

Frågor och svar om vård för unga med könsdysfori

Vad är kön?

Det vi kallar för "kön" kan förstås utifrån flera olika aspekter.

Könsidentitet är det kön man känner sig som. Helt enkelt det kön man känner att man har. Det behöver inte överensstämma med hur ens kropp ser ut. Alla människor har själva rätt att bestämma vilken könsidentitet de har.

Könsuttryck är hur man uttrycker sig i fråga om kön. Det gör man till exempel genom kläder, kroppsspråk, frisyr, om och hur man sminkar sig, och röst. Könsuttryck är en del av socialt kön, som även omfattar exempelvis fritidsintressen, vilken roll man tar i grupper och olika förväntningar utifrån kön. Socialt kön kan även handla om hur andra uppfattar en.

Kropp handlar om inre och yttre könsorgan, könskromosomer och hormonnivåer, alltså utifrån om man har äggstockar, testiklar, snippa, snopp, högst nivåer av östrogen eller testosteron, XX- eller XY-kromosomer. Det handlar även om skäggväxt och annan kroppsbe håring samt hur ens bröstorg ser ut. Rent kroppsligt finns det inte bara två kön, utan en mängd variationer.

Juridiskt kön är det kön som står registrerat i folkbokföringen. Det står i passet och ibland på ens legitimation. Ens juridiska kön framgår också av personnumrets näst sista siffra. I Sverige finns det två juridiska kön: kvinna och man. Det finns andra länder som har fler juridiska kön, till exempel Tyskland, Australien och Sydafrika. I Sverige tilldelas juridiskt kön vid födseln genom att vårdpersonal bedömer könstillhörighet utifrån yttre könsorgan.

Vad är könsdysfori?

Socialstyrelsen definierar könsdysfori som ett psykiskt lidande eller en försämrad förmåga att fungera i vardagen som orsakas av att könsidentiteten inte stämmer överens med det kön som tilldelades juridiskt vid födseln. Den som upplever könsdysfori kan få [könsbekräftande behandling](#).

Att det är möjligt att diagnostisera innebär inte att könsdysfori är en sjukdom, utan diagnosen beskriver ett behov av kontakt med hälso- och sjukvården och av viss medicinsk hjälp. [Här kan du läsa mer om könsdysfori som diagnos](#).

Många transpersoner har könsdysfori. Det finns också många transpersoner som inte har det. Könsdysfori är inte ett krav för att vara trans, utan är ett tillstånd som ofta samvarierar med en könsidentitet som inte stämmer överens med det kön man tilldelades när man föddes.

Hur utvecklas människors könsidentitet?

Könsidentiteten formas ofta mycket tidigt. Redan vid några års ålder kan många barn avgöra att de har, eller inte har, det kön som omgivningen förväntar sig. Många lever i enlighet med det kön som förväntas av en, och kan uppleva en vag – men ibland stark – känsla av att något är "fel", skaver eller gör ont men saknar ord för att beskriva detta. En hel del personer inser att man är trans i samband med puberteten, då pubertetsförändringar och starkare könsnormer kan göra att det blir mer uppenbart att det tilldelade könet inte stämmer. En del inser det i ung vuxen ålder, en del i vuxen ålder, en del sent i livet.

För en del personer kommer insikten om att man är transperson i mötet med andra transpersoner: man får plötsligt ord på något man redan känner men saknat möjlighet att förklara för sig själv och för andra. För den stora majoriteten människor är könsidentitet fast förankrat i personen när en person väl har hittat rätt. För en liten del transpersoner är könsidentiteten föränderlig, exempelvis kan en identifiera sig som gender fluid, och alltså ha en föränderlig eller flytande könsidentitet.

Hur sätts diagnosen könsdysfori?

Möjligheten till könsbekräftande vård ser mycket olika ut i olika länder. I Sverige är könsutredning och könsbekräftande behandling en del av den statligt finansierade vården. För att säkerställa att personer får rätt vård gör man noggranna utredningar, särskilt för den som är under 18 år. Det är viktigt att förstå att vården ser annorlunda ut i exempelvis USA och att det därför inte går att applicera kritik eller forskning från USA rakt av på Sverige.

I Sverige görs så kallade könsutredningar av särskilda team inom specialistpsykiatri vid flera universitetssjukhus runt om i Sverige. Köerna till utredningsteamerna är ofta fleråriga, särskilt för personer under 18 år. Utredningen för personer under 18 år tar flera år att göra, för vuxna är utredningen ofta något kortare. Utredningen syftar till att undersöka om en person upplever könsdysfori och om könsbekräftande vård är rätt åtgärd för personen ifråga. Precis som vid andra utredningar tittar teamen på om det finns psykisk ohälsa eller andra hälsobekymmer som kan innebära att annan behandling behövs istället eller först.

Teamerna som gör denna typ av utredning består av personer som, förutom sin yrkeskunskap, har spetskompetens kring könsdysfori. Utredningsteam består vanligen av psykiatriker (läkare specialiserad inom psykiatri), psykolog och kurator (socionom) och har också andra specialister knutna till sig, som endokrinolog (hormonläkare), kirurg och logoped (röst- och kommunikationsspecialist).

Könsutredning baseras liksom andra utredningar inom psykiatri på samtal och standardiserade tester (vanligen i form av formulär som vårdtagaren besvarar). En viktig del är den psykosociala utredningen, där vårdtagaren och kuratorn kartlägger vårdtagarens sociala nätverk och vilka viktiga personer hen har omkring sig. Särskilt i könsutredningar av barn vill man i möjligaste mån involvera barnets närmaste i vården. Alla som får diagnosen könsdysfori vill inte ha könsbekräftande behandling, men många behöver viss typ av könsbekräftande behandling för att lindra könsdysforin.

