

6

Yttrande över remiss -
Socialstyrelsens kapitel
om stöd och utredning
för unga med
könsinkongruens/
könsdysfori

VKN 2021-0041

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Psykatri
Fatmanur Andrasic Dinler

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2021-02-10

VKN 2021-0041

Vårdens
kunskapsstyrningsnämnd

Yttrande över remiss - Socialstyrelsens kapitel om stöd och utredning för unga med könsinkongruens/könsdysfori

Ärendebeskrivning

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att uppdatera kunskapsstödet *God vård av barn och ungdomar med könsdysfori* (2015). Med anledning av det har Socialstyrelsen remitterat en arbetsversion av kapitlet om stöd för Region Stockholms yttrande.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Externt remitterad arbetsversion Kapitel om stöd och utredning

Förslag till beslut

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd beslutar följande:

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd antar hälso-och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande som nämndens yttrande och överlämnar det till Socialstyrelsen.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund

Den vårdgivare som arbetar med målgruppen barn och unga med könsinkongruens/könsdysfori är KID-mottagningen och BUP FoU centrum i Stockholm som tillhör Region Stockholm.

Region Stockholm har tagit hjälp av personal från mottagningen för synpunkter på underlaget.

Följande synpunkter har inkommit:

- Diagnostikbegreppet bör förtydligas. I skriften används Könsdysfori (DSM V) som begrepp medan ICD som vi är ålagda att använda använder Könsidentitetsstörning F64,9. Bra att inte binda upp sig i dysforibegreppet; många som har könsinkongurens med rätt insatser behöver inte ha dysfori. Om man vill ha mer generell term kanske begreppet könsinkongurens skall användas.
- ICD 11 som snart kommer behöver nog nämnas för att info snabbt blir inaktuell.
- Eftersom ett flödesschema inte är bifogat behöver texten förtydligas gällande gången i arbetet. Så att man där kan följa en logik såsom till exempel att ett ärende börjar med ett nybesök och en bedömning av vårdbehovet. Sedan kommer en period av insatser och utredning. Det är också bra att SoS förtydligar om man tänker sig en första diagnos F649, sedan insatser och därefter en andra diagnos F64,0 alternativt 64,8.
- Det beskrivs att tiden för utredning och innehållet i insatserna behöver individualiseras. Där kunde det vara bra med någon form av tidsangivelser då det annars kan uppfattas som att det kan gå ”hur snabbt som helst” och kan leda till orimliga förväntningar utifrån patientens sida.
- På flera håll används ”Vårdpersonal som ger insatsen bör ha särskild kompetens och kunskap om könsinkongruens och könsdysfori”
Kommentar: Vad menas? Speciell utbildning? Forskningsläget baserat på mindre grupp av KID-patienter; i övrigt ingen evidens. Svårt att definiera kompetensnivå.
- ”Hälso- och sjukvården bör erbjuda information, stöd och rådgivning till...” (sid 5). Här beskriver man insatser utan att ange nivå, men är det rimligt att sjukvården ansvarar för information om det icke är definierade patienter. Info till anhöriga? Skola? För patienter som är under utredning/insatser inbegrips förstås vårdnadshavare och andra vid behov, men oklar formulering.
- Sid 5: Om tecken på könsinkongruens eller könsdysfori kvarstår när puberteten närmar sig kan utredning övervägas...Förslag att texten ändras till: ”behöver utredning/fördjupad bedömning ske för att kunna bedöma och erbjuda behandlingsinsatser som kan hjälpa den unga att leva med upplevd könsinkongruens under tonåren”

- "Angående stycket som lyder: "Vårdnadshavare behöver samtidigt förhålla sig till kunskapen om att tecken på könsinkongruens och könsdysfori hos barn för de allra flesta försvinner innan eller i samband med puberteten [11-13] (se även avsnittet *Könsinkongruens hos barn och ut-veckling över tid*)." (sida 5) Kommentar: Det kan vara väl starkt att slå fast att tecken på könsinkongruens och könsdysfori försvinner för "de allra flesta". Det finns brister i den ofta citerade review-artikeln Ristori & Steensma, 2016, däribland att den bygger på ett fåtal studier med mestadels små urvalsgrupper (5 av 6 urvalsgrupper har färre än 55 deltagare); andelen "persisters" varierar mycket från studie till studie (från 2 – 39%) med en tendens att andelen persisters ökar från tidigare studier till senare genomförda studier (där senare studier är gjorda med bättre diagnostik och oftare med relevanta kliniska utvalsgrupper); i vissa ingående studier genomfördes follow-up väl tidigt (så tidigt som vid 13 års ålder) att det kan tänkas att en del ungdomar som rapporterade som desisters då senare kan ha återgått till att uppleva könsinkongruens och dysfori igen (som påvisats i Steensma & Cohen-Kettenis, 2015). Det vore därför mer balanserat att säga att tecken på könsinkongruens och könsdysfori "sannolikt" försvinner för "majoriteten" eller "flertalet".Punkten "om det finns samtidiga tillstånd eller försvårande faktorer som behöver ut- redas och beaktas" (sida 8) Kommentar: Det är otydligt vad som avses, exempel behövs. Sexuell läggning behöver kanske nämnas här eller någon annanstans?
- Någon text om hur vi ska förhålla oss till icke-binära unga, gender queer osv. behöver tilläggas. Vilken behandling ska dessa unga komma att erbjudas avgör hur vi ska förhålla oss till den diagnostiken F64.8 och de patienter det gäller.
- " Patienten ska även informeras om vid vilken tidpunkt han eller hon kan förvänta sig att få vård och om det förväntade vård- och behandlingsför- loppet, (sid 9) (3 kap. 1 § patientlagen)." Kommentar: Vård behöver definieras som alla insatser som ges, kan annars missförstås. Om "vård" här avser könsbekräftande vård så kommer det att vara väldigt svårt att säga i ett inledande skede av kontakten med patienten.
- " 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. Hälso- och sjukvården bör, under utredning av könsinkongruens hos barn och ungdomar, erbjuda psykosocialt stöd för att minska eventuell psykisk ohälsa." (sid 17) Kommentar: Varför har psykiatrisk behandling tappats bort? Måste finnas med.

- Ta med barn- och ungdomspsykiatrisk behandling där den insatsen behövs, under flera rubriker.
- På samma sida benämns psykosocialt stöd; detta är inte alltid sjukvården; ofta kommuner och socialtjänst. Bra att nämna att samverkan måste ske ömsesidigt för denna utsatta patientgrupp.
- På sid 14 beskrivs att ”Om det under utforskandet blir uppenbart att en önskan om transition orsakas av symtom på AST eller annat samsjukligt tillstånd *utforskas alternativa lösningar*”. Här skulle det vara hjälpsamt om det kunde ges exempel på vad ”alternativa lösningar” skulle kunna handla om, just när det rör sig om samsjuklig på s 9 i sista stycket tredje raden står ”patienten ska även informeras om vid vilken tidpunkt han eller hon kan förvänta...”. Detta bör bytas ut till ett könsneutralt ord, såsom denne/patienten etc för att inte exkludera personer som inte har en binär könsidentitet.
- Avsnittet gällande autismspektrumtillstånd (från s 13) skulle gynnas av att kompletteras med forskning istället för att baseras på konsensusdokumentet. Eftersom det är internationellt samlade åsikter kan därför även internationell forskning tillämpas. Eventuellt även se över viss formulering i avsnittet. Detta då det blir en enkelsidig beskrivning av patienter med AST när det egentligen är ett spektrum och att det då både av sjukvård men även av patienter kan upplevas som en svartvit och felaktig/missvisande bild, utan att det borde tydliggöras att det ska även där individanpassas utifrån hur pats AST har för uttryck. Detta istället för att alla med AST beskrivs som rigida, svårt att uttrycka sig, konkret tänkande/svårigheter att tänka framåt.
- I avsnittet hjälpmedel där olika möjligheter till stöd att förändra attribut för att underlätta social transition även omfatta möjligheten av att testa behandling som ej är irreversibel, dvs främst logoped i det här fallet. Så att den behandlingsmöjligheten inte faller bort.

