Socialstyrelsen

Nationella riktlinjer 2026:

Bilaga: Metodbeskrivning

Könsdysfori

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

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, november 2026

Förord

Detta en bilaga till Nationella riktlinjer 2026: Könsdysfori – prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården. Vi beskriver

- Socialstyrelsens metod för att ta fram nationella riktlinjer för hälso- och sjukvården, socialtjänsten och tandvården
- vad som har varit specifikt i arbetet med riktlinjerna om könsdysfori.

De fullständiga riktlinjerna finns på Socialstyrelsens webbplats, Könsdysfori - Socialstyrelsen

Anders Berg
Enhetschef

Innehåll

Förord **3**

Varför vi tar fram nationella riktlinjer **5**

Varför vi tagit fram riktlinjer om könsdysfori 5

Hur vi avgränsar ett riktlinjeområde 6

Hur vi avgränsat riktlinjerna om könsdysfori 6

Hur vi bedömer tillståndens svårighetsgrad **8**

Hur vi bedömt tillståndens svårighetsgrad i riktlinjerna om könsdysfori 8

Hur vi tar fram kunskapsunderlag **10**

Hur vi tar fram vetenskapligt underlag 10

Hur vi tar vara på beprövad erfarenhet – när det vetenskapliga underlaget är otillräckligt 13

Hur vi tar fram underlag enligt kriterier för god praxis – när en insats kan betraktas som självklar 14

Hur vi tar fram hälsoekonomiskt underlag 15

Hur vi tagit fram konsekvensbeskrivningar i riktlinjerna om vuxna med könsdysfori 17

Hur vi ger rekommendationer med olika prioritet **19**

Prioritet 1–10: Effektiva insatser vid svåra tillstånd prioriteras högst 19

FoU-rekommendationer pekar på att ny kunskap behövs 20

Icke-göra betyder att insatsen bör avvecklas 21

Hur vi prioriterat i riktlinjerna om könsdysfori 21

Hur vi tar fram nationella indikatorer **24**

Hur vi tagit fram nationella indikatorer i riktlinjerna om könsdysfori 24

Hur vi för en diskussion om riktlinjerna **25**

Hur vi fört en diskussion om riktlinjerna om könsdysfori 25

Referenser **26**

Varför vi tar fram nationella riktlinjer

Socialstyrelsens mål med de nationella riktlinjerna är en god vård och omsorg på lika villkor. Riktlinjerna ska också bidra till att rätt insats används för rätt patient- eller brukargrupp, för att på så sätt höja kvaliteten i hälso- och sjukvården, socialtjänsten eller tandvården. Dessutom ska riktlinjerna bidra till att hälso- och sjukvårdens, socialtjänstens och tandvårdens resurser används effektivt, fördelas efter befolkningens behov samt styrs av öppna och systematiska prioriteringsbeslut.

Nationella riktlinjer fokuserar på områden och sociala eller medicinska insatser där behovet av vägledning är som störst för beslutsfattare samt socialtjänst-, tandvårds- och hälso- och sjukvårdspersonal. Det kan exempelvis vara områden där kunskapsläget är osäkert, där förhållandet mellan kostnader och nytta är osäkert, eller där det finns omotiverade praxisskillnader. Ett annat skäl till att ta fram nationella riktlinjer är att stödja utvecklingen av en evidensbaserad praktik.

Nationella riktlinjer täcker därmed inte in alla frågor inom ett område. I riktlinjerna ger vi rekommendationer om insatser på gruppnivå, som kan vara en utgångspunkt när regionerna tar fram kunskapsstöd som vårdprogram och vårdförlopp.

Det är Socialstyrelsen som beslutar om vilka riktlinjer vi tar fram. I vissa fall får vi i uppdrag av regeringen att ta fram nationella riktlinjer för ett visst område.

Varför vi tagit fram riktlinjer om könsdysfori

I december 2022 publicerades Socialstyrelsens uppdaterade kunskapsstöd för vård av barn och ungdomar med könsdysfori, på uppdrag av regeringen (S2019/02042/FS, S2019/03899/FS) [1]. Under arbetet med revideringen av stödet för barn och ungdomar blev det tydligt att även kunskapsstödet för vuxna var i behov av uppdatering. Det tidigare kunskapsstödet publicerades, liksom det tidigare kunskapsstödet för barn och ungdomar, 2015. Sedan dess har ny kunskap inom områden tillkommit, liksom nya förutsättningar för att bedriva vården i och med beslutet att könsdysforivården ska bli Nationell högspecialiserad vård (NHV) från och med januari 2024. Socialstyrelsen har också genomfört en förstudie på området 2023. Bland annat skickades en enkät ut till alla yrkesverksamma vid landets könsidentitetsmottagningar. Dialogseminarier anordnades också med civilsamhället och med patient- och anhörigorganisationer. Utifrån behovsinventeringen som gjordes framkom

att det fanns mycket i kunskapsstödet som behövde uppdateras. Bland annat med ny forskning, stöd för resursfördelning och förtydliganden i syfte att ge bättre förutsättningar för jämlik vård. I och med omvandlingen av vården till Nationell högspecialiserad vård fanns även indikationer på att samverkan med den övriga vården blir särskilt viktig.

Revideringen av kunskapsstödet har också gjorts utifrån den nya processen *Ta fram och förvalta kunskapsstöd* med prioriterade rekommendationer till beslutsfattare och blir därför *Nationella riktlinjer med prioriteringar*, till beslutsfattare och inte, som tidigare ett så kallat kunskapsstöd som i huvudsak riktat sig mot professionen.

Projektet är egeninitierat.

