unga och deras familjer, och att en förlängd utredningstid vid behov av stödinsatser kan utgöra en betydande påfrestning för den unge. Dessa risker kan minskas genom att utredningsteamet tydliggör syftet med åtgärderna, och genom att psykosocialt stöd erbjuds vid behov. Samverkan med andra involverade vårdgivare, t.ex. för utredning och behandling av samtidiga tillstånd, behöver vara effektiv så att inte utredningen fördröjs.

För information om hur kunskapen hos medverkande inhämtats, se kapitlet *Metodbeskrivning*, avsnittet *Beprövad erfarenhet*.

### *Beakta behov av externt psykosocialt stöd*

Hälso- och sjukvården bör under utredning av könsinkongruens uppmärksamma om barn och ungdomar kan tillgodogöra sig psykosocialt stöd som erbjuds av det utredande teamet, och om de upplever att stödet är tillräckligt. Vid behov bör hälso- och sjukvården erbjuda barnet eller ungdomen en lämplig stöd- eller behandlingskontakt utanför utredningsteamet.

<sup>22</sup> En ny version av Standards of Care från WPATH (v8) är planerad att publiceras under 2021.

## Sammanfattning av kunskapsunderlaget

Vetenskapliga studier om åtgärdernas effekt

Socialstyrelsens bedömning är att det vetenskapliga underlaget sannolikt är otillräckligt för att uttala sig om effekter av att vid behov erbjuda barnet eller ungdomen en lämplig stöd- eller behandlingskontakt utanför teamet. Socialstyrelsen har dock inte genomfört några systematiska litteratursökningar för denna frågeställning.

Socialstyrelsen utgår från samma kunskapsunderlag som användes i kunskapsstödet från 2015 [31]. Information om överväganden som gjorts i anslutning ges i kapitlet *Metodbeskrivning*, avsnittet *Vetenskapliga underlag*.

Erfarenhetsbaserad kunskap

Socialstyrelsens bedömning utifrån erfarenhetsbaserad kunskap är att den förväntade nyttan av åtgärderna – att vid behov erbjuda barnet eller ungdomen en lämplig stöd- eller behandlingskontakt utanför teamet – väger tyngre än eventuella risker.

Rekommendationen grundas på erfarenhetsbaserad kunskap (beprövad erfarenhet) om åtgärdens förväntade nytta och risk, inhämtad från de professionella som medverkat under kunskapsstödsarbetet.

Enligt erfarenheten hos de professionella som medverkat i uppdateringen är den förväntade nyttan med åtgärderna att alla unga ska få utrymme att utforska sin könsidentitet och relaterade aspekter utan att känna sig värderad. På längre sikt är syftet med åtgärderna att den unge själv, vårdnadshavare och utredningsteamet ska känna trygghet med utredningens resultat. Eventuella beslut om könsbekräftande behandlingar riskerar annars att tas på felaktig grund. Inga tydliga risker har identifierats, förutsatt att den professionelle har tillräcklig kunskap om könsinkongruens för uppgiften eller möjlighet till handledning om den saknas.

För information om hur kunskapen hos medverkande inhämtats, se kapitlet *Metodbeskrivning*, avsnittet *Beprövad erfarenhet*.

## Beakta psykologiska dimensioner

Hälso- och sjukvården bör under utredning av könsinkongruens beakta, och vid behov undersöka, psykologiska dimensioner som kognitiv, emotionell och social förmåga hos barnet eller ungdomen.

## Sammanfattning av kunskapsunderlaget

Vetenskapliga studier om åtgärdernas effekt

Socialstyrelsens bedömning är att det vetenskapliga underlaget sannolikt är otillräckligt för att uttala sig om effekter av att under utredning av könsinkongruens beakta, och vid behov undersöka, psykologiska dimensioner som intellektuell, emotionell och social förmåga hos barnet eller ungdomen. Socialstyrelsen har dock inte genomfört några systematiska litteratursökningar för denna frågeställning.

Socialstyrelsen utgår från samma kunskapsunderlag som användes i kunskapsstödet från 2015 [31]. Information om överväganden som gjorts i avslutning ges i kapitlet *Metodbeskrivning*, avsnittet *Vetenskapliga underlag*.