Ekonomiska konsekvenser

Förslaget förväntas ge oförändrade ekonomiska konsekvenser.

Konsekvenser för patientsäkerhet

Förslaget förväntas ha positiva konsekvenser för patientsäkerheten.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård

Förslaget förväntas ha positiva konsekvenser för en mer jämlik och jämställd vård.

Miljökonsekvenser

Förslaget förväntas inte ha några konsekvenser på miljön.

Administrativa konsekvenser

Förvaltningen kan inte bedöma de administrativa konsekvenserna förslaget kan bidra till.

Magnus Thyberg
Avdelningschef

Anna Ingmanson
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till

Socialstyrelsen

Godkänd av Magnus Thyberg, 2021-02-10

Innehåll

Stöd till unga och deras familjer	2
Bred psykopedagogisk ansats för det initiala stödet	2
Minoritetsstress och faktorer som skyddar	3
Information, stöd och rådgivning till familjer	4
Bistå den unge i kontakter med samhällsfunktioner	6
Utredning av könsinkongruens hos barn och ungdomar	8
Generella beaktanden	8
Individanpassad utredning	8
Information om utredningen	9
Utredningsmetoder och informanter	10
Diagnostik	11
Psykosocialt stöd för utforskande	11
Särskilda tillstånd och faktorer att beakta	13
Autismspektrumtillstånd	13
Uppmärksamhets- och hyperaktivitetsproblematik	15
Psyisk ohälsa	16
Psykosociala försvårande faktorer	18
Överväga behov av externt psykosocialt stöd	19
Mognadsbedömning	20
Utredningens senare del	21
Att prova att leva i sin könsidentitet	21
Hjälpmedel	22
Referenser	24
Bilaga 1. Projektorganisation	28
Bilaga 2. Termer och förkortningar	30
Bilaga 3. Kunskapsunderlag och metodbeskrivning	31
Kunskapsunderlag till rekommendationer	31
Metodbeskrivning	47

Stöd till unga och deras familjer

I kapitlet *Inledning* beskrivs hur antalet unga som remitteras för utredning av könsinkongruens har ökat 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. Ungar 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 flera års tid. Tiden är en viktig faktor för säkerheten i bedömningarna och diagnostiken blir för dessa unga relativt okomplicerad när utredning inleds. Ofta är det lätt för den unge, vårdnadshavare och utredningsteamet att nå samsyn kring vårdbehov och behandlingsåtgärder.

För de flesta unga som utredningsteamet träffar idag är situationen anorlunda. Könsinkongruensen debuterar ofta senare under 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.

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 generellt¹. Innehållet i insatserna och formerna för hur stödet ges individanpassas. Syftet med insatserna är både att tillhandahålla ett tryggt och bekräftande sammanhang för den unge, 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 exempelvis 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?)
- jobbiga livserfarenheter

¹ I Södra sjukvårdsregionen ges den här typen av insatser av Ungdomsmottagningen innan den unge remitteras för utredning.

- autism/adhd/add
- andra psykiatriska tillstånd
- könsnormer, hur de påverkar
- 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. För andra kan könsinkongruensen ändå upplevas så problematisk att den unge önskar gå vidare med utredningen i syfte att få medicinska könsbekräftande insatser.

Minoritetsstress och faktorer som skyddar

Flera myndighetsrapporter och litteraturöversikter visar på tydliga skillnader i hälsa mellan unga hbtq-personer och unga i befolkningen [3, 4]. Hälsoskillnaderna är tydligast inom området psykisk hälsa, där oro, ångslan, 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].² 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.³ Likande slutsatser dras Folkhälsomyndighetens kvalitativa intervjustudie från 2020, om psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada bland unga transpersoner [8].

² Modellen utvecklades ursprungligen för att förklara skillnader i psykisk hälsa baserade på sexuell läggning (Meyer, 1995; 2003), men har senare utvidgats för att för att förstå den ökade risken för ohälsa i andra minoritetsgrupper, däribland transpersoner.

³ 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. Eftersom enkätstudien baseras på omkring 10 procent av alla transpersoner i Sverige, där gruppen 16–29 år är en mindre andel av respondenterna, bör resultatet tolkas med försiktighet.

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, exempelvis genom att byta förnamn, frisyr och klädstil. Möjligheten att uttrycka sin person är viktig för barn generellt. Vårdnadshavare behöver samtidigt förhålla sig till kunskapen om att tecken på könsinkongruens och könsdysfori hos barn för de allra flesta försvinner innan eller i samband med puberteten [11-13] (se även avsnittet *Könsinkongruens hos barn och utveckling över tid*). Det finns därför en särskild risk för prepubertala barn, att med tidig social transition befästa en könsidentitet som senare visar sig inte vara grundad hos barnet [14]. 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. Vårdnadshavare till unga personer som har transiterat socialt kan ibland även behöva stötta i att fortsätta uppmärksamma hur barnets könsinkongruens utvecklas, och i att vidmakthålla en öppenhet för att barnet kan ändra sig med tiden.

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 kan 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, exempelvis 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*).

Rekommendationer om information, stöd och rådgivning till familjer

Hälso- och sjukvården bör erbjuda information, stöd och rådgivning till vårdnadshavare av barn och ungdomar med tecken på könsinkongruens eller könsdysfori. Vårdpersonal som ger insatserna bör ha särskild kompetens och kunskap om könsinkongruens och könsdysfori.

Hälso- och sjukvården bör erbjuda information, stöd och rådgivning till anhöriga och närstående till barn och ungdomar med tecken på könsinkongruens eller könsdysfori. Vårdpersonal som ger insatserna bör ha särskild kompetens och kunskap om könsinkongruens och 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.

Kunskapen om förväntad nytta och risk utgörs av erfarenhetsbaserad kunskap bland professionella (beprövad erfarenhet), inhämtad dels i form av ett internationellt konsensusdokument [15] och dels från de professionella som medverkat under kunskapsstödarbetet. Se *Metodbeskrivning med kunskapsunderlag*.

Nytta/risk balans Socialstyrelsen och medverkande experter bedömer att den förväntade nyttan av åtgärden överväger dess 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 mobbning och våldutsatthet [4]. Unga är dessutom ofta begränsade i sina möjligheter att välja bort sociala sammanhang såsom skola och bostadsort. Häls- och sjukvården kan här bidra till att minska psykosociala riskfaktorer genom att bistå den unge i kontakter och genom samverkan och samarbete med exempelvis 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 §§ OSL)⁴.