[Här kan du läsa om hur en könsutredning går till mer i detalj.](#)

Vilken typ av könsbekräftande behandling kan ges till barn och unga?

Evidensbaserad vård

Vården som ges till vuxna och unga med könsdysfori följer nationella och internationella rekommendationer. [Socialstyrelsen har utfärdat kunskapsstöd kring hur utredning och behandling vid könsdysfori hos barn ska gå till.](#)

Förutom detta finns protokoll även från världsorganisationen för professionella inom könsbekräftande vård (WPATH) som anger hur vården ska bedrivas, dessa kallas [Standards of Care](#). Vård som ges inom svensk sjukvård ska utföras enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen. I Nederländerna har mycket forskning kring behandling av unga med könsdysfori bedrivits de senaste åren, och resulterat i "The Dutch Protocol", som anger att unga med könsdysfori bör remitteras till ett könsutredningsteam och få tillgång till såväl psykologiska utredningar och behandlingar som somatiska behandlingar för de som är i behov av det.

Före puberteten

Om barnet inte kommit i puberteten avvaktar man med utredning och medicinsk behandling. Föräldrar och barn kan få enstaka samtal och information om vilken vård som kan erbjudas längre fram, om det blir aktuellt. Den huvudsakliga insatsen består i stöd och hjälp för föräldrar att kunna stötta sitt barn att utvecklas åt ett håll som är rätt för barnet. För många barn blir medicinsk behandling aldrig aktuell, då barnet senare visar sig identifiera sig med det kön som tilldelades vid födseln.

Under puberteten

För barn och unga krävs en flerårig utredning hos ett specialiserat team inom barn- och ungdomspsykiatri. Om ungdomen uttrycker könsdysfori då ett visst stadium i puberteten har uppnåtts kan läkare ställa en preliminär könsdysforidiagnos. Då kan ungdomen få stopphormoner (hormonblockerare) som tillfälligt bromsar puberteten, under utredningens gång. De stopphormoner som används är samma som ges till barn som kommer i puberteten tidigt och där man vill skjuta upp den några år. De har få biverkningar. Stopp-hormonerna ges som ett diagnostiskt verktyg för att undersöka hur personens hälsa utvecklas i och med insättningen av dem.

Effekten av stopphormoner är reversibel och den kroppsegna puberteten sätter igång igen om medicineringen avslutas. Läkemedlen är säkra och har få biverkningar. Stopp-hormoner ges under en begränsad tid. Teamen arbetar enligt evidensbaserade internationella och nationella rekommendationer. Om en person har andra diagnoser tar utredningen hänsyn till det. Om könsdysfori fastställs kan läkare senare sätta in så kallat könskonträr hormonbehandling med androgenhämmare, testosteron eller östrogen. Behandling med permanenta effekter, som könskonträr hormonbehandling eller mastektomi, erbjuds som regel inte innan en observationstid på minst ett år och tidigast vid 16 års ålder.

18-årsgräns för underlivskirurgi

Många transpersoner behöver inte underlivskirurgi och vill heller inte ha det. För könsbekräftande underlivskirurgi och kirurgi som leder till varaktig sterilitet gäller enligt dagens lagstiftning ett absolut 18-årskrav. I dagsläget kan personer under 18 år inte få tillgång till ingrepp i könsorganen för att minska könsdysfori. I ett förslag till ny lag om könsbekräftande underlivskirurgi föreslås att personer som fyllt 15 men inte 18 år i enstaka, mycket sällsynta, fall ska kunna få sådan kirurgi. Det rör sig om fall där könsdysforin är livshotande och ska, enligt förslaget, godkännas av Socialstyrelsens rättsliga råd. [Läs mer vad RFSL tycker om lagförslaget här.](#)

Varför söker sig fler till könsbekräftande vård?

Antalet som söker vård

Det exakta antalet remisser som kommer in till varje könsutredningsteam är svårt att överblicka, då varje enhet för statistik var för sig. Antalet remisser avspeglar heller inte nödvändigtvis antalet personer som får könsbekräftande vård, då alla som har en remiss i slutändan kanske inte behöver vård eller ens dyker upp vid första besöket. Det som däremot finns är statistik över inkomna ärenden hos Socialstyrelsens Rättsliga Råd och statistik över antalet fastställda diagnoser.

Sedan några år tillbaka är det möjligt att skriva sin egen remiss till vissa av utredningsteamerna och fler professioner än tidigare har möjlighet att skriva remiss. Tidigare har det varit mycket svårt att få remiss till konstutredningsteam, så en förenklad procedur kan delvis förklara det ökande antalet remisser till teamen.

Ansökningar om att ändra juridiskt kön

Antalet ärenden hos Socialstyrelsens Rättsliga Råd har ökat de senaste 15 åren. 2018 hade Rättsliga Rådet 446 inkomna ansökningar och tog 441 beslut. Av dessa fick 11 personer avslag på sin ansökan om nytt juridiskt kön. Detta innebär att 0,55 personer per 10 000 vuxna invånare¹ ansökte om att ändra sitt juridiska kön 2018.