#### Erfarenhetsbaserad kunskap

Socialstyrelsens bedömning utifrån erfarenhetsbaserad kunskap är att den förväntade nyttan av åtgärderna – att under utredning av könsinkongruens beakta, och vid behov undersöka, psykologiska dimensioner som intellektuell, emotionell och social förmåga hos barnet eller ungdomen – väger tyngre än eventuella risker.

Rekommendationerna grundas på erfarenhetsbaserad kunskap (beprövad erfarenhet) om åtgärdernas förväntade nytta och risker, inhämtad dels från ett internationellt konsensusdokument och dels från de professionella som medverkat under kunskapsstödsarbetet.

Standards of Care version 7 (SOC7) från World Professional Association for Transgender Health (WPATH) [13] innehåller konsensusbaserade uttalanden från ett stort antal sakkunniga från hela världen, inklusive patientrepresentanter. Även om det framgår i SOC7 att vetenskaplig litteratur beaktats framgår det inte om några systematiska litteratursökningar genomförts. Det saknas beskrivning av metod eller principer för framtagning av rekommendationer och det är endast delvis tydligt på vilket underlag respektive rekommendation vilar.

Enligt version 7 av SOC (s. 15) framgår bl.a. att bedömning av intellektuell, emotionell och social förmåga bör göras under utredning av barn och ungdomar.<sup>23</sup>

Enligt erfarenheten hos de professionella som medverkat i uppdateringen är den förväntade nyttan med åtgärderna att informationen som ligger till grund för mognadsbedömning för en ungdom ska vara tillräcklig. På längre sikt är syftet att den unge själv, vårdnadshavare och utredningsteamet ska kunna känna trygghet med ett eventuellt beslut om könsbekräftande hormonbehandling. Möjliga risker med åtgärderna är att de kan skapa oro och känslor av misstänkliggörande bland barn och ungdomar och deras familjer. Dessa risker kan minskas genom att utredningsteamet tydliggör syftet med åtgärderna.

För information om hur kunskapen hos medverkande inhämtats, se kapitlet *Metodbeskrivning*, avsnittet *Beprövad erfarenhet*.

#### *Rådgivning och stöd i frågor om social transition*

Hälso- och sjukvården bör erbjuda rådgivning och stöd till barn och ungdomar med könsinkongruens eller könsdysfori som överväger social transition eller som redan har börjat leva i enlighet med sin könsidentitet i sociala sammanhang.

<sup>23</sup> En ny version av Standards of Care från WPATH (v8) är planerad att publiceras under 2021.

## Sammanfattning av kunskapsunderlaget

### Vetenskapliga studier om åtgärdernas effekt

Socialstyrelsens bedömning är att det vetenskapliga underlaget sannolikt är otillräckligt för att uttala sig om effekter av att erbjuda rådgivning och stöd till barn och ungdomar med könsinkongruens eller könsdysfori som överväger social transition eller som redan har börjat leva i enlighet med sin könsidentitet i sociala sammanhang. Socialstyrelsen har genomfört en systematisk kartläggning av vetenskapliga publikationer om 1) effekter av RLE/hjälp med planering och anpassning inför RLE och 2) transpersoners erfarenheter i relation till RLE. Två publikationer som avser frågeställning 2 har identifierats, som båda avser vuxna [38, 39], men inga publikationer som avser frågeställning 1. Dokumentation av litteratursökningen finns hos Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen utgår från samma kunskapsunderlag som användes i kunskapsstödet från 2015 [31]. Information om överväganden som gjorts i anslutning ges i kapitlet *Metodbeskrivning*, avsnittet *Vetenskapliga underlag*.

### Erfarenhetsbaserad kunskap

Socialstyrelsens bedömning utifrån erfarenhetsbaserad kunskap är att den förväntade nyttan av åtgärderna – att erbjuda rådgivning och stöd till barn och ungdomar med könsinkongruens eller könsdysfori som överväger social transition eller som redan har börjat leva i enlighet med sin könsidentitet i sociala sammanhang – väger tyngre än eventuella risker.

Rekommendationen grundas på erfarenhetsbaserad kunskap (beprövad erfarenhet) om åtgärdernas förväntade nytta och risker, inhämtad dels från ett internationellt konsensusdokument och dels från de professionella som medverkat under kunskapsstödsarbetet.