Det är viktigt att stödet är flexibelt och anpassat utifrån vad ungdomen upplever som problematiskt i sin vardag. Det kan exempelvis handla om att informera skolpersonal om könsdysfori och bemötande, praktiska åtgärder vid könsuppdelad undervisning som att ordna med omklädningsrum i samband med idrott⁵ Behovet av att lösa sådana problem kan uppstå och återuppträffa exempelvis när den unge byter skola eller bostadsort och vid social transition/retransition. Strategier för skolan för att öka elevernas kunskap om olika könsidentiteter och att förebygga mobbning och trakasserier kan också tas upp.

⁴ Ungdomars eget samtycke kan många gånger anses vara tillräckligt (se vidare avsnittet *Information och sekretess* i kapitlet *Juridiska ramar*).

⁵ 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, exempelvis genom att erbjuda möjlighet till separat omklädningsrum och genom att konsekvent undvika att arbeta med könsuppdelade grupper (2013; s.114).

Den unge och vårdnadshavare kan också behöva information om och hjälp med praktiska detaljer i samband med namnbyte.⁶

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.

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 exempelvis skola, socialtjänst och ungdomsmottagningar.

Den förväntade nyttan (syftet) med åtgärden 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.

Kunskapen om förväntad nytta och risk utgörs av erfarenhetsbaserad kunskap (beprövad erfarenhet), inhämtad dels i form av ett internationellt konsensusdokument [15] och dels från de professionella som medverkat under kunskapsstödarbetet. Se *Metodbeskrivning med kunskapsunderlag*.

Nytta/risk balans Socialstyrelsen bedömer att den förväntade nyttan av åtgärden överväger dess risker.

⁶ Den 1 juli 2017 infördes lagen (2016:1013) om personnamn samtidigt som namnlagen (1982:670) upphävdes. Bestämmelser om förnamn finns i 26-28 §§ i den nya lagen om personnamn. Ansökan om namnbyte ska göras till Skatteverket. Se vidare kapitlet Juridiska ramar, som dock innehåller information om den upphävda namnlagen.

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. Syftet med en utredning av könsinkongruens är att ta ställning till om könsdysfori föreligger, hur individens vårdbehov i ett livsperspektiv ser ut, och att bedöma individens behov av och förutsättningar att tillgodogöra sig könsbekräftande vård.

Här ingår bedömningar av:

- den unges könsinkongruens och upplevelse av könsdysfori
- om det finns andra tillstånd eller livsomständigheter att beakta, exempelvis samtidig neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, psykisk ohälsa eller psykosocial problematik
- vilka vårdåtgärder som är lämpliga för den enskilde, och om personen kan tillgodogöra sig könsbekräftande behandling
- om ungdomen kan tillgodogöra sig information om könsbekräftande behandling.

Generella beaktanden

Individanpassad utredning

Att unga befinner sig i en period av intensiv fysisk och psykisk utveckling innebär att den information som ligger till grund för eventuell diagnos och beslut om eventuella vårdåtgärder behöver samlas in över en längre tid än för vuxna. Utredningen behöver pågå så länge som det krävs för att tillgodose utredningens syfte och minimera risken för felbehandling. Vilka utredningsinsatser som behövs varierar mellan unga och beror 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 och familjens egna önskemål, ibland finns uttryckliga önskemål om långsam process och om att avvakta med eventuella beslut om könsbekräftande behandling

- 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.

Insatser för samtidiga tillstånd eller försvärande faktorer kan ibland ske parallellt med att utredningen av könsinkongruens pågår. Med allt sammantaget kan utredningstiden variera avsevärt mellan unga.

Rekommendation om individanpassad utredning

Hälso- och sjukvården bör individanpassa utredning av könsinkongruens med avseende på innehåll och längd, utifrån barnets eller ungdomens medicinska, psykologiska och sociala omständigheter.

Motivering till rekommendationen

Bakgrund Vilka insatser som behövs för att tillgodose utredningens syfte och kvalitet varierar mellan individer. Exempel på faktorer som påverkar är i vilken mån hälso- och sjukvården har kännedom om den unges könsinkongruens och familjen sedan tidigare, och om det finns andra tillstånd och omständigheter att beakta.

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 är att långa utredningstider kan upplevas som psykologiskt påfrestande för den unge. Dessa risker kan minskas genom att stöd erbjuds kontinuerligt, och vid samtidig psykisk ohälsa, och att teamet beskriver och motiverar utredningens upplägg för varje enskild ung person och för vårdnadshavare.

Kunskapen om förväntad nytta och risk utgörs av erfarenhetsbaserad kunskap (beprovad erfarenhet), inhämtad från de professionella som medverkat under kunskapsstödarbetet (se *Metodbeskrivning med kunskapsunderlag*).

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

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). 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 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 bland annat 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 könsdysfori kvarstår under hela utredningstiden.

Utredningsmetoder och informanter

Som regel medverkar vårdnadshavare i utredningen.⁷ Även närstående bör få möjlighet att medverka om barnet eller ungdomen önskar det.

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 uppbygg för den unge och för vårdnadshavare (se *Information om utredningen* ovan).

⁷ 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.). Se kapitlet *Juridiska ramar*, avsnitt om *Barnets rätt till självbestämmande och vårdnadshavares ansvar*.

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 (se *Metodbeskrivning med kunskapsunderlag*).

Nytta/risk balans Socialstyrelsen bedömer att den förväntade nyttan av åtgärderna överväger dess 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 utifrån kriterier i DSM och ICD-systemen (se kapitlet *Inledning*). 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]
- 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.

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 bekräftande 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 osäkerhet och problematisering behöver ges plats i samtalen. Psykopedagogiska insatser är ofta aktuella under utforskandet (se *Bred psykopedagogisk ansats för det initiala stödet* i kapitlet *Stöd till unga och deras familjer*).

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. Vårdpersonal som ger insatsen bör ha särskild kompetens och kunskap om könsinkongruens och könsdysfori.

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 åtgärden är att ge utrymme för den unge att reflektera kring vad som kan ha påverkat könsidentiteten i det egna fallet och vad som kan komma att förändra den. Detta för att få definiera sin könsidentitet på en bredare grund så att den kan bära en hel livstid. Från hälso- och sjukvårdens sida är utforskandet nödvändigt för att erhålla diagnostisk säkerhet och kunna erbjuda lämpliga vårdåtgärder. 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 åtgärden 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 åtgärden, att utredningsteamet är neutralt i förhållande till utfallet och att åtgärden 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.⁸

Kunskapen om förväntad nytta och risk utgörs av erfarenhetsbaserad kunskap bland professionella (beprövad erfarenhet), inhämtad dels i form av ett internationellt konsensusdokument och dels från de professionella som medverkat under kunskapsstödarbetet. Se *Metodbeskrivning med kunskapsunderlag*.

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

⁸ Att försöka förändra den unga personens uppfattning om sin könsidentitet med psykoterapi anses idag oetiskt [15] (s 16).

Särskilda tillstånd och faktorer att beakta

Flera internationella litteraturöversikter beskriver att neuropsykiatrisk funktionsnedsättning är vanligare bland unga med könsinkongruens/könsdysfori än bland unga i allmänna befolkningen [23-26]. Även nationell statistik från åren 2016–2018 visar att autismdiagnos och adhd-diagnos är mycket vanlig bland personer med könsdysforidiagnos (F64) jämfört med befolkningen [27]. Bland unga 13–17 år och registrerat kön kvinna vid födseln har 15 procent en samtidig autismdiagnos (1 % i befolkningen) och 19 procent en samtidig adhd-diagnos (4 % i befolkningen). Bland unga i samma åldersgrupp med registrerat kön man vid födseln har 12 procent en autismdiagnos (2 % i befolkningen) och 13 procent en adhd-diagnos (8 % i befolkningen).