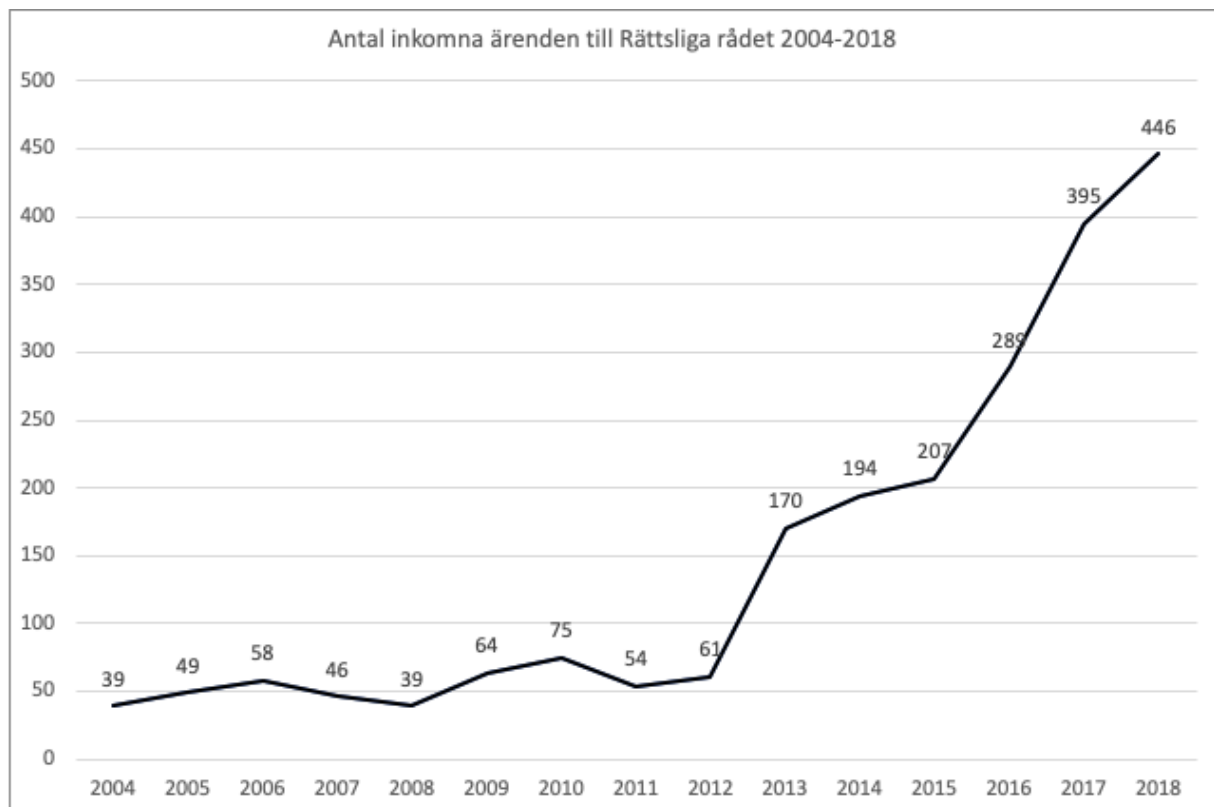


Bild 1. Antal inkomna ärenden hos Socialstyrelsens Rättsliga Råd per år. Källa: Rättsliga Rådet.

Könsuppdeleningen mellan de som söker är relativt jämn. 56 % av de som ansökte år 2018 ansökte om att få ändra sitt juridiska kön till man.

¹ Du måste vara över 18 år för att få ansöka om fastställelse i ny könstillhörighet.

Sverige har fortfarande en lagstiftning som kräver att du ska utredas, få diagnos och genomgå behandling för att kunna ansöka om nytt juridiskt kön. RFSL vill att det ska vara en separat process, där du själv bestämmer vilket juridiskt kön du har och ändrar det hos Skatteverket.

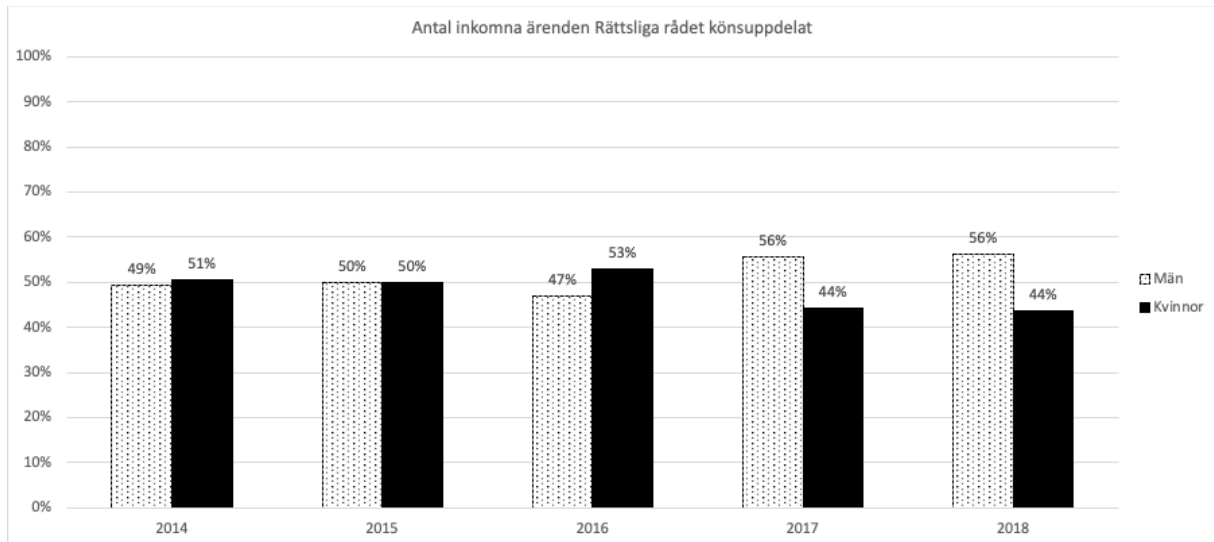


Bild 2. Antal inkomna ärenden, uppdelat på kön, hos Socialstyrelsens Rättsliga Råd över tid. Män avser personer som ansöker om nytt juridiskt kön som man. Kvinnor avser personer som ansöker om nytt juridiskt kön som kvinna. Källa: Rättsliga Rådet.