Standards of Care version 7 (SOC7) från World Professional Association for Transgender Health (WPATH) [13] innehåller konsensusbaserade uttalanden från ett stort antal sakkunniga från hela världen, inklusive patientrepresentanter. Även om det framgår i SOC7 att vetenskaplig litteratur beaktats framgår det inte om några systematiska litteratursökningar genomförts. Det saknas beskrivning av metod eller principer för framtagning av rekommendationer och det är endast delvis tydligt på vilket underlag respektive rekommendation vilar.

Enligt version 7 av SOC (s. 16) bör barn, ungdomar och deras familjer ges stöd inför sina beslut om huruvida och i så fall när andra ska informeras om barnets/ ungdomens situation.<sup>24</sup>

Enligt erfarenheten hos de professionella som medverkat i uppdateringen är den förväntade nyttan med åtgärderna att ungdomar får stöd vid planeringen av hur de kan gå tillväga och hur de kan göra om de senare skulle välja att inte gå vidare, och för att hantera de sociala och psykologiska utmaningar som uppstår under tiden. På längre sikt är syftet att den unge själv, vårdnadshavare och utredningsteamet ska känna trygghet med utredningens resultat. Eventuella beslut om könsbekräftande behandlingar riskerar annars att tas på felaktig grund. Inga tydliga risker med åtgärderna har identifierats, förutsatt att den professionelle har erforderlig kompetens.

<sup>24</sup> En ny version av Standards of Care från WPATH (v8) är planerad att publiceras under 2021.

För information om hur kunskapen hos medverkande inhämtats, se kapitlet *Metodbeskrivning*, avsnittet *Beprövad erfarenhet*.

## Hjälpmedel

Hälso- och sjukvården bör, tidigast vid preliminär könsdysforidiagnos och efter individuell bedömning, erbjuda hjälpmedel i syfte att underlätta för ungdomar att kunna leva i den sociala roll som stämmer överens med deras könsidentitet.

## Sammanfattning av kunskapsunderlaget

Vetenskapliga studier om åtgärdernas effekt  
Socialstyrelsens bedömning är att det vetenskapliga underlaget sannolikt är otillräckligt för att uttala sig om effekter av att erbjuda hjälpmedel i syfte att underlätta för ungdomar att kunna leva i den sociala roll som stämmer överens med deras könsidentitet. Socialstyrelsen har genomfört en systematisk kartläggning av vetenskapliga publikationer om 1) påverkan på livskvalitet av hjälpmedel hos unga med könsdysfori 2) erfarenheter av att använda hjälpmedel hos unga med könsdysfori. Två publikationer som avser frågeställning 2 har identifierats [36, 37], men inga publikationer som avser frågeställning 1. Dokumentation av litteratursökningen finns hos Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen utgår från samma kunskapsunderlag som användes i kunskapsstödet från 2015 [31]. Information om överväganden som gjorts i anslutning ges i kapitlet *Metodbeskrivning*, avsnittet *Vetenskapliga underlag*).

### Erfarenhetsbaserad kunskap

Socialstyrelsens bedömning utifrån erfarenhetsbaserad kunskap är att den förväntade nyttan av åtgärderna – att erbjuda hjälpmedel i syfte att underlätta för ungdomar att kunna leva i den sociala roll som stämmer överens med deras könsidentitet – väger tyngre än eventuella risker, förutsatt att åtgärderna erbjuds sent i utredningen.

Rekommendationen grundas på erfarenhetsbaserad kunskap (beprövad erfarenhet) om åtgärdernas förväntade nytta och risker, inhämtad från de professionella som medverkat under kunskapsstödsarbetet.

Enligt erfarenheten hos de professionella som medverkat i uppdateringen är den förväntade nyttan av åtgärderna att de underlättar för ungdomar som vill leva i enlighet med sin könsidentitet, och att de bidrar till ökad livskvalitet för individen. En möjlig risk är att åtgärderna, om de erbjuds för tidigt i utredningsprocessen, kan riskera att befästa en könsidentitet som inte är grundad hos individen. Denna risk kan minskas genom att hjälpmedel erbjuds som tidigast efter preliminär könsdysforidiagnos, och efter en individuell bedömning. Utredningsteamet behöver också uppmärksamma ungdomen på att regelbunden lindning av bröst och penis kan ge negativa fysiska konsekvenser, och hjälpa till att förebygga dem om individen väljer dessa hjälpmedel.