Både autismspektrumtillstånd och uppmärksamhets- och hyperaktivitetsproblematik (adhd/add) behöver på olika sätt beaktas under utredning av könsinkongruens hos unga.

Autismspektrumtillstånd

Ett konsensusdokument från 2018 framtaget av Strang och medförfattare [28] beskriver en grupp internationella experters samlade erfarenhet av unga med könsinkongruens och samtidigt autismspektrumtillstånd (AST). Dokumentet avser unga från puberteten upp till 19 år och gäller inte för unga med svår språkstörning eller intellektuell funktionsnedsättning. I en annan publikation från 2018 av Strang och medförfattare beskrivs resultat av djupintervjuer med unga med könsinkongruens och samtidig AST [29].

Implikationer av samtidigt autismspektrumtillstånd

Erfarenheten hos Strang m fl [28] är att nedsatt självmedvetenhet, svårigheter med kommunikation och med exekutiva funktioner komplicerar den diagnostiska utredningen av könsinkongruens på flera sätt, och i olika grad:

- det kan bli svårt för personen att uttrycka, och därför svårt för utredningsteamet att bedöma, hur den unge känner ifråga om sin könsidentitet.
- rigida tankemönster som hör samman med AST kan bidra till upplevelsen av könsinkongruens. Exempelvis kan mindre funderingar kring könsidentitet ibland leda den unge till slutsatsen att fullständig könsbekräftande behandling är nödvändig. Personen kan ha svårt att tänka sig mellanlägen, som att vara en feminin man eller ”gender queer”. Av samma skäl kan en del homo- och bisexuella ungdomar med AST ibland anta att den attraktion de känner till det egna könet måste bero på att de själva tillhör det motsatta könet.
- AST-relaterade specialintressen kan behöva uteslutas som förklaring.
- en generell rädsla för puberteten och de kroppsliga förändringarna den medför kan ibland uppfattas som könsdysfori av ungdomen.
- om könsbekräftande behandling visar sig indikerad kan konkret tänkande, svårigheter med nyanser och med att tänka kring framtiden medföra utmaningar vid mognadsbedömning.

AST-relaterade symtom kan enligt Strang m fl [28] även bidra till att den unges könsinkongruens inte tas på allvar:

- begränsad självkänedom medför att den unge brottas med könsidentitetsfrågor senare än andra. Många unga med AST kommer enligt Strang m fl [28] till könsinkongruensutredning först under tonåren, utan att tidigare ha visat några tecken på könsinkongruens under barndomen.
- att ungdomen 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 publikationerna av Strang m fl [28, 29] ha tydlig och ihållande könsinkongruens.⁹

Den högre komplexiteten i bedömningarna vid samtidig AST medför att den diagnostiska utredningen behöver pågå under längre tid och att eventuella beslut om somatisk behandling behöver tas i en långsammare takt. Om det under utforskandet blir uppenbart att en önskan om transition orsakas av symptom på AST eller annat samtidigt tillstånd utforskas alternativa lösningar. Strang m fl [28] betonar att AST inte bör exkludera en ungdom från en könsdysforidiagnos eller från relevant behandling när indikation föreligger.

Rekommendation om att tidigt identifiera tecken på autismspektrumtillstånd

Hälso- och sjukvården bör - 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 om så är fallet.

Motivering till rekommendationen

Bakgrund Autismspektrumtillstånd förekommer oftare bland unga med könsdysforidiagnos än bland unga i befolkningen [27]. AST-relaterade symptom är på flera sätt viktigt att beakta under utredningen av könsinkongruens. Om tecken på autismspektrumtillstånd 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 är att eventuell samtidig AST alltid ska kunna beaktas under utredning av könsinkongruens hos unga. Utredningsteamet behöver tidigt få kunskap från den neuropsykiatriska utredningen. Detta för att förstå hur AST påverkar den enskilde unge och för att kunna anpassa information och stöd för utforskande 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.

⁹ I intervjustudien av Strang m fl [24] följde forskarna upp 22 ungdomar i åldern 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.

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. Riskerna kan minskas genom att ungdomarna och deras vårdnadshavare informeras om vad samtidig AST och könsinkongruens innebär och att det är relativt vanligt att de förekommer samtidigt. Riskerna kan också minskas genom att utredningsteamet tydliggör syftet med åtgärderna, och att de inte innebär ett ifrågasättande av den unges erfarenheter eller hur denne identifierar sig.

Kunskapsunderlag Kunskapen om förväntad nytta och risk utgörs av erfarenhetsbaserad kunskap (beprövad erfarenhet), inhämtad dels i form av ett internationellt konsensusdokument [28], och dels från de professionella som medverkat under kunskapsstödarbetet. Se *Metodbeskrivning med kunskapsunderlag*.

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

Uppmärksamhets- och hyperaktivitetsproblematik

Riktlinjer eller konsensusdokument som beskriver handläggning vid samtidig adhd/add under utredning av unga med könsinkongruens har inte identifierats under uppdateringen av kunskapsstödet. Avsnittet nedan, om implikationer för utredning, sammanfattar den kliniska erfarenheten av samtidig adhd/add hos de professionella som medverkat i arbetet.

Implikationer av samtidig adhd eller add

Erfarenheten i teamen som utreder unga med könsinkongruens är att uppmärksamhets- eller hyperaktivitetsproblematik kan medföra känslor av utanförskap i relation till jämnåriga av samma kön under uppväxten. Unga med adhd och registrerat kön kvinna kan under utredningen beskriva att de har haft svårt att passa in i tjejgrupper, hur de känt sig mer hemma bland killarna och hur både deras omgivning och de själva kommit att uppfatta dem mer som pojke än som flicka. Motsvarande upplevelser kan beskrivas av unga med registrerat kön man och samtidig add. Med tidig kännedom om att adhd/add föreligger, ges den unga personen och utredningsteamet möjlighet att ta hänsyn till informationen och undersöka dess betydelse under utforskandet. Tidig kunskap om diagnosen ger också en möjlighet att anpassa information och stöd under utredningen utifrån den unges förutsättningar.

Rekommendation om att tidigt identifiera tecken på adhd

Hälso- och sjukvården bör - inför eller i ett tidigt skede av utredning av könsinkongruens - för alla barn och ungdomar systematiskt undersöka om tecken på adhd/add föreligger och initiera neuropsykiatrisk utredning om så är fallet.