Hur vi avgränsar ett riktlinjeområde

I inledningsfasen av arbetet med nationella riktlinjer skapar vi en lista med tillstånd och insatser.

Med **tillstånd** menar vi till exempel, hos en individ:

- en sjukdom, ett sjukdomsliknande tillstånd, en funktionsnedsättning eller en levnadsvana
- risk för en sjukdom, eller en särskild förutsättning som kan ha betydelse för vissa risker och sjukdomar
- avsaknad av en riskfaktor eller sjukdom
- en social situation, till exempel avsaknad av arbete eller bostad.

Till varje tillstånd kopplar vi en **insats** som är möjlig att utföra. Det kan vara allt från en behandling eller stödinsats till förebyggande, diagnostiska och uppföljandeinsatser. Exempel på insatser är läkemedelsbehandling av olika slag, defibrillator (vid hjärtstopp), fluorlackning (vid risk för karies), dagverksamhet (vid demenssjukdom), kognitiv beteendeterapi (vid ångestsyndrom) och kvalificerat rådgivande samtal (för att nå rökstopp).

Eftersom nationella riktlinjer fokuserar på de frågor inom ett område där det finns behov av vägledning så finns det många tillstånd och insatser som vi inte tar med i listan.

Hur vi avgränsat riktlinjerna om könsdysfori

Vid denna revidering av kunskapsstödet från 2015 utgick arbetet initialt från tidigare material. I förstudien ställdes exempelvis frågor om fortsatt behov av vägledning på de olika områdena, samt behov av andra områden. På de allra flesta områden fanns ett fortsatt behov av vägledning.

Men eftersom NHV-enheterna, i och med sina särskilda villkor, tar fram egna nationella vårdprogram för exempelvis utredning, hormonbehandling, logopedi och viss kirurgi, beslutades att riktlinjerna i första hand skulle beröra vården *utanför* den nationellt högspecialiserade vården (NHV) där viss könsbekräftande vård ges efter initiativ från NHV.

Avgränsningen för vilka rekommendationer som riktlinjerna innehåller förhåller sig alltså till vilken vård som ges inom NHV, och syftar till att adressera den vård som ges utanför NHV. Därtill eftersträvas kommunikation och samverkan mellan NHV och övrig vård eftersom tidigare kunskapsstöd inte behövt beaktat de olika vårdnivåerna. Avgränsningen har även styrts av innehållet i tidigare kunskapsstöd för att revidera det som numera ingår i NHV och uppdatera de delar som berör vården utanför NHV.

Många av de vårdinsatser som Socialstyrelsen rekommenderar i riktlinjerna erbjuds redan idag, och ska finnas kvar, varpå ett antal rekommendationer också tillkommit. Förutom rekommendationer som syftar till att underlätta samarbetet mellan NHV och regional vård är andra nytillkomna rekommendationer i dessa riktlinjer, jämfört med tidigare kunskapsstöd, ett antal organisatoriska och kunskapshöjande insatser som framkom i behovsinventeringen, och antas få en stor effekt hos patientgruppen – liksom för personalen som möter dessa patienter.

Hur vi bedömer tillståndens svårighetsgrad

För varje tillstånd i riktlinjerna bedömer vi svårighetsgraden. Bedömningsarbetet utgår från en matris där vi väger samman varje tillstånds påverkan på livskvalitet och livslängd. Matrisen tar hänsyn till

- fysiska eller psykiska symtom och funktionsnedsättningar, och funktionsnedsättningarnas praktiska och sociala konsekvenser
- hur ofta tillståndet gör sig påmint
- tillståndets varaktighet
- risken för framtida påverkan på livskvaliteten vid utebliven insats
- risken för förtida död.

Den sammanvägda svårighetsgraden av de olika dimensionerna bedöms sedan enligt en fyrgradig skala:

- mycket stor svårighetsgrad
- stor svårighetsgrad
- måttlig svårighetsgrad
- liten svårighetsgrad.

I graderingen eftersträvar vi ett absolut tankesätt relaterat till ohälsa i stort, snarare än endast relativt till andra tillstånd inom området. *Mycket stor svårighetsgrad* står med andra ord för betydande eller långvariga inskränkningar av hälsan eller stor risk för förtida död, alternativt betydande nedsättning av livskvaliteten.

Hur vi bedömt tillståndens svårighetsgrad i riktlinjerna om könsdysfori

Experterna i projektledningsgruppen har utfört bedömningarna av svårighetsgrad för de olika tillstånden med stöd av matrisen som utvecklats i samverkan med Prioriteringscentrum, Linköpings universitet [2]. Könsdysfori omfattar tillstånd som påverkar samtliga aspekter i bedömningen av svårighetsgrad. Grundtillståndet *Könsdysfori* bedömdes utifrån svårighetsmatrisen ha mycket stor svårighetsgrad, framför allt på grund av att obehandlat tillstånd kan leda till stor försämring av funktionstillstånd och hälsa, även risk för förtida död [3-5].

Svårighetsgrad för de olika definierade undergrupperna (t.ex. könsdysfori kopplad till bröst, eller andra delar av kroppen) bedömdes också med

svårghetsgradsmatrisen. Expertgruppen bedömde att den genomsnittliga personen i respektive undergrupp hade hälsokonsekvenser motsvarande mycket stor svårighetsgrad, utifrån den samlade påverkan på bland annat symtom, funktion, livskvalitet, tillståndets varaktighet och risk för framtida försämring.

Hur vi tar fram kunskapsunderlag

Hur vi tar fram vetenskapligt underlag

Socialstyrelsens vetenskapliga projektledare och informationsspecialister gör en systematisk litteratursökning efter i första hand välgjorda systematiska översikter. I andra hand söker vi efter enskilda studier (randomiserade kontrollerade studier och prospektiva observationsstudier med kontrollgrupp).