För information om hur kunskapen hos medverkande inhämtats, se kapitlet *Metodbeskrivning*, avsnittet *Beprövad erfarenhet*.

## Metodbeskrivning

Arbetet har i stora drag följt Socialstyrelsens arbetsprocess för framtagande av kunskapsstöd med rekommendationer. Avsteg från processen finns noterade i de följande avsnitten och har bedömts rimliga ur kvalitetssynpunkt.

### Arbetsgrupper

Samtliga medverkande har lämnat in en jävsdeklaration. Inga jävsgrunder eller intressekonflikter har bedömts föreligga i relation till det aktuella uppdraget.

### Projektledningsgrupp

Projektledningsgruppen har bestått av fem kliniskt verksamma sakkunniga, en etisk expert samt projektledningen vid Socialstyrelsen (se bilaga *Projektorganisation*). Rekryteringen av sakkunniga skedde dels genom direkt förfrågan (vuxenpsykiater samt etiker) och dels förfrågan om nomineringar till professionsföreningen *Svensk Förening för Transsexuell Hälsa*. Sakkunniga i projektledningsgruppen har bistått projektledningen vid Socialstyrelsen med sakkunskap genom hela projektet. Detta genom att bl.a. värdera det fortsatta behovet av befintliga rekommendationer, och genom att ta ställning till förslag på revideringar och till förslag på nya rekommendationer.

### Rekommendationsgrupp

Rekommendationsgruppen har bestått av fjorton kliniskt verksamma sakkunniga med erfarenhet av utredning av unga med könsinkongruens/könsdysfori och av neuropsykiatrisk utredning (se beskrivning nedan). Rekryteringen av rekommendationsgruppen skedde genom förfrågan till professionsföreningen *Svensk Förening för Transsexuell Hälsa*, om kontaktuppgifter till samtliga verksamma psykiatriker, psykologer och socionomer inom de sex utredningsteamerna för unga. Förfrågan om medverkan skickades först direkt till de enskilda professionella, och vid ett senare tillfälle även via *Svensk Förening för Transsexuell Hälsa*.

Sakkunniga i rekommendationsgruppen har enskilt besvarat en enkät där de tagit ställning till rekommendationerna som föreslagits av projektledningsgruppen, samt deltagit i möten där enkätsvaren redovisats och reviderade rekommendationsförslag formulerats. På grund av den pågående pandemin genomfördes mötena digitalt. En första enkät besvarades av tolv av de fjorton sakkunniga. Tio av de tolv svarande (83 procent) hade arbetat med unga med könsdysfori under minst två års tid, och sju av de tolv svarande (58 procent) hade arbetat med neuropsykiatrisk utredning under minst två års tid (variationen uppåt fångades inte av frågan). En andra enkät besvarades av tio av de sakkunniga.

Socialstyrelsen eftersträvar en jämn geografisk fördelning vid rekrytering till rekommendationsgrupper. I detta fall kom sex av de fjorton medverkande i rekommendationsgruppen från ett och samma team. Bland de åtta återstående representerades ett team av tre personer, ett annat team av två personer, medan tre team representerades av vardera en person. Erfarenheten hos så många som möjligt tillvaratogs genom att enkäterna skickades till samtliga fjorton medverkande. I de efterföljande digitala mötena deltog endast hälften av de sakkunniga från teamet med störst representation, vilket gav en något jämnare geografisk fördelning när rekommendationerna diskuterades.

### *Vetenskapliga underlag*

Riktade litteratursökningar i samarbete med informationsspecialist har inte genomförts för sammanlagt 10 av de totalt 13 frågeställningar (rekommendationer) om stöd och utredning som ingår i uppdateringen:

- Information, stöd och rådgivning till vårdnadshavare
- Information, stöd och rådgivning till anhöriga och närstående
- Bistå den unge i kontakter med samhällsfunktioner
- Utredningsmetoder och informanter
- Psykosocialt stöd för utforskande
- Identifiera och bedöma psykiatrisk problematik
- Erbjudna psykosocialt stöd och psykiatrisk behandling för att minska eventuell psykiatrisk problematik
- Bedöma psykosocial situation
- Beakta behov av externt psykosocialt stöd
- Beakta psykologiska dimensioner