Fastställda diagnoser om könsdysfori

Antalet diagnoser om könsdysfori, både bland vuxna och personer under 18 år har ökat de senaste åren. År 2017 fick 957 personer över 18 år diagnosen och 267 personer under 18 år. Det innebär att 1,25 personer under 18 år per 10 000 barn fick diagnosen och att 1,20 vuxna per 10 000 vuxna invånare fick diagnosen 2017.

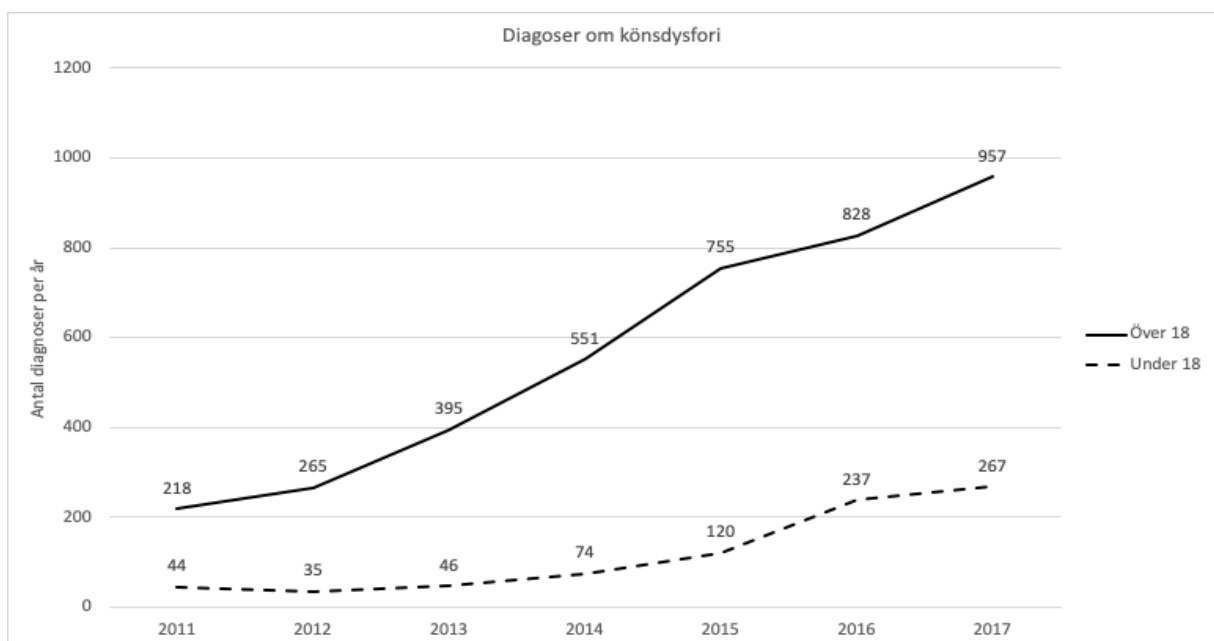


Bild 3. Antal diagnoser per år om könsdysfori 2011-2017.² Källa: Socialstyrelsen.

² Data före 2011 är inte möjlig att dela upp i barn och vuxna på grund av för få barn varje år.

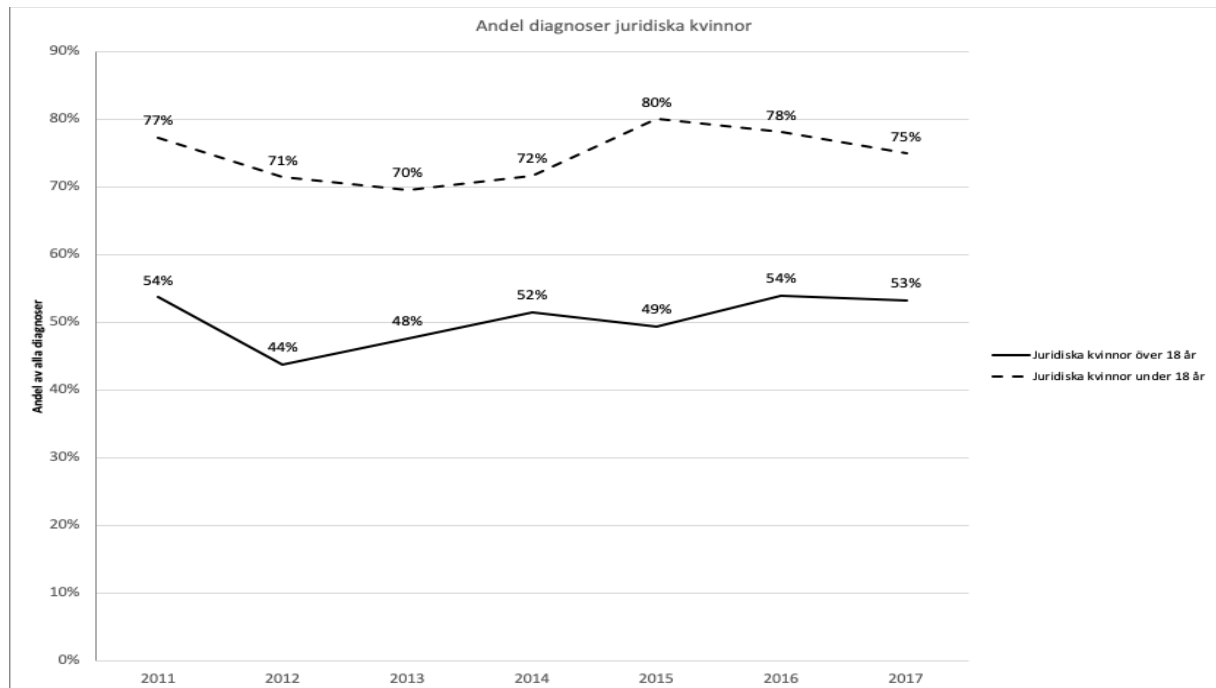


Bild 4. Andelen diagnoser bland juridiska kvinnor för personer under 18 år och över 18 år 2011-2017. Källa: Socialstyrelsen¹

Statistiken visar att bland personer som är över 18 år när de får sin diagnos är ungefär 50 % juridiska kvinnor, dvs identifierar sig förmodligen som män, transmän eller ickebinära. För personer under 18 år är samma siffra cirka 75 %. Ration juridiska män: juridiska kvinnor har legat relativt stilla sedan 2011 (innan dess är det för få individer för att kunna göra sådan uppdelning med avseende på ålder).