De effekter av en insats som vi utvärderar ska i första hand vara individnära. Exempel är effekter på överlevnad, livskvalitet och funktionsförmåga, men vad som är relevant att utvärdera kan variera mellan olika områden.

De systematiska översikternas och de enskilda studiernas kvalitet granskas sedan med hjälp av särskilda mallar. Vi sammanställer det rådande kunskapsläget och redovisar

- vilken effekt insatserna har på tillståndet
- hur stark evidensen är för effekten, det vill säga tillförlitligheten till resultaten som redovisas i de vetenskapliga studierna.

För att värdera och gradera evidens i vetenskapliga studier använder vi GRADE (från engelskans ”The Grading of Recommendations, Assessment, Devlopment and Evaluation”) [6, 7], som är en internationellt vedertagen metod. GRADE:s evidensgradering bygger på en fyragradig skala: hög, måttlig, låg och mycket låg tillförlitlighet till det vetenskapliga underlaget.

Nedan beskriver vi översiktligt de aspekter som ingår i en bedömning av effektmåttets evidensstyrka för en aktuell insats vid ett specifikt tillstånd.

Tabell 1. Olika nivåer av evidens

Evidensstyrkan för det vetenskapliga underlaget bedöms utifrån hur tillförlitligt det vetenskapliga underlaget är

Evidensstyrka	Förklaring
Hög tillförlitlighet (⊕⊕⊕⊕)	Innebär en stark tilltro till att den beräknade effekten ligger nära den verkliga effekten.
Måttlig tillförlitlighet (⊕⊕⊕◯)	Innebär viss osäkerhet, men den beräknade effekten ligger sannolikt nära den verkliga effekten.
Låg tillförlitlighet (⊕⊕◯◯)	Innebär en begränsad tilltro till att den beräknade effekten ligger nära den verkliga effekten.
Mycket låg tillförlitlighet (⊕◯◯◯)	Innebär att det inte går att bedöma om den beräknade effekten ligger nära den verkliga effekten.

Evidensgraderingen utgår från en bedömning av

- studiedesign
- risk för bias (snedvridningar)
- överförbarhet
- studieresultatens precision
- risk för publikationsbias, det vill säga risk för snedvridning i sammanställningen av studieresultaten på grund av att opublicerade studier inte ingår.

Bedömningen av randomiserade kontrollerade studier utgår från ⊕⊕⊕⊕ medan observationsstudier utgår från ⊕⊕◯◯. Graderingen sänks om bedömningen visar att det finns brister i någon av punkterna ovan. För observationsstudier kan graderingen höjas om det till exempel finns stor effekt och inga sannolika förväxlingsfaktorer (confounders) eller vid ett tydligt dosresponssamband.

Hur vi tagit fram vetenskapligt underlag i riktlinjerna om könsdysfori

Socialstyrelsen har tagit fram kunskapsunderlaget med hjälp av sakkunniga experter som ingått i Socialstyrelsens projektledningsgrupp. Experterna valdes med hjälp av nomineringar från de nationella programområdena (NPO) för Kirurgi och plastikkirurgi, Endokrina sjukdomar, Psykisk hälsa, Kvinnohälsa Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin samt Primärvårdsrådet. Samtliga experter har deklarerat eventuella intressekonflikter och jäv enligt myndighetens rutin. En bedömning har därefter gjorts att detta inte förelegat något hinder för att experterna ska kunna delta i riktlinjearbetet.

Frågeställningarna för varje rekommendation strukturerades utifrån urvalskriterier enligt PICOS-formatet ([Population, Intervention, Control, Outcome, Study design] se kunskapsbilagan för utförligare information), med stöd av de sakkunniga experterna i projektledningsgruppen. Litteratursökningarna genomfördes därefter med hjälp av Socialstyrelsens informationsspecialister utifrån angivet PICOS för varje rekommendation.

De vetenskapliga projektledarna genomförde sedan urvalet av litteratur utifrån titlar och sammanfattningar som återfanns i träfflistorna från informationssökningarna, samt läste artiklar i fulltext som ansågs kunna överensstämma med givna urvalskriterier. De enskilda studier som bedömdes uppfylla PICOS efter fulltextgranskning bedömdes sedan för risk för bias. De studier som hade acceptabel risk för bias låg sedan till grund för att formulera slutsatser om insatsens effekt. Därefter bedömdes evidensstyrkan av dessa slutsatser. De studiedesigner som inkluderats i detta riktlinjearbete har varit systematiska översikter, randomiserade kontrollerade studier och, för vissa av frågeställningarna, även observationsstudier med kontrollgrupp, inklusive studier med före-eftermätningar.

Forskningen om könsdysfori är idag omfattande men är omgärdad av begränsningar i vilka studiemetoder som kan användas. Det innebär att det är oklart om de metoder som används i studier om könsdysfori kan mäta ifall de observerade effekterna beror på den studerade insatsen och inte på andra faktorer. Metoder som värderas högt och generellt ger högre tillförlitlighet är ofta svårare, både praktiskt och etiskt, att tillämpa vid exempelvis kirurgiska eller organisatoriska insatser som kanske inte kan ersättas med utebliven behandling, placebo eller vara blindade. Utifrån det bedöms evidenstillförlitligheten i den forskning som finns idag i stor utstäckning vara mycket låg. Gradering av evidenstillförlitlighet bedömer graden av osäkerhet kring studiernas effektskattning, och syftar till att avgöra ifall det går att dra slutsatser för om den observerade effekten är större, mindre eller ligger nära en faktiskt effekt. Det innebär alltså att tillförlitlighet till evidens uttalar sig om de metoder som använts i studierna men säger inget om ifall insatsen är meningsfull för patienter eller inte.