Vid uppdateringen har Socialstyrelsen däremot beaktat de studier som SBU 2019 redovisar i kunskapskartläggningen *Könsdysfori hos barn och unga* [2].<sup>25</sup> Detta har varit aktuellt för rekommendationerna om information, stöd och rådgivning till vårdnadshavare, andra anhöriga och närstående, samt rekommendationerna om psykosocialt stöd för utforskande respektive för att minska psykiatrisk problematik. Ytterligare litteratursökningar för fånga publikationer som eventuellt tillkommit efter SBU:s kartläggning 2019 har inte genomförts för dessa åtgärder. Det finns således en möjlighet att prospektiva, jämförande studier som undersökt insatsernas effekter har tillkommit efter litteratursökningarna i SBU:s kartläggning.

Mot bakgrund av forskningsområdets förutsättningar har Socialstyrelsen bedömt sannolikheten som liten, att det existerar prospektiva, jämförande studier som undersöker åtgärdernas nytta/risk som sammantaget skulle räcka till slutsatser baserade på vetenskaplig evidens (lägst ++ enligt GRADE).<sup>26</sup>

Litteratursökningar och urval av publikationer för de övriga tre frågeställningarna – identifiera tecken på autismspektrumtillstånd och adhd/add, rådgivning och stöd i frågor om social transition samt hjälpmedel – har genomförts av projektledningen vid Socialstyrelsen, med vissa begränsningar.

Gallring och urval av abstracts och fulltexter har gjorts av endast en person.

Avstegen och begränsningarna har bedömts som rimliga ur kvalitetssynpunkt mot bakgrund av frågeställningarnas karaktär (nödvändiga för trygghet med utredningens resultat och/eller okontroversiella och självklara).

### *Beprövad erfarenhet*

Mot bakgrund av bedömningen att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att besvara frågorna om åtgärdernas effekter, har erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärdernas förväntade nytta och risk inhämtats. Kunskapen har erhållits från

<sup>25</sup> I rapporten över SBU:s kartläggning redovisas de publikationer som identifierats i systematiska litteratursökningar för olika frågeställningar. Evidensgradering av de vetenskapliga underlagen har ej genomförts i anslutning

<sup>26</sup> Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation. Se <https://www.gradeworking-group.org/>



- internationella publikationer med rekommendationer som är baserade på konsensus bland områdesverksamma
- arbetsmöten med projektledningsgruppens sakkunniga
- enkät till rekommendationsgruppens sakkunniga och efterföljande möten i rekommendationsgruppen (modifierad Delfimetodik).

Enligt det ordinarie förfarandet i arbetsprocessen inhämtas beprövad erfarenhet genom enkät till en konsensuspanel som är fristående från rekommendationsgruppen. Avsteg från det ordinarie förfarandet gjordes eftersom tillgången till professionella med erfarenhet av arbete med patientgruppen är begränsad, och det bedömdes som svårt att utöver rekommendationsgruppen även rekrytera en fristående konsensuspanel.

Även internationella beskrivningar av t.ex. utredningsförfarande, publicerade i vetenskapliga tidskrifter, har beaktats och betraktats som en form av dokumenterad, beprövad erfarenhet.

### *Övriga metodöverväganden*

Enligt den ordinarie arbetsprocessen kan även andra aspekter än förväntad nytta och risk med en åtgärd behöva beaktas i rekommendationsarbetet. Beroende på situation/vårdområde kan t.ex. patientpreferenser, kostnadseffektivitet eller påverkan på patientens självbestämmande och delaktighet vara relevanta att beakta. I detta arbete har Socialstyrelsen bedömt att patientsäkerhetsaspekten (indirekt svårighetsgraden/behovet av åtgärden) är ett överordnat skäl för flera starka rekommendationer, medan andra åtgärder har bedömts som okontroversiella och självklara. Rekommendationsgruppen har därför inte ombetts beakta några andra aspekter än förväntad nytta och risk.

### *Extern remiss*

Underlaget i en arbetsversion har remitterats för synpunkter till samtliga team som utreder könsinkongruens hos unga och till FPES, Genid, RFSL, RFSL Ungdom, Transammans, Region Skåne, Region Stockholm, Region Uppsala, Region Västerbotten, Region Östergötland och Västra Götalandsregionen.

De inkomna synpunkterna har beaktats och texten har reviderats då det bedömts som motiverat och lämpligt.