Motivering till rekommendationen

Bakgrund Adhd/add förekommer oftare bland unga med könsdysforidiagnos än bland unga i befolkningen [27]. Både den unge och det utredande teamet behöver få möjlighet att under utredningen beakta samtidig adhd/add om

detta föreligger. Om tecken på adhd/add 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 är att eventuell samtidig adhd/add alltid ska kunna beaktas under utredning av könsinkongruens hos unga. Kunskapen behövs tidigt för att det utredande teamet ska få en bred förståelse av den unge, för att den unge själv ska ges möjlighet att tänka kring hur adhd/add kan ha påverkat olika livserfarenheter, och för att information och stöd ska kunna anpassas till individen. 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 om att könsinkongruensen inte tas på allvar och känslor av misstänkliggörande bland unga och deras familjer. Dessa risker kan minskas genom att unga och deras vårdnadshavare informeras om vad samtidig adhd/add och könsinkongruens innebär, och att det är vanligt att de förekommer samtidigt. Riskerna kan också minskas genom att utredningsteamet tydliggör syftet med åtgärderna, och att de inte innebär ett ifrågasättande av den unges erfarenheter eller hur denne identifierar sig.

Kunskapen om förväntad nytta och risk utgörs av erfarenhetsbaserad kunskap (beprövad erfarenhet), inhämtad från de professionella som medverkar under kunskapsstödarbetet. Se *Metodbeskrivning med kunskapsunderlag*.

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

Psykisk ohälsa

En kartläggning av åren 2016–2018 från Socialstyrelsen visar att psykiatrisk problematik är vanligt hos unga med könsdysforidiagnos (F64) och betydligt vanligare än hos unga i befolkningen. Bland unga 13–17 år och registrerat kön kvinna vid födseln har 29 procent en depressionsdiagnos, 32 procent en ångestdiagnos och 8 procent självskador (jämfört med 3, 4 och 1 % i samma åldersgrupp i befolkningen) [27]. Bland unga 13–17 år och registrerat kön man vid födseln har 14 procent en depressionsdiagnos, 21 procent en ångestdiagnos och 4 procent självskador (jämfört med 1, 2 och 0.5 % i samma åldersgrupp i befolkningen). Även upplevelser av trauma och ätstörningar är enligt professionellas erfarenhet relativt vanligt och viktiga att identifiera och beakta i samband med utredningen.

Den psykiska ohälsan kan

- vara en följd av könsinkongruensen (könsdysfori)
- vara skild från könsinkongruensen eller könsdysforin. Om problemen i dessa fall inte identifieras eller förblir obehandlade kan de försvåra den diagnostiska utredningen. Därför är det viktigt att uppmärksamma psykisk ohälsa inom ramen för utredningen och vid behov erbjuda adekvat behandling parallellt med utredningen. När annan vårdgivare än den utredande

enheten ansvarar för behandlingen är det viktigt att behandlare som saknar kunskap om könsinkongruens erbjuds handledning [15].

- 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 ungas personens motståndskraft, självkänsla och färdigheter kan då bidra till minskad psykisk ohälsa.
- i vissa fall behöva beaktas mer kontinuerligt under utredningens gång. Att få modet att delge känslig information och berätta om exempelvis sexuella övergrepp kräver den ungas tillit till det utredande teamet och behöver ofta ges längre tid.

Rekommendationer om att identifiera och minska psykisk ohälsa

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.

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

Motivering till rekommendationerna

Bakgrund Det finns en hög samtidig förekomst av psykiatrisk problematik bland unga med könsinkongruens/könsdysfori i jämförelse med unga i allmänna befolkningen. Problematiken kan vara orelaterad till eller 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. 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 åtgärden ”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 tydliggör syftet med åtgärden, och att den inte innebär ett ifrågasättande av den ungas erfarenheter eller hur denne identifierar sig. För åtgärden ”psykosocialt stöd” 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 [15] och dels från de professionella som medverkat under kunskapsstödarbetet. Se *Metodbeskrivning med kunskapsunderlag*.

Nytta/risk balans Socialstyrelsen bedömer att den förväntade nyttan av åtgärderna överväger dess 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 exempelvis 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 exempelvis 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 indikerad, 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 missnöje bland unga och deras familjer, och att en förlängd utredningstid vid behov av stödinsatser kan upplevas som påfrestande. Dessa risker kan minskas genom att utredningsteamet tydliggör syftet med åtgärderna, och genom att psykosocialt stöd erbjuds vid behov.

Kunskapen om förväntad nytta och risk utgörs av utgörs av erfarenhetsbaserad kunskap (beprovad erfarenhet), inhämtad dels i form av ett internationellt konsensusdokument [15] och dels från de professionella som medverkat under kunskapsstödarbetet. Se *Metodbeskrivning med kunskapsunderlag*.

Nytta/risk balans Socialstyrelsen bedömer att den förväntade nyttan av åtgärderna överväger dess 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 vårdnadshavarna¹⁰.

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 ung 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 åtgärden 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. Se *Metodbeskrivning med kunskapsunderlag*.

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

¹⁰ 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 vårdnadshavarens ansvar respektive barnets rätt till självbestämmande (se kapitlet *Juridiska ramar*).

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. (Se kapitlet *Juridiska ramar - Mognadsbedömning viktig*).

Enligt Socialstyrelsens kunskapsstöd från 2015 [30] 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* [31] 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 [31]. 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 [32]. 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 [33]. 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 beskrivning av hur kliniker kan strukturera en motsvarande bedömning av en patients beslutskompetens vid ställningstagande till medicinsk behandling finns tillgänglig på engelska [34].

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 indikerad 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 åtgärden 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 åtgärden är att den kan skapa oro och känslor av missännliggörande bland barn och ungdomar och deras familjer. Dessa risker kan minskas genom att utredningsteamet tydliggör syftet med åtgärden.

Kunskapen om förväntad nytta och risk utgörs av erfarenhetsbaserad kunskap (beprövad erfarenhet), inhämtad dels i form av ett internationellt konsensusdokument [15] och dels från de professionella som medverkat under kunskapsstödarbetet. Se *Metodbeskrivning med kunskapsunderlag*.

Nytta/risk balans Socialstyrelsen bedömer att den förväntade nyttan av åtgärden överväger dess risker och att behovet av åtgärden 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 den preliminära bedömningen under utredningen kan det för andra bli aktuellt att leva i enlighet med könsidentitet som en del av ett fortsatt utforskande. När detta genomförs som en förberedelse inför könsbekräftande behandling kallas det ibland ”real life experience” eller ”real life test” [35]¹¹. 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

¹¹ Ett ”real life test” har betydelse även för den som efter 18 års ålder ansöker om att ändra juridiskt kön. Enligt köns-tillhörighetslagens krav (lag (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall) 1§ 2, ska personen ha levt i enlighet med sin könsidentitet i vardagen under en längre period, vanligen minst ett år.

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 genomtänkta beslut i fråga om könsbekräftande behandlingar med helt eller delvis irreversibla effekter.

Det är ibland inte möjligt eller lämpligt med social transition, exempelvis om den enskilde unge löper en påtaglig risk för utsatthet, mobbning och våld från sin omgivning. I situationer som dessa behöver utredningsteamet göra flera överväganden om hur den unge ska hjälpas på bästa sätt.

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. Vårdpersonal som ger insatsen bör ha särskild kompetens och kunskap om könsinkongruens och könsdysfori.

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 åtgärden 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. Om åtgärden erbjuds för tidigt eller om den inte erbjuds förutsättningslöst kan den riskera att befästa en könsidentitet som inte är grundad hos individen.

Kunskapen om förväntad nytta och risk utgörs av utgörs av erfarenhetsbaserad kunskap (beprövad erfarenhet), inhämtad dels i form av ett internationellt konsensusdokument [15] och dels från de professionella som medverkat under kunskapsstödarbetet. Se *Metodbeskrivning med kunskapsunderlag*.