För rekommendationen om mastektomi (inklusive bröstförminskning) bedömdes den vetenskapliga litteraturen uppfylla de kriterier som finns för att kunna uppgradera tillförlitligheten av evidensen för en insats, från mycket låg tillförlitlighet (⊕◯◯◯) till låg tillförlitlighet (⊕⊕◯◯). Enligt GRADE [6-10] kan detta göras för observationsstudier där effektstorleken är stor och behandlingssvaret inträffar snabbt, det underliggande förloppet av tillståndet reverserats, och effektstorleken stöds av indirekt evidens.

I enighet med de kriterier som presenteras av GRADE, vilar bedömningen även på att effektstorleken är konsekvent över alla de identifierade studierna och styrks av att den studie som har en kontrollgrupp [11] också uppvisar en effekt i samma storleksgrad. Det bedöms även osannolikt att okontrollerade

faktorer (confounders) skulle ha en så pass stor inverkan på könsinkongruens och bröstdysfori/nöjdhet, att det skulle kunna förklara den observerade effektstorleken.

Hur vi tar vara på beprövad erfarenhet – när det vetenskapliga underlaget är otillräckligt

Ibland går det inte att uttala sig om önskade eller oönskade effekter av en insats. Det kan saknas vetenskapligt underlag från randomiserade kontrollerade studier eller prospektiva observationsstudier med eller utan kontrollgrupp, eller så är evidensstyrkan otillräcklig av andra orsaker. Om det samtidigt inte förväntas någon ny forskning om insatsen kan Socialstyrelsen överväga att samla in beprövad erfarenhet.

Socialstyrelsen använder en modell för att samla in beprövad erfarenhet systematiskt. Modellen går ut på att – utifrån en så kallad konsensusprocess – bedöma om det råder enighet om effekten av en insats. En panel med yrkesverksamma inom ett hälso- och sjukvårdsområde tar ställning till insatsens nytta och eventuella olägenhet utifrån sin beprövade erfarenhet, genom att de instämmer eller inte instämmer i ett eller flera påståenden. Konsensus har uppnåtts när minst 30 personer har svarat och minst 75 procent av dem är samstämmiga i sina svar. Panelen svarar via en webbaserad enkät, där deltagarna inte kan se varandras svar.

Hur vi tagit vara på beprövad erfarenhet i riktlinjerna om könsdysfori

Socialstyrelsen har samlat in erfarenhetsbaserad kunskap i riktlinjerna för om könsdysfori med hjälp av en konsensuspanel bestående av 104 personer. Erfarenhetsbaserad kunskap samlades in för 14 av de 15 frågeställningarna och påståendena formulerades i samråd med experterna i projektledningsgruppen.

Förfrågan att ingå i konsensuspanelen skickades ut till samtliga NHV-enheter och regionala samordnare. Konsensuspanelen täckte upp många relevanta yrkeskategorier såsom kuratorer/socionomer (14 %), psykologer (19 %), sjuksköterskor (11 %) endokrinologer (10 %), psykiatriker (14 %), kirurger (7 %), logopeder (10 %), dermatologer (1 %), hudterapeuter (2 %), gynekologer/obstetriker (7 %), foniater (2 %) (och annan profession (5 %)).

Panelen hade även en geografisk spridning över landet med representation från norra sjukvårdsregionen (7 %), sjukvårdsregion Mellansverige (27 %), Stockholms sjukvårdsregion (26 %), sydöstra sjukvårdsregionen (12 %),

västra sjukvårdsregionen (18 %) och södra sjukvårdsregionen (11 %). Deltagarna hade erfarenhet av att arbeta med antingen barn och unga (15 %), vuxna (51 %), eller samtliga åldersgrupper (34 %). Vidare arbetade 54 % av panelen inom NHV, 21 % utanför NHV och 24 % både inom och utanför NHV-enheter.

För att kvalificera in till konsensuspanelen efterfrågades erfarenhet att ha arbetat med patientgruppen i minst 3 år. Av totalt 207 tillfrågade personer hade 15 % upptill 3 års erfarenhet, 42 % 3–6 års erfarenhet och 43 % hade 7 år eller längre erfarenhet av att arbeta med patientgruppen personer med könsdysfori. De med 3 år eller kortare erfarenhet kunde således inte delta i konsensuspanelen då en större erfarenhet efterfrågades för att kunna bedöma effekten av insatserna som presenterades i konsensuspåståendena. Alla tillfrågade personer i panelen hade arbetat med patientgruppen inom de senaste 5 åren, alltså bedömdes deras erfarenhet vara relevant.

Av de resterande 176 personerna var det 104 som slutförde konsensusenkäten genom att svara på samtliga påståenden med något av svarsalternativen ”Ja, jag instämmer i påståendet”, ”Nej, jag instämmer inte i påståendet”, eller ”Jag avstår från att ta ställning pga. begränsad erfarenhet”. Antal svarande med erfarenhet av insatsen, samt grad av samstämmighet, varierade mellan de olika frågeställningarna och framgår av respektive kunskapsunderlag.

Hur vi tar fram underlag enligt kriterier för god praxis – när en insats kan betraktas som självklar

Vissa insatser kan betraktas som självklara, enligt särskilda kriterier för så kallad god praxis. Om hälso- och sjukvården eller socialtjänsten ändå behöver vägledning för en sådan insats, kan Socialstyrelsen ta fram ett underlag utifrån de särskilda kriterierna – istället för att söka efter vetenskaplig evidens.