Mer forskning behövs

Idag ser man en ökning av antalet personer som söker könsbekräftande vård i alla delar av världen där det finns sådan vård. Den ökade tillgången till vård, förbättrad tillgång till information om könsbekräftande vård och att samhället blivit alltmer öppet för olika identiteter och sätt att vara människa på är aspekter som det spekuleras om kan förklara denna ökning.

Att fler söker vård för könsdysfori nu än tidigare behöver inte automatiskt betyda att det har skett en ökning av det faktiska antalet personer som lider av könsdysfori, om det är så eller inte behöver beforskas mer. Forskning pågår för att undersöka varför fler söker sig till könsbekräftande vård, i nuläget finns inga säkra förklaringar. Mer forskning behövs också kring varför vissa grupper uppvisar mer könsdysfori än andra och uppsöker vård i högre grad.

Vården har förändrats

Sverige har erbjudit vård vid könsdysfori sedan 1960-talet. Ända in på 2010-talet var dock tillgången till och kännedomen om vården mycket begränsad. År 2010 publicerade Socialstyrelsen en rapport om vård vid könsdysfori. Rapporten slog fast att många personer som hade vårdbehov blev utan vård eftersom könsutredning inte alltid utgick från det individuella vårdbehovet. För att kunna få könsbekräftande behandling var man tvungen att leva upp till en viss bild av vad det innebar att vara transperson, och man förväntades vilja ha alla typer av behandling som erbjöds. Öppet ickebinära personer började erbjudas könsbekräftande vård först 2010 och då enbart i mycket liten utsträckning.

År 2015 publicerade Socialstyrelsen kunskapsstöd kring vård vid könsdysfori som satte nya normer kring vilka som kunde få vård och vilken typ av vård som bör erbjudas. Numera är det alltmer känt att man kan

få könsbekräftande vård som öppet ickebinär, även om det fortfarande sällan ges till ickebinära under 18 år. Det är också enklare att få information om att man kan få utredning och behandling före 18 års ålder. Fler och fler könsutredningsteam tar emot remisser för personer under 18 år. Sedan några år tillbaka är det möjligt att skriva sin egen remiss till vissa av utredningsteamerna och fler professioner än tidigare har möjlighet att skriva remiss. Tidigare har det varit mycket svårt att få remiss till könsutredningsteam, så en förenklad procedur kan delvis förklara det ökande antalet remisser till teamen.

Lagen har förändrats

Möjligheten att ändra juridiskt kön var fram till 2013 ännu mer begränsad än vad den är idag. Fram till 2010 var man tvungen att vara ogift för att få ändra juridiskt kön. Fram till 2013 fick man bara ändra juridiskt kön om man var svensk medborgare. Det fanns ett krav på att man skulle vara steril för att få ändra juridiskt kön och man förbjöds spara ägg eller spermier.

De här kraven och begränsningarna ledde till att många inte sökte könsbekräftande vård, eller inte fick vård trots att man sökte. När [tvångssteriliseringarna](#) avskaffades skedde nästan en tredubbling av antalet ansökningar till Socialstyrelsens rättsliga råd om att ändra juridiskt kön (från 61 ansökningar år 2012 till 170 ansökningar 2013). Många personer som befann sig inom den könsbekräftande vården hade förmodligen avvaktat med att ansöka om ändring av juridiskt kön i väntan på att steriliseringskravet skulle tas bort.

Hur mår personer som fått könsbekräftande behandling?

Vården minskar lidandet av dysfori

Forskning visar att de allra flesta som genomgått könsbekräftande behandling upplever större könskongruens, alltså att kroppen och könsidentiteten stämmer bättre överens. Det psykiska lidandet och de vardagliga svårigheterna som könsdysforin orsakat minskar när dysforin minskar.

För personer som befinner sig i puberteten kan vårdbehovet öka i takt med pubertetsförändringar, något som i många fall kan undvikas om personen får rätt vård i rätt tid. [Läs mer om detta i Läkartidningen.](#)

Psykisk ohälsa

Den minoritetsstress som personer som bryter mot normer kring kön och sexualitet upplever påverkar transpersoner. Minoritetsstress är enligt många forskare den enskilt viktigaste förklaringen till varför den psykiska ohälsan hos transpersoner är större än hos befolkningen i övrigt.

Forskning visar att även många personer som genomgått könsbekräftande behandling mår psykiskt dåligt och att det finns en förhöjd risk för självmord jämfört med befolkningen som helhet. Detta har mest troligt att göra med att många har svåra upplevelser bakom sig och att könsdysfori ofta förekommer tillsammans med psykisk ohälsa på grund av minoritetsstress.

Lidandet av könsdysfori minskar i de flesta fall med könsbekräftande behandling, men om man samtidigt har en depression, en ångestproblematik eller en ätstörning behöver den oftast behandlas separat. Stöd och behandling för personer som lider av olika typer av psykisk ohälsa under och efter sin könsutredning behöver öka. Många vittnar också om att de långa väntetiderna till könsutredning och könsbekräftande behandling är mycket psykiskt påfrestande.