Nytta/risk balans Socialstyrelsen bedömer att den förväntade nyttan av åtgärden överväger dess risker och att behovet av åtgärden 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 åtgärden 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, 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 (beprovad erfarenhet), inhämtad från de professionella som medverkar under kunskapsstödarbetet samt publikationer som beskriver ungas erfarenheter av att använda hjälpmedel (ssk binders) [36, 37]. Se *Metodbeskrivning med kunskapsunderlag*.

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

Referenser

1. Kaltiala R, Bergman H, Carmichael P, de Graaf NM, Egebjerg Rischel K, Frisén L, et al. Time trends in referrals to child and adolescent gender identity services: a study in four Nordic countries and in the UK. *Nordic Journal of Psychiatry*. 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-vekligheter-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. *Journal of health and social behavior*. 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-sjalvskada-bland-unga-transpersoner/?pub=75747>; 2020.
9. Folkhälsomyndigheten. Metoder för att främja en god hälsa bland hbtq-personer. Resultat från en kartläggande litteraturöversikt. <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. Wallien MS, Cohen-Kettenis PT. Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2008; 47(12):1413-23.
12. Steensma TD, McGuire JK, Kreukels BP, Beekman AJ, Cohen-Kettenis PT. Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: a quantitative follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2013; 52(6):582-90.
13. Drummond KD, Bradley SJ, Peterson-Badali M, Zucker KJ. A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental psychology*. 2008; 44(1):34-45.

14. Steensma TD, Cohen-Kettenis PT. Gender transitioning before puberty? *Archives of sexual behavior*. 2011; 40(4):649-50.
15. 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.
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 and adolescent psychiatric clinics of North America*. 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. *Int J Transgend*. 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. *Psychology of Women Quarterly*. 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 LGBTQ 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 LGBTQ clinical and community samples in two countries. *International Journal of Transgenderism*. 2019; 20(2-3):289-304.
22. Lindgren TW, Pauly IB. A body image scale for evaluating transsexuals. *Archives of sexual behavior*. 1975; 4(6):639-56.
23. Glidden D, Bouman WP, Jones BA, Arcelus J. Gender Dysphoria and Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review of the Literature. *Sexual Medicine Reviews*. 2016; 4(1):3-14.
24. Oien RA, Cicchetti DV, Nordahl-Hansen A. Gender Dysphoria, Sexuality and Autism Spectrum Disorders: A Systematic Map Review. *Journal of autism and developmental disorders*. 2018; 48(12):4028-37.
25. 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]. *Psychiatrische Praxis*. 2020.
26. 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. *Journal of autism and developmental disorders*. 2020; 50(3):695-706.
27. 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.
28. 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. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the*

- official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53. 2018; 47(1):105-15.
29. 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. *Journal of autism and developmental disorders*. 2018; 48(12):4039-55.
 30. 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.
 31. 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.
 32. Sturman ED. The capacity to consent to treatment and research: a review of standardized assessment tools. *Clinical psychology review*. 2005; 25(7):954-74.
 33. Appelbaum PS, Roth LH. Competency to consent to research: a psychiatric overview. *Archives of general psychiatry*. 1982; 39(8):951-8.
 34. 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, .
 35. Levine SB. Real-Life Test Experience: Recommendations for Revisions to the Standards of Care of the World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*. 2009; 11(3):186-93.
 36. Teti M, Morris K, Bauerband LA, Rolbiecki A, Young C. An exploration of apparel and well-being among transmasculine young adults. *Journal of 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? *International Journal of Transgenderism*. 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. *Sexual and Relationship Therapy*. 2014; 29(3):351-64.

Arbetsmaterial

Bilaga 1. Projektorganisation

Projektgrupp

Maria Elfving

Attila Fazekas

Maria Hedström

Malin Indremo

Jeny Rengman

Nils-Eric Sahlin

Maria Bodin

Projektledare, Socialstyrelsen

Elin Linnarsson

Projektledare, Socialstyrelsen

Rekommendationsgrupp

Ulrika Beckman

Anja Brorsson

Erika Eriksson

Louise Frisén

Carita Li Smyth

Erik Lifboom

Amanda Lönnstig

Mia Mark

Andrea Peterson

Maria Silverberg Mörse

Anna-Sara Sorsén

Anna Sturkell

Carin Wilhelmsdotter

Lea Wissing-Ek

Övriga medverkande

Natalia Berg

Informationsspecialist, Socialstyrelsen

Johanna Jupiter

HBTQ-samordnare, Socialstyrelsen

Lisa Keskitalo

Informationsspecialist, Socialstyrelsen

Cecilia Mård-Sterne

Informationsspecialist, Socialstyrelsen

Carina Nögling

Jurist, Socialstyrelsen

Emma Stollo

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 personer under 18 år vars pubertet inte har startat
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 en upplevd brist på överensstämmelse mellan könsidentiteten och det kön som individen registrerades (folkbokfördes) med vid födseln. Könsinkongruens har 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; exempelvis 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 som ifrågasätter den könstillhörighet de registrerades i vid födseln och därför permanent eller tidvis överskrider biologiska och/eller sociala könsgränser.
Ungdomar	Avser personer under 18 år vars pubertet har startat
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 med tecken på könsinkongruens eller könsdysfori. Vårdpersonal som ger insatserna bör ha särskild kompetens och kunskap om könsinkongruens och könsdysfori.

Hälso- och sjukvården bör erbjuda information, stöd och rådgivning till anhöriga och närstående till barn och ungdomar med tecken på könsinkongruens eller könsdysfori. Vårdpersonal som ger insatserna bör ha särskild kompetens och kunskap om könsinkongruens och könsdysfori.

Sammanfattning av kunskapsunderlaget

Vetenskapliga studier om åtgärdernas effekt
Socialstyrelsens bedömning är att det vetenskapliga underlaget 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].

Socialstyrelsen utgår från samma kunskapsunderlag som användes i kunskapsstödet från 2015 [30], 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

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 (SOC) från World Professional Association for Transgender Health (WPATH) [15] innehåller konsensusbaserade uttalanden från ett stort antal sakkunniga från hela världen, inklusive patientrepresentanter. 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 könsdysfori¹². 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 vårdnadshavare, andra anhöriga och närstående 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. Vårdnadshavare ska också 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.

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

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.

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

¹² En ny version av Standards of Care från WPATH (v8) är planerad att publiceras under 2021.

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 [30]. 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 (SOC) från World Professional Association for Transgender Health (WPATH) [15] innehåller konsensusbaserade uttalanden från ett stort antal sakkunniga från hela världen, inklusive patientrepresentanter. 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, till exempel i skolor och andra organisationer¹³.

Enligt erfarenheten hos de professionella som medverkat i uppdateringen är den förväntade nyttan av åtgärderna att en fungerande vardag möjliggörs för unga som lever i enlighet med sin könsidentitet, att risken minskar för psykisk ohälsa och att åtgärderna bidrar 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*.

Individanpassad utredning

Hälso- och sjukvården bör individanpassa utredning av könsinkongruens med avseende på innehåll och längd, utifrån barnets eller ungdomens medicinska, psykologiska och sociala omständigheter.

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 utredning av könsinkongruens individanpassas med avseende på innehåll och längd, utifrån barnets eller

¹³ En ny version av Standards of Care från WPATH (v8) är planerad att publiceras under 2021.

ungdomens medicinska, psykologiska och sociala omständigheter. Socialstyrelsen har dock inte genomfört några systematiska litteratursökningar för denna frågeställning.