Kriterierna är följande:

1. Insatsen gör utan tvekan större nytta än skada. Till exempel:
   - Insatsens fördelar är stora och nackdelarna är små.
   - Patienterna eller brukarna accepterar insatsen.
   - Insatsen leder till jämlik vård eller omsorg.
2. Det finns med stor säkerhet ingen direkt evidens, till exempel för att jämförelsegruppen är absurd eller oetisk.
3. Det finns med stor säkerhet tydlig och pålitlig indirekt evidens för att insatsen utan tvekan gör större nytta än skada.

4. Det skulle ta orimligt mycket resurser i anspråk att sammanställa all den indirekta evidensen.
5. Insatsen är tydlig, möjlig att följa och etiskt försvarbar.
6. Insatsen är kostnadsbesparande eller åtminstone kostnadsneutral.

Alla kriterier ska vara uppfyllda om Socialstyrelsen ska kunna ge en rekommendation utifrån underlaget. Bedömningen ska vara godkänd av Socialstyrelsens enhetschef, avdelningschef, styrgrupp och processägare.

Hur vi tagit fram underlag enligt kriterier för god praxis i riktlinjerna om könsdysfori

Svårighetsgraden var måttlig för tillståndet, men fertilitetsbevarande åtgärder. Då fertilitetsbevarande insatser ska alltid erbjudas den här till patientgruppen enligt vävnadsrådets riktlinjer. Därför undersökte vi om samtidigt som svårighetsgraden var måttlig, undersöktes huruvida rekommendationen uppfyllde kriterierna för god praxis. Frågan diskuterades initialt internt på Socialstyrelsen och lades sedan fram till projektledningsgruppen. Alla höll med om att insatsen uppfyllde kriterierna för god praxis. Underlaget presenterades också för rekommendationsgruppen.

Hur vi tar fram hälsoekonomiskt underlag

Parallellt med arbetet med övrigt vetenskapligt underlag tar hälsoekonomiska experter fram underlag om insatsens kostnadseffektivitet vid det aktuella tillståndet, och vilken evidens som finns för det.

De hälsoekonomiska experterna gör en systematisk litteraturgenomgång för att hitta publicerade hälsoekonomiska utvärderingar med relevans för de aktuella frågorna inom riktlinjeområdet. Tillstånd och insatser i denna genomgång utgår från samma sökord som i de övriga vetenskapliga underlagen. När riktlinjerna innehåller flera möjliga insatser för ett tillstånd görs en samlad sökning för alla insatserna. De effektmått som vi använder för att värdera kostnadseffektiviteten i hälso- och sjukvården är kvalitetsjusterade levnadsår (så kallade QALY) och vunna levnadsår

När vi bedömer att en studie har god kvalitet och är relevant för svenska förhållanden anger vi att evidensen är god (tabell 2 a). När vi bedömer att studien har god kvalitet men vissa brister i relevans för svenska förhållanden redovisar vi det som viss evidens. När det saknas relevanta studier gör experterna egna modellberäkningar, kalkyler eller skattningar. Kostnads-effektiviteten bedömer vi sedan enligt fyra kategorier, eller som inte bedömbar när det saknas ett underlag för att beräkna den (tabell 2 b).

Tabell 2a. Klassificering av den hälsoekonomiska evidensen

Hälsoekonomisk evidens bedöms enligt fyra kategorier (förutsatt att studien är relevant) beroende på hur vi tagit fram underlaget

Hälsoekonomisk evidens	Beskrivning
God	Studie av god kvalitet med säkra resultat.
Viss	Studie av godtagbar kvalitet.
Kalkylerad	Fördjupade kalkyler.
Skattad	Egen bedömning, framtagen i dialog med Socialstyrelsens experter.

Tabell 2b. Klassificering av kostnaden per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår (QALY) eller vunnet levnadsår

Kostnad	Beskrivning
Låg	Under 100 000 kr per vunnet QALY eller vunnet levnadsår.
Måttlig	100 000–499 999 kr per vunnet QALY eller vunnet levnadsår.
Hög	500 000–1 000 000 kr per vunnet QALY eller vunnet levnadsår.
Mycket hög	Över 1 000 000 kr per vunnet QALY eller vunnet levnadsår.
Ej bedömd	Insatsens effekt har inte bedömts.

Hur vi tagit fram hälsoekonomiskt underlag i riktlinjerna om vuxna med könsdysfori

Kostnadseffektiviteten för rekommendationerna i riktlinjerna för könsdysfori har gjorts av Socialstyrelsens hälsoekonomer, och hittas i bilagan *Fördjupad analys av kostnadseffektivitet*.

En kostnadseffektivitetsanalys utfördes för de kirurgiska ingreppen i riktlinjerna, eftersom de medför en kostnad per effekt. Insatserna kan leda till ökad belastning på vårdapparaten, trots att själva insatsen i sig tillför stor patientnytta. I och med tillståndets mycket stora svårighetsgrad medför dock en eventuellt låg kostnadseffektivitet inte att insatsen nedprioriteras, utan analysen utfördes för att kunna skatta i vilken storleksordning positiva resultat för livskvalitet vid kirurgiska ingrepp har i förhållande till kostnader.