Vad händer om man ångrar sig?

Hur vanligt är det att ångra sig?

Det är ovanligt att personer som genomgått könsbekräftande behandling ångrar sig. Könsutredningar i Sverige är noggranna, bland annat för att så långt det är möjligt utesluta risk för ånger. En viktig del av utredningen är att utesluta att personen har något tillstånd som orsakar könsdysforilikhande symptom, som inte ska behandlas med könsbekräftande behandling. Utredningen innehåller en psykosocial utredning och arbete med realistiska förväntningar på resultat av behandling. Den svenska forskning som finns visar att andelen som ångrar sin ändring av juridiskt kön är mycket liten (0,2 procent mellan 2000 och 2010) och har minskat över tid. Men mer forskning behövs kring detta, framför allt i relation till att så många fler söker sig till vården än tidigare.

När könsbekräftande behandling inte är rätt

Könsutredningen är till för att avgöra om en person upplever könsdysfori och om könsbekräftande vård är den åtgärd som är mest lämplig. Det innebär att en del personer, under utredningens gång, kommer fram till att könsbekräftande vård inte är rätt för en själv. Detta är dock inte samma sak som att ångra sig, utan snarare ett resultat av utredningen som är precis lika viktigt som att komma fram till att man har behov av könsbekräftande vård.

Att avbryta behandling med stopphormoner

Den som vill avbryta behandling som hen har påbörjat har självklart möjlighet till det, och har möjlighet att få hjälp av vården med detta. Om man fått stopphormoner och inte vill börja ta så kallat könskonträra hormoner (testosteron eller östrogen) kan man avsluta behandlingen med stopphormoner. Kroppens egna pubertetsförändringar kommer därefter igång av sig själva.

Att ångra permanenta effekter

I de få fall där en person har fått könsbekräftande behandling som har permanenta effekter (till exempel könskonträr hormonbehandling eller kirurgi) och ångrar behandlingen får man hjälp av utredningsteam att förändra kroppen på nytt på de sätt som är möjliga. Vid behov av psykologiskt stöd kan teamet hjälpa till med det i viss utsträckning.

Att en person ångrar en fysisk transition kan innebära ett psykiskt lidande, i likhet med att annan feldiagnostisering och felbehandling kan orsaka lidande. Oavsett hur få personer som ångrar könsbekräftande behandling ska vårdens ambition givetvis vara att i möjligaste mån utesluta risken för feldiagnostisering och felbehandling, utan att förlänga lidande genom att fördröja insatser för de personer som är i behov av könsbekräftande behandling.

Mer forskning kring personer som kommer fram till att utförd könsbekräftande behandling inte var rätt för en själv behövs för att undersöka orsaker till att det har blivit fel samt hur detta kan undvikas i framtiden. Personer som har ångrat sin könsbekräftande vård får gärna kontakta RFSL för stöd eller för att dela med sig av just sin berättelse, bland annat har vi en [stödmejl för personer med transerfarenhet](#).

Vad är Rapid-onset gender dysphoria-teorin?

Rapid-onset gender dysphoria (ROGD) är en teori som formulerats av forskaren Lisa Littman utifrån en enkät till 256 föräldrar i framför allt USA och Storbritannien. Teorin beskriver könsdysfori som en ”smitta” som ”bryter ut” i grupper av vänner i tonåren eller ung vuxen ålder, och som också sprids via internet. Littmans resultat publicerades i en artikel i PLOS ONE i augusti 2018. Den 19 mars 2019 fick Littman publicera ett [förtydligande och förändrade slutsatser](#) av sin forskning i PLOS ONE på grund av den kritik från forskarvärlden som hennes forskning mött.

Littmans studie har fått skarp kritik. Bland annat för att de föräldrar som besvarade enkäten rekryterades mestadels via forum för föräldrar som är skeptiska eller negativt inställda till sina barns könsidentitet och könsdysfori. Det är alltså inte ett representativt urval av föräldrar till ungdomar med könsdysfori. Littman ställde heller inte frågor till ungdomarna själva, utan enbart till föräldrarna. 76 % av de svarande föräldrarna anser att deras barn inte är transperson, 2,4 % svarar att de tror på sitt barn. Detta visar att det finns en stark snedfördelning i svaren och att de främst nått föräldrar som har en negativ inställning till sitt barns könsidentitet.

Gemensamt för föräldrarna i Littmans studie tycks vara att de inte anat att den unga personen haft könsdysfori eller identifierat sig som något annat än sitt tilldelade kön innan personen kom ut för sin förälder/sina föräldrar. Det som i forskarnas ögon är “Rapid Onset” är alltså att föräldrarna relativt plötsligt *får reda på* sitt barns könsidentitet eller könsdysfori, snarare än att könsidentiteten eller könsdysforin har *utvecklats* plötsligt.

Det är mycket vanligt att könsdysfori uppträder eller ökar i samband med puberteten. Det är inget nytt. Könsdysfori som uppträder eller förstärks i samband med puberteten eller senare har länge varit känd inom forskning och medicinsk praktik.

RFSL och RFSL Ungdom är kritiska till Littmans studie och begreppet ROGD. Vår åsikt är att barns, liksom vuxnas, könsidentitet och reflekterande kring kön alltid ska respekteras och bemötas på ett sätt som skapar trygghet för individen. Att avgöra om könsdysforin kan anses vara varaktig eller inte och vilken behandling som då kan vara lämplig för barnet är en uppgift som ska överlåtas till de specialiserade multidisciplinära team som arbetar just med utredning och behandling av barn med könsdysfori. Hur omgivningen behandlar personen och hur hen bemöts i den icke transspecifika vården bör utgå från och präglas av acceptans och respekt för individens rätt att definiera sig själv.