Socialstyrelsen utgår från samma kunskapsunderlag som användes i kunskapsstödet från 2015 [30]. 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 utredning av könsinkongruens individanpassas med avseende på innehåll och längd, utifrån barnets eller ungdomens medicinska, psykologiska och sociala omständigheter – väger tyngre än eventuella risker.

Rekommendationen grundas på erfarenhetsbaserad kunskap (beprovad erfarenhet) om åtgärdernas 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 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 är att långa utredningstider kan upplevas som psykologiskt påfrestande för den unge. Dessa risker kan minskas genom att stöd erbjuds kontinuerligt och vid samtidig psykisk ohälsa och att teamet beskriver och motiverar utredningens upplägg för varje enskild ung person och för vårdnadshavare.

För information om hur kunskapen hos medverkande inhämtats, se kapitlet *Metodbeskrivning*, avsnittet *Beprovad 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, psykosoci-ala 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. 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 upp- lägg 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. Vårdpersonal som ger insatsen bör ha särskild kompetens och kunskap om könsinkongruens och könsdysfori.

Sammanfattning av kunskapsunderlaget

Vetenskapliga studier om åtgärdernas effekt

Socialstyrelsens bedömning är att det vetenskapliga underlaget 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 [30], 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 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 åtgärderna – psykosocialt stöd för utforskande av könsidentitet – 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 (SOC) från World Professional Association for Transgender Health (WPATH) [15] innehåller konsensusbaserade uttalanden från ett stort antal sakkunniga från hela världen, inklusive patientrepresentanter. 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 könsidentitet¹⁴.

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 könsidentiteten i det egna fallet och vad som kan komma att förändra den. Detta för att få definiera sin könsidentitet på en bredare grund så att den kan bära en hel livstid. Från hälso- och sjukvårdens sida är utforskandet nödvändigt för att erhålla diagnostisk säkerhet och kunna erbjuda lämpliga vårdåtgärder. På längre sikt är syftet 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 unga som inte upplever sig behöva utforskande samtal känner sig ifrågasatta och misstänkliggjorda. Dessa risker hanteras genom att den professionelle tydliggör syftet med åtgärden, att teamet är neutralt i förhållande till utfallet och att åtgärden inte utgör ett ifrågasättande av den unges könsidentitet eller erfarenheter. Den professionelle behöver vidare förhålla sig stöttande och samtidigt neutral, och minimera risken för att egna värderingar eller förväntningar påverkar den unge i någon riktning.¹⁵ För information om

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

¹⁵ Att försöka förändra den unga personens uppfattning om sin könsidentitet med psykoterapi anses idag oetiskt [15] (s 16).

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

Identifiera tecken på autismspektrumtillstånd

Hälso- och sjukvården bör - 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 om så är fallet.

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 föreligger och initiera neuropsykiatrisk utredning när så är fallet. 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

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 [28], 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). Fullständig dokumentation av litteratursökning och urval finns hos Socialstyrelsen. Kartläggningen har identifierat ett konsensusdokument av Strang och medförfattare från 2018 [28]. 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 erfaren-

het”). 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 (”Should be screened”, ”Should be referred, etc). 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 KID-team, 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).
- Om screeningen indikerar AST bör ungdomen utredas av AST-specialist (s 111).
- När AST-specialisten inte finns inom KID-teamet bör teamet och AST-specialisten samarbeta vid bedömningar (s 109).
- En AST-diagnos bör inte exkludera en ungdom från en könsdysfori-diagnos eller från relevanta behandlingar när indikation föreligger (s 109).

Enligt erfarenheten hos de professionella som medverkat i uppdateringen är den förväntade nyttan av åtgärderna att eventuell samtidig AST alltid ska kunna beaktas under utredningen av könsinkongruens hos unga. Teamet behöver tidigt få kunskap från den neuropsykiatriska utredningen. Detta för att förstå hur AST påverkar den enskilde unge och för att kunna anpassa information och stöd för utforskande efter den unges förutsättningar och behov. På längre sikt är syftet 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 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. Dessa risker kan minskas genom att ungdomarna och deras vårdnadshavare informeras om vad samtidig AST och könsinkongruens innebär, och att det är relativt vanligt att de förekommer samtidigt. Riskerna kan också minskas genom att utredningsteamet tydliggör syftet med åtgärderna, och att de inte innebär ett ifrågasättande av den unges erfarenheter eller hur denne identifierar sig.

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

Identifiera tecken på 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 adhd/add föreligger och initiera neuropsykiatrisk utredning om så är fallet.

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 adhd/add föreligger och initiera neuropsykiatrisk utredning när så är fallet. 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

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 och initiera neuropsykiatrisk utredning när så är fallet – väger tyngre än eventuella risker.

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. Fullständig dokumentation av litteratursökning finns hos Socialstyrelsen. Kartläggningen identifierade inga sådana riktlinjer.

Enligt erfarenheten hos de professionella som medverkat i uppdateringen är den förväntade nyttan av åtgärderna att eventuell samtidig adhd/add alltid ska kunna beaktas under utredning av könsinkongruens hos unga. Kunskapen behövs tidigt för att teamet ska få en bred förståelse av den unge, för att den unge själv ska ges möjlighet att tänka kring hur adhd/add kan ha påverkat olika livserfarenheter, och för att information och stöd ska kunna anpassas till individen. På längre sikt är syftet 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 är att åtgärden kan skapa en oro hos den unge om att könsinkongruensen inte tas på allvar och känslor av misstänkliggörande bland unga och deras familjer. Dessa risker kan minskas genom att unga och deras vårdnadshavare informeras om vad samtidig adhd/add och könsinkongruens innebär och att det är vanligt att de förekommer samtidigt. Riskerna kan också minskas genom att utredningsteamet tydliggör syftet med åtgärden, och att den inte innebär ett ifrågasättande av den unges erfarenheter eller hur denne identifierar sig.

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

Identifiera och minska psykisk ohälsa

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 [30]. 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 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 (SOC) från World Professional Association for Transgender Health (WPATH) [15] innehåller konsensusbaserade uttalanden från ett stort antal sakkunniga från hela världen, inklusive patientrepresentanter. 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 ohälsa¹⁶.

Enligt erfarenheten hos de professionella som medverkat i uppdateringen är den förväntade nyttan av åtgärderna att kunna beakta eventuell psykiatrisk problematik under utredningen och att erbjuda adekvat hjälp då den föreligger. 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. Dessa risker kan minskas genom att teamet tydliggör syftet

¹⁶ En ny version av Standards of Care från WPATH (v8) är planerad att publiceras under 2021.

med åtgärderna, och att de inte innebär ett ifrågasättande av den unges erfarenheter eller hur denne identifierar sig.

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 för att minska eventuell psykisk ohälsa.

Sammanfattning av kunskapsunderlaget

Vetenskapliga studier om åtgärdernas effekt
Socialstyrelsens bedömning är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att uttala sig om effekter av psykosocialt stöd för att minska eventuell psykisk ohälsa. 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 [30], 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 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 psykisk ohälsa 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 för att minska eventuell psykisk ohälsa – 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 (SOC) från World Professional Association for Transgender Health (WPATH) [15] innehåller konsensusbaserade uttalanden från ett stort antal sakkunniga från hela världen, inklusive patientrepresentanter. 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 svårigheter¹⁷.