Rekommendationen för mastektomi (inklusive bröstförminskning) vilar på litteraturbaserat vetenskapligt underlag vilket medför att kostnadseffektivitetsberäkningar kan genomföras utifrån kvantitativa effektmått. Underlagen för de övriga kirurgiska ingreppen vilar på erfarenhetsbaserad kunskap och saknar därför kvantitativa effektmått. Trots

det har kostnadseffektivitetsanalyser gjorts för alla dessa rekommendationer med tanke på att könsbekräftande kirurgiska ingrepp ofta görs i anslutning till varandra, dvs att en individ ofta behöver flera kirurgiska ingrepp för att minska könsdysforin. Därför söktes hälsoekonomiskt underlag även för de övriga kirurgiska ingreppen, för att undersöka ifall en kostnad kopplad till dem kan motiveras av en positiv effekt i form av förbättrad livskvalitet. Dock identifierades inget underlag för kostnadseffektivitet som kunde överföras till svenska förhållanden gällande mastektomi (inklusive bröstförminskning), och inget underlag alls gällande övriga könsbekräftande kirurgiska ingrepp.

När rekommendationer bygger på ett konsensusunderlag genomförs inte kostnadseffektivitetsberäkningar, eftersom ett kvantitativt effektmått saknas. Därför genomfördes ingen analys för övriga rekommendationer. Kostnadseffektivitetsberäkningar genomförs inte heller på rekommendationer som har prioriterats som icke-göra eller FoU.

Sammanfattningsvis gjordes inga kostnadseffektivitetsberäkningar för att få fram kostnadseffektivitetskvoter eftersom det antingen a) saknades hälsoekonomisk litteratur som gick att överföra till svenska förhållanden, eller b) saknades hälsoekonomisk litteratur överhuvudtaget (se bilaga *Fördjupad analys av kostnadseffektivitet*).

Hur vi tagit fram konsekvensbeskrivningar i riktlinjerna om vuxna med könsdysfori

Den hälsoekonomiska konsekvensanalysen för rekommendationerna i riktlinjerna för könsdysfori har gjorts av Socialstyrelsens hälsoekonomer, och hittas i bilagan *Fördjupad konsekvensanalys*.

Socialstyrelsen genomförde konsekvensanalyser och har beskrivit konsekvenser av de framtagna rekommendationerna under rubriken ”så påverkas hälso- och sjukvården” i huvudrapporten. Vi genomförde konsekvensanalyser på de fem rekommendationer med högst prioritet.

Analysen syftar till att ge en överskådlig bild av de ekonomiska och organisatoriska effekterna av att implementera de nya rekommendationerna inom hälso- och sjukvården.

Kostnadspåverkan har bedömts genom en analys av hur respektive rekommendation kan förväntas påverka resursanvändningen inom hälso- och sjukvården, exempelvis i form av förändrat vårdbehov, behandling och uppföljning. Inom dessa riktlinjer handlar det främst om att beskriva

konsekvenserna av att omfördela resurser till insatser som kan ha en initial kostnad i form av personal och organisation, men som på sikt bedöms göra vården vid könsdysfori mer effektiv. Bedömningarna har gjorts i dialog med experter inom aktuella medicinska områden.

Hur vi ger rekommendationer med olika prioritet

För att hjälpa beslutsfattare och chefer att prioritera resurser, ger Socialstyrelsen rekommendationer med olika prioritet – vi rangordnar de utvalda insatserna inom varje riktlinjeområde och formulerar rekommendationer om dem. Vi ger tre typer av rekommendationer: rekommendationer med prioritet 1–10, rekommendationen *FoU* och rekommendationen *icke-göra* (se tabell 3).

Tabell 3. Typer av rekommendationer till beslutsfattare och chefer

Typ av rekommendation	Beskrivning
Prioritet 1–10	Insatser som bör eller kan erbjudas, i prioritetsordning. Insatser med prioritet 1 är mest angelägna och insatser med prioritet 10 är minst angelägna.
FoU	Insatser som inte bör utföras rutinmässigt, utan endast inom ramen för forskning och utveckling i form av systematisk utvärdering.
Icke-göra	Insatser som inte bör utföras alls. Vi vill ge stöd för att sluta använda insatserna, eftersom de saknar effekt eller till och med är skadliga.

Prioritet 1–10: Effektiva insatser vid svåra tillstånd prioriteras högst

Insatserna får en prioritetssiffra från 1 till 10 efter angelägenhetsgrad. Prioriteringen baseras på en samlad bedömning av

- tillståndets svårighetsgrad
- insatsens effekt
- kostnadseffektiviteten.

I socialtjänsten finns inget lagligt stöd för att prioritera utifrån svårighetsgraden, så därför vägs istället de övriga komponenterna samman.

Vidare får en insats alltid prioritet 1 om den kan betraktas som självklar, enligt kriterierna för god praxis ovan.

Prioriteringsarbetet utgår från hälso- och sjukvårdens etiska plattform i propositionen *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60). I arbetet finns representation från

- olika yrkesgrupper inom riktlinjeområdet (till exempel läkare, socionomer, sjuksköterskor, psykologer och fysioterapeuter)
- aktuella vårdnivåer (till exempel primär- och närsjukvård, länssjukvård och regionsjukvård) eller olika verksamheter i socialtjänsten
- olika delar av landet.

Ramarna för prioriteringsarbetet är desamma i alla riktlinjer:

- Insatser med dokumenterad effekt eller stöd i beprövad erfarenhet kan få en prioritetssiffra mellan 1 och 10.
- Effektiva insatser vid svåra tillstånd prioriteras högre än mindre effektiva insatser vid mindre allvarliga tillstånd.
- Insatser med stor nytta för individen i förhållande till kostnaden prioriteras högre än insatser med liten nytta i förhållande till kostnaden.
- Insatser som kan betecknas som andrahandsval prioriteras lägre än förstahandsvalet. Hur mycket lägre prioriteten blir beror på hur mycket sämre effekten eller kostnadseffektiviteten är.