WPATH, världshälsoorganisationen för personer som arbetar professionellt med könsbekräftande vård, gjorde i september 2018 ett uttalande om ROGD. WPATH belyser behovet av ytterligare forskning om könsidentitet och kritiserar begreppet ROGD. De skriver bland annat (i vår översättning):
... [det är] både för tidigt och olämpligt att använda sig av till synes vetenskapliga beteckningar som gör att kliniker, medlemmar av communityt och forskare drar absoluta slutsatser om utvecklingen av könsidentitet hos ungdomar och om de faktorer som möjligen påverkar vid vilken tidpunkt en ung person tillkännager att hen är av ett annat kön än det hen blivit tilldelad vid födseln.

Hur ser RFSL och RFSL Ungdom att den könsbekräftande vården kan förbättras?

RFSL och RFSL Ungdom ser att den könsbekräftande vården kan bli bättre på ett flertal områden. Det handlar bland annat om enklare remissförfaranden, kortare kötider, och en likvärdig vård i hela landet. Det behövs mer resurser till könsutredningsteam och enheter som arbetar med könsbekräftande behandling, till exempel kirurgiska avdelningar och hårborttagning.

Forskning och uppföljning

Systematiska uppföljningar bör göras av personer som genomgått könsutredning och könsbekräftande behandling, för att kartlägga utvecklingsområden i vården och kunna erbjuda stöd efter avslutad könsutredning och eventuell könsbekräftande behandling. RFSL välkomnar det könsdysforiregister som införts, där syftet med registret är att följa upp den vård som ges till personer som genomgår utredning för könsdysfori och får könsbekräftande behandling.

Det behövs ytterligare forskning om könsbekräftande vård, bland annat kring de som väljer att avbryta könsutredning eller ångrar en könsbekräftande behandling och anledningar till det. Det behöver undersökas om det finns andra skäl till att avbryta utredning/behandling än att personen ifråga landar i att hen inte önskar könsbekräftande vård (exempelvis hot eller trakasserier från familjemedlemmar, oro för social utsatthet eller liknande). Utredningsteamerna behöver också ges nödvändiga resurser och ett uppdrag att följa upp detta.

Unga ickebinära

Vi ser att särskilt den könsbekräftande vården för barn och ungdomar med könsdysfori, och i synnerhet vården för ickebinära ungdomar, behöver förbättras. Idag kan ickebinära under 18 år nekas såväl könsutredning som könsbekräftande behandling. Flera mottagningar erbjuder inte ens stödsamtal till unga som är ickebinära, utan personer måste vänta till dess de fyller 18 år innan de kan få stöd och utredning. Vi anser att alla som upplever könsdysfori har rätt till vård. Könsdysfori tar sig liknande uttryck för alla som upplever den, oavsett transidentitet. Fokus för vården bör vara att minska könsdysfori, oavsett den enskildes transidentitet.

Förbättrat stöd

RFSL och RFSL Ungdom anser vidare att stöd både till vårdtagaren och till hans närstående bör förstärkas genom att utredningsteamerna får mer resurser. Alla vårdtagare ska få tillgång till ålders- och behovsanpassad information. Personer under 18 år ska, vilket också är Socialstyrelsens rekommendation för god vård för barn med könsdysfori, ha tillgång till en fast vårdkontakt under könsutredning och könsbekräftande behandling för att säkerställa att barnets perspektiv respekteras och rättigheter i vården tillgodoses.

Ökad kunskap om könsidentitet och trans

Vi anser också att alla barn och ungdomar har rätt till korrekt och relevant information om könsidentitet och trans. Det borde vara självklart att de vuxna som barn möter i sin vardag – i förskolan och i grundskolan, på gymnasiet, på ungdomsmottagning, BUP och i andra verksamheter – tillgodoser detta behov. Att få kunskap om könsdysfori och könsidentitet måste vara obligatoriskt i vårdutbildningar. Att bli rätt bemött och speglad i sin identitet i mötet med vårdgivare, skola och andra samhällsinstanser är centralt för transpersoners hälsa.

RFSL och RFSL Ungdoms åsikter om 18-årsgräns för underlivskirurgi

RFSL och RFSL Ungdom välkomnar förslaget att avskaffa den nuvarande könstillhörighetslagen och inrätta två separata lagar för ändring av juridiskt kön och könsbekräftande underlivskirurgi. Båda dessa åtgärder är av stor vikt för unga transpersoners hälsa. [Läs våra remissvar här.](#)

Viktigt att komma ihåg är att väldigt få transpersoner under 18 år har behov av ingrepp i könsorganen och för många blir detta aldrig aktuellt ens senare i livet.

Förslaget till ny lag om könsbekräftande underlivskirurgi anger att personer som fyllt 15 men inte 18 år i undantagsfall ska kunna få sådan kirurgi. Det rör sig om enstaka fall där könsdysfori är livshotande och ska, enligt förslaget, godkännas av Socialstyrelsens rättsliga råd. RFSL:s utgångspunkt är att de unga transpersoner som behöver vård ska få det och att lagstiftning inte ska stå i vägen för i vissa fall livsnödvändig vård. Utredningsteamens uppgift är att utreda vem som lider av könsdysfori, och för vilka personer som olika former av könsbekräftande vård är det rätta sättet att behandla det lidandet på. Det är alltid upp till vårdgivaren att följa Hälso- och sjukvårdslagen, det vill säga att ge vård som bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet. RFSL anser att läkare med specialistkompetens inom transvård, i dialog med personen själv, ska besluta om vilken vård personen behöver.