Enligt erfarenheten hos de professionella som medverkat i uppdateringen är den förväntade nyttan med åtgärderna att kunna beakta eventuell psykiatrisk problematik under utredningen och att erbjuda adekvat hjälp då den 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 åtgärden 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 [30]. 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 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.

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

Standards of Care (SOC) från World Professional Association for Transgender Health (WPATH) [15] innehåller konsensusbaserade uttalanden från ett stort antal sakkunniga från hela världen, inklusive patientrepresentanter. Enligt version 7 av SOC (s. 15) bör en bedömning göras som innefattar kamrat- och andra relationer, skolsituation samt styrkor och svagheter i familjens fungerande¹⁸.

Enligt erfarenheten hos de professionella som medverkat i uppdateringen är den förväntade nyttan av åtgärderna att kunna bedöma hur psykosociala faktorer påverkar den unges förutsättningar till utforskande och att tillgodogöra sig könsbekräftande vård, om sådan bedöms indikerad, och att vid behov initiera stödinsatser. På längre sikt är 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 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 upplevas som påfrestande. Dessa risker kan minskas genom att teamet tydliggör syftet med åtgärderna, och genom att psykosocialt stöd erbjuds vid behov.

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.

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 [30]. 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.

¹⁸ En ny version av Standards of Care från WPATH (v8) är planerad att publiceras under 2021.

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 värderade. På längre sikt är syftet med åtgärden 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 [30]. 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 (SOC) från World Professional Association for Transgender Health (WPATH) [15] innehåller konsensusbaserade uttalanden från ett stort antal sakkunniga från hela världen, inklusive patientrepresentanter. 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 ungdomar¹⁹.

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 åtgärden är att den kan skapa oro och känslor av misstänkliggörande bland barn och ungdomar och deras familjer. Dessa risker kan minskas genom att utredningsteamet tydliggör syftet med åtgärden för den unge och för vårdnadshavare.

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. Vårdpersonal som ger insatsen bör ha särskild kompetens och kunskap om könsinkongruens och könsdysfori.

Sammanfattning av kunskapsunderlaget

Vetenskapliga studier om åtgärdernas effekt
Socialstyrelsens bedömning är att det vetenskapliga underlaget 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. Fullständig dokumentation av litteratursökning och urval finns hos Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen utgår från samma kunskapsunderlag som användes i kunskapsstödet från 2015 [30]. 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

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

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

Standards of Care (SOC) från World Professional Association for Transgender Health (WPATH) [15] innehåller konsensusbaserade uttalanden från ett stort antal sakkunniga från hela världen, inklusive patientrepresentanter. 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 situation²⁰.

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. Om åtgärden erbjuds för tidigt eller om den inte erbjuds förutsättningslöst kan den riskera att befästa en könsidentitet som inte är grundad hos individen.

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 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. Fullständig dokumentation av litteratursökning och urval finns hos Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen utgår från samma kunskapsunderlag som användes i kunskapsstödet från 2015 [30]. Information om överväganden som gjorts i avslutning ges i kapitlet *Metodbeskrivning*, avsnittet *Vetenskapliga underlag*).

²⁰ En ny version av Standards of Care från WPATH (v8) är planerad att publiceras under 2021.

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, kan riskera att befästa en könsidentitet som inte är grundad hos individen. Denna risk kan minskas genom att åtgärden 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

Projektgrupp

Sakkunniga i projektgruppen har bistått projektledningen med sakkunskap genom hela projektet. Detta genom att värdera befintliga rekommendationer, ta ställning till förslag på revideringar och nya rekommendationer. Projektgruppen 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*.

Rekommendationsgrupp

Sakkunniga i rekommendationsgruppen har enskilt besvarat en enkät där de tagit ställning till rekommendationerna som föreslagits av projektgruppen, 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. En andra enkät besvarades av tio av de sakkunniga.

Rekommendationsgruppen har bestått av totalt fjorton kliniskt verksamma sakkunniga med erfarenhet av utredning av unga med könsinkongruens/könsdysfori, varav tio hade mer än två års erfarenhet. Hälften av de sakkunniga

(sju personer) hade också mer än två års erfarenhet av NPF-utredning. 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*.

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 11 av de totalt 15 frågeställningar (rekommendationer) om stöd och utredning som ingår i uppdateringen. Det gäller:

- Information, stöd och rådgivning till vårdnadshavare
- Information, stöd och rådgivning till anhöriga och närstående
- Bistå den unge i kontakter med samhällsfunktioner
- Individanpassad utredning
- Utredningsmetoder och informanter
- Psykosocialt stöd för utforskande
- Identifiera och minska psykisk ohälsa
- 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]. 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 psykisk ohälsa. 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 frågeställningarnas karaktär (okontroversiella, självklara och/eller samtidigt nödvändiga för trygghet med utredningens resultat) och forskningsområdets förutsättningar har Socialstyrelsen bedömt sannolikheten som liten, att det existerar prospektiva, jämförande studier som undersöker

åtgärdernas nytta/risk som sammantaget räcker till slutsatser med lägst låg (++) tillförlitlighet enligt GRADE²¹.

Litteratursökningar och urval av publikationer för de övriga fyra frågeställningarna – identifiera tecken på autismspektrumtillstånd respektive adhd, rådgivning och stöd i frågor om social transition respektive hjälpmedel – har genomförts av projektledningen vid Socialstyrelsen med vissa begränsningar. Gallring och urval av abstracts och fulltexter har gjorts av endast en person.

Beprövad erfarenhet

Efter 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

- internationella konsensusbaserade riktlinjer
- arbetsmöten med projektgruppens sakkunniga
- enkät till rekommendationsgruppens sakkunniga och efterföljande möten i rekommendationsgruppen.

Detta utgör ett avsteg från det ordinarie förfarandet i arbetsprocessen, att inhämta beprövad erfarenhet från en konsensuspanel, som är fristående från rekommendationsgruppen. Eftersom det finns få professionella med erfarenhet av arbete med den aktuella patientgruppen har vi bedömt att det inte varit möjligt att hitta ytterligare yrkesverksamma personer till en separat konsensuspanel.

Även internationella konsensusuttalanden publicerade i vetenskapliga tidskrifter har beaktats och betraktats som en form av dokumenterad, beprövad erfarenhet.

Övriga metodöverväganden

Enligt det ordinarie förfarandet i arbetsprocessen kan, förutom förväntad nytta och risker med en åtgärd, även andra aspekter behöva beaktas i rekommendationsarbetet. Exempelvis kan, beroende på situation, patientpreferenser, kostnadseffektivitet eller påverkan på patientens självbestämmande och delaktighet vara relevanta att beakta. För flertalet frågeställningar/ rekommendationer i detta arbete har Socialstyrelsen bedömt att patientsäkerhetsaspekten (indirekt svårighetsgraden/ behovet av åtgärden) är ett överordnat skäl till starka rekommendationer och rekommendationsgruppen har därför inte behövt beakta övriga aspekter. Alternativt har åtgärder betraktats som okontroversiella och självklara, och andra aspekter har av det skälet inte diskuterats där heller.

²¹ GRADE (Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation), används för att bedöma hur tillförlitligt det sammanvägda resultatet är.