FoU-rekommendationer pekar på att ny kunskap behövs

FoU står för forskning och utveckling och innebär att en insats endast bör utföras inom ramen för forskning och utveckling i form av systematisk utvärdering för att

- insatsen är ny och det saknas tillräcklig kunskap om effekten
- insatsen har införts i hälso- och sjukvården trots att det saknas tillräcklig kunskap om effekten

– samtidigt som det finns pågående eller planerad forskning som kan förbättra kunskapsläget.

När Socialstyrelsen uppdaterar riktlinjer inom ett område ser vi särskilt över det vetenskapliga underlaget för FoU-rekommendationerna, för att se om ny kunskap har tillkommit.

Icke-göra betyder att insatsen bör avvecklas

Icke-göra betyder att hälso- och sjukvården, tandvården eller socialtjänsten bör sluta utföra en insats. Minst ett av följande kriterier ska då vara uppfyllda:

- Insatsen innebär en risk som inte kan motiveras utifrån den förväntade nyttan. De oönskade effekterna väger tyngre än de önskade effekterna.
- Insatsen saknar relevant effekt.
- Insatsen är utredande men saknar värde för fortsatt vård och omsorg.
- Kostnadseffektivitetskvoten överstiger det accepterade tröskelvärdet.[1]

Hur vi prioriterat i riktlinjerna om könsdysfori

Prioriteringsgruppen

Prioriteringsgruppen sattes samman med hjälp av nomineringar från professionsföreningen Svensk förening för transpersoners hälsa (SFTH). Även de relevanta nationella programområdena (NPO) tillfrågades (NPO för Kirurgi och plastikkirurgi, Endokrina sjukdomar, Psykisk hälsa, Kvinnohälsa Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin samt Primärvårdsrådet), dock utan svar. Samtliga kompetenser inom området efterfrågades, samt att dessa skulle ha aktuell erfarenhet med att arbeta med könsdysfori-patienter. Efterfrågat var också att så många som möjligt skulle ha verksamhetsansvar.

Socialstyrelsens ambition är att ha en bred representation av professioner utifrån riktlinjens innehåll. Det innebär att det gjordes ett urval av de nominerade personerna för att säkerställa

- sakkompetens med adekvat representation av professioner
- representation från olika vårdnivåer och olika delar av vårdkedjan
- personer med verksamhetsansvar
- rimlig geografisk spridning samt
- så jämn könsfördelning i gruppen som möjligt.

Prioriteringsgruppen bestod av 23 personer inklusive ordförande (från projektledningsgruppen) och en representant från civilsamhället.

[1] Tröskelvärdet beror på tillståndets svårighetsgrad. Ett allvarligare tillstånd innebär en högre betalningsvilja.

Intresseanmälan för att delta från patient- och civilsamhällesorganisationer skickades ut varpå ett urval gjordes utifrån erfarenhet och lämplighet. Representanter från samtliga NHV-enheter samt hälso- och sjukvårdsregioner fanns representerade.

Prioritering av rekommendationerna

Prioriteringarna utgick från tillståndens svårighetsgrad och effektunderlagen. Könsdysfori bedömdes ha en mycket stor svårighetsgrad, vilket tillsammans med att prioriteringsgruppen vägde in att de ansåg att insatserna hade stor nytta för patientgruppen (enligt kunskapsbilagan och deras egen erfarenhet) resulterade i de högsta prioriteringsstegen (1–3). Effektunderlagen baserades i de flesta fallen på beprövad erfarenhet vilket inte gör det möjligt att bedöma storleksgrad av effekt av en insats, men de höga prioriteringssiffrorna motiverads med att vård av patientgruppen inte bör utebli på grund av att könsdysforivård är ett område med svåra förutsättningar att bedriva forskning inom.

Rekommendationen om könsbekräftande ansiktskirurgi saknade både dokumenterad effekt och stöd i beprövad erfarenhet då konsensuspanelen ansåg sig sakna tillräcklig erfarenhet av insatsen för att kunna bedöma effekten. Insatsen rekommenderades därför att utföras inom ramen för forskning och utveckling (FoU).

Rekommendationen om att erbjuda fertilitetsbevarande åtgärder bygger på god praxis (Good Practice Statement, GPS). Den motiveras främst av etiska hänsyn: alla som genomgår en behandling som kan påverka fertiliteten negativt får detta erbjudande. Insatsen gäller ett fåtal personer som redan ska erbjudas fertilitetsbevarande åtgärder, i likhet med andra som genomgår behandlingar som kan påverka fertiliteten negativt. Därför borde insatsen inte innebära ytterligare kostnader.

Rekommendationen presenterades för rekommendationsmötet som biföll förslaget att basera den på god praxis. Därmed har rekommendationen fått prioriteringssiffra 1. God praxis innebär alltså i detta fall att alla som ska genomgå en behandling som kan påverka fertiliteten negativt, oavsett tillstånd, erbjuds fertilitetsbevarande åtgärder.

➔ **Läs mer** under rubriken Hur vi tar fram underlag enligt kriterier för god praxis – när en insats kan betraktas som självklar.

Kostnadseffektivitetskvot kunde inte tas i beaktning för prioritering av rekommendationerna, eftersom ingen sådan var möjlig att ta fram (se bilaga *Fördjupad analys av kostnadseffektivitet*).