Läkare har, i samråd med patienten, möjlighet i de allra flesta fall att besluta om vilken vård en patient behöver och sedan inleda behandling. Det är rimligt att även vården för unga transpersoner fungerar på samma sätt utan att lagstiftning begränsar möjligheten till nödvändig vård. Vissa läkare har i sina remissvar om det nya lagförslaget varit skeptiska till att ta bort förbudet för ingrepp i könsorganen för personer under 18 år, av oro att för tidiga ingrepp ska göras. Läkare tar dock, i samråd med patienter och anhöriga, livsavgörande beslut varje dag och vi anser inte att det behövs särskild lagstiftning som hindrar läkare från att göra dessa avvägningar. Vi är övertygade om att läkare kommer att vara mycket mycket restriktiva med att göra irreversibla ingrepp i könsorganen på minderåriga, om de inte är övertygade om att beslutet är fast förankrat hos personen själv och att ångerrisken är minimal. Barnets bästa ska alltid vara avgörande.

RFSL och RFSL Ungdom vill att en ny lagstiftning ska ge tillgång till könsbekräftande vård för alla transpersoner som behöver det. För den stora majoriteten människor är könsidentitet inte flytande utan fast förankrat i personen. Vi anser dock att om någon enstaka person som är gender fluid, och alltså har en föränderlig eller flytande könsidentitet, och har dysfori som gör att läkare och patient anser att ingrepp i könsorganen är rätt väg att behandla detta och att risken för ånger är liten, så bör lagen inte vara formulerad så att den står i vägen för tillgången till sådan vård.

Vem kan jag prata med om jag har fler frågor?

Du kan läsa mer på [Transformering.se](https://transformering.se) och mejla till trans@rfslungdom.se – där finns information för dig som är transperson eller osäker på din könsidentitet, oavsett din ålder. Hemsidan och mejlen vänder sig även till dig som är närstående eller möter transpersoner i din yrkesroll.

Press: Om du har frågor om RFSL och RFSL Ungdoms politik eller påverkansarbete, kontakta press@rfsl.se eller info@rfslungdom.se

Källor och tips på vidare läsning

God vård av barn och ungdomar med könsdysfori. Nationellt kunskapsstöd (Socialstyrelsen 2015)

God vård av vuxna med könsdysfori. Nationellt kunskapsstöd (Socialstyrelsen 2015)

Metodbeskrivning och kunskapsunderlag för respektive kunskapsstöd finns tillgängligt på Socialstyrelsens hemsida: socialstyrelsen.se/konsdysfori

Till dig som möter personer med könsdysfori i ditt arbete (Socialstyrelsen 2015)

Transsexuella och övriga personer med könsidentitetsstörningar. Rättsliga villkor för fastställelse av könstillhörighet samt vård och stöd (Socialstyrelsen 2010)

”Barn under 18 år som söker hälso- och sjukvård” (Socialstyrelsen 2010)

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18100/2010-8-3.pdf>

Utvecklingen av diagnosen könsdysfori i Sverige (Socialstyrelsen 2017)

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20656/2017-7-2.pdf>

”Könsdysfori ökar – särskilt bland unga” (Socialstyrelsen 2017)

<http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2017/konsdysforiokarsarskiltblandunga>

”In society I don't exist, so it's impossible to be who I am.’ Trans people’s health and experiences of healthcare in Sweden” (RFSL 2017)

”Chosen name use is linked to reduced depressive symptoms, suicidal ideation, and suicidal behavior among transgender youth” (Russell m.fl. 2018)

”Kraftig ökning av könsdysfori bland barn och unga. Tidigt insatt behandling ger betydligt bättre prognos” (Frisén m.fl. 2017)

<http://lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Klinisk-oversikt/2017/02/Kraftig-okning-av-konsdysfori-bland-barn-och-unga/>

Outcome and refinements of gender confirming surgery (Hannes Sigurjónsson, Karolinska Institutet 2016)

”Transsexualism: treatment outcome of compliant and noncompliant patients” (Pimenoff & Pfäfflin 2011)

”Long-term follow-up of adults with gender identity disorder”(Ruppin & Pfäfflin 2015)

”A five-year follow-up study of Swedish adults with gender identity disorder” (Johansson m.fl. 2010)

On Gender Dysphoria (Cecilia Dhejne, Karolinska Institutet 2017)

Könsdysforiregistret, <https://konsdysforiregistret.se/>

”WPATH POSITION ON ’Rapid-Onset Gender Dysphoria (ROGD)’” (World Professional Association for Transgender Health, 2018)

https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Public%20Policies/2018/9_Sept/WPATH%20Position%20on%20Rapid-Onset%20Gender%20Dysphoria_9-4-2018.pdf

Ashley, F., & Baril, A. (2018, March 22). Why 'rapid-onset gender dysphoria' is bad science. <https://medium.com/@florence.ashley/why-rapid-onset-gender-dysphoria-is-bad-science-f8d25ac40a96> (ej vetenskapligt publicerad artikel, underskriven av en lång rad specialister inom könsbekräftande vård)

Correction: Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria, Lisa Littman. PLOS ONE. Published: March 19, 2019
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371%2Fjournal.pone.0214157&fbclid=IwAR2HDOPlrC6Ec1DW8pyEdF82b6O26XVwZemsc3tLQEFnS8NR928omSIueF4>

Statistik från Rättsliga Rådet över antal ansökningar om fastställelse i nytt juridiskt kön. Socialstyrelsen. 2019.

Statistik från Socialstyrelsen över könsdysforidiagnos. Socialstyrelsen. 2019

Cohen-Kettenis PT, Steensma TD, de Vries, AL. (2011). *Treatment of adolescents with gender dysphoria in the Netherlands*. Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America, 20, 689-700.