I avslutning av prioriteringsarbetet gavs prioriteringsgruppen tillfälle att justera prioriteringssiffrorna i syfte att skapa en mer sammanhållen helhet, där liknande rekommendationer kunde justeras till att få samma

prioriteringssiffror om det inte gick att motivera att de skulle vara olikt prioriterade. Detta gjordes via en enkät där det föreslogs en justering av Id 1 (Rutiner för ett strukturerat omhändertagande) och Id 4 (Kontinuerliga kunskapshöjande insatser om könsdysfori och bemötande) utifrån hur diskussionen kring dessa rekommendationer hade förts under prioriteringsmötena. Denna process kallas för ”harmonisering”. Harmoniseringen resulterade i att rekommendationen Id 1 (Rutiner för ett strukturerat omhändertagande) prioriterades upp med ett steg från 3 till 2, medan Id 4 (Kontinuerliga kunskapshöjande insatser om könsdysfori och bemötande) lämnades oförändrad.

Hur vi tar fram nationella indikatorer

För de flesta riktlinjeområden tar Socialstyrelsen fram nationella indikatorer. Indikatorerna är olika slags mått som man kan använda för att följa upp att hälso- och sjukvården, socialtjänsten eller tandvården utför de insatser som riktlinjerna rekommenderar samt olika kvalitetsaspekter i vården och omsorgen. En indikator kan exempelvis vara andelen personer med depression som får kognitiv beteendeterapi, andelen personer med diabetes som röker, väntetid till kranskärlsröntgen vid stabil kärlkramp och 5-årsöverlevnad vid bröst-, prostata-, tjocktarms- eller ändtarmscancer.

En indikator ska

- baseras på vetenskap eller beprövad erfarenhet
- vara relevant för området
- vara möjlig att mäta och tolka.

De uppgifter som är underlag för indikatorerna ska också

- vara möjliga att registrera kontinuerligt i informationssystem som datajournaler, register och andra datakällor (såsom enkäter)
- gå att redovisa utifrån kön, ålder, socioekonomi och födelseland så långt det är möjligt, så att Socialstyrelsen kan belysa jämlikhetsaspekter i vården.

Vidare ska indikatorerna kunna användas för uppföljningar, jämförelser och förbättringar på både lokal, regional och nationell nivå. Indikatorerna ska även underlätta nationella jämförelser.

Hur vi tagit fram nationella indikatorer i riktlinjerna om könsdysfori

Myndigheten har nyss tagit fram en nationell uppföljningsmodell med indikatorer för att på sikt kunna utvärdera vården vid könsdysfori. Indikatorerna presenteras i rapporten *Stärkt uppföljning av vården vid könsdysfori*, 2024 [4].

Hur vi för en diskussion om riktlinjerna

Den första versionen av riktlinjerna inom ett område diskuteras ofta på regionala eller nationella seminarier för beslutsfattare. Sjukvårdsregioner, enskilda regioner och kommuner brukar förbereda seminariet. De gör bland annat en beskrivning av praxis och en analys av hur riktlinjerna kan komma att påverka deras verksamhet. Det finns även möjlighet för övriga intressenter att lämna skriftliga synpunkter på den första versionen – till exempel yrkesföreningar, patient- och brukarorganisationer och allmänheten.

Konsekvensanalyserna och synpunkterna är viktiga för Socialstyrelsen i det fortsatta arbetet med att ta fram en uppdaterad version av riktlinjerna.

Hur vi fört en diskussion om riktlinjerna om könsdysfori

Detta är första versionen och ingen diskussion har ännu förts.

Referenser

1. Regeringskansliet. Uppdrag att analysera förslag om sänkt åldersgräns för vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen m.m 2019:
2. Prioriteringscentrum. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård: ett verktyg för rangordning. Linköpings Universitet; 2017. Report No.: 1650-8475.
3. Socialstyrelsen. Utvecklingen av diagnosen könsdysfori: Förekomst, samtidiga psykiatriska diagnoser och dödlighet i suicid. Internet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020. Report No.: 2020-2-6600.
4. Socialstyrelsen. Stärkt uppföljning av vård vid könsdysfori: Utveckling av en nationell modell för långsiktig uppföljning av den könsbekräftande vården. Internet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025 2025–08–12. Report No.: 2025-2-9418.
5. Folkhälsomyndigheten. Unga transpersoners erfarenheter av psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada. Internet: Folkhälsomyndigheten; 2022 2022–06–27. Report No.: 21270.
6. GRADE Working Group. GRADE Working Group (homepage). [Internet] 2025. Hämtad från: https://www.gradeworkinggroup.org/
7. Ignacio Neumann SB, Joerg Meerpohl, Marina Davoli, Pablo Alonso Coello, Elie Akl, Philipp Dahm, Nicole Skoetz, Jun Xia, Jan Brozek, Holger J. Schünemann. The GRADE Book version 1.0 (updated September 2024). I: Neumann I SH, red. The GRADE Working Group. Creative Common 4.0 BY-NC-ND License: The GRADE Working Group; 2025.
8. GRADE Working Group. GRADE Handbook. I: Holger Schünemann JB, Gordon Guyatt, Andrew Oxman, red.: GRADE Working Group; 2013.
9. Guyatt GH, Oxman AD, Sultan S, Glasziou P, Akl EA, Alonso-Coello P, et al. GRADE guidelines: 9. Rating up the quality of evidence. J Clin Epidemiol. 2011; 64(12):1311–6.
10. Ignacio Neumann SB, Joerg Meerpohl, Marina Davoli, Pablo Alonso Coello, Elie Akl, Philipp Dahm, Nicole Skoetz, Jun Xia, Jan Brozek, Holger J. Schünemann. Overview of the GRADE approach. 32 Three domains can increase the certainty of the evidence of NRSI. https://book.gradepro.org/: Grade Working Group; 2025.
11. Ascha M, Sasson DC, Sood R, Cornelius JW, Schauer JM, Runge A, et al. Top Surgery and Chest Dysphoria Among Transmasculine and Nonbinary Adolescents and Young Adults. JAMA Pediatr. 2022; 176(11):1115–22.