Socialstyrelsen



Nationella riktlinjer 2026:

Könsdysfori

Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser i den regionala hälso- och sjukvården

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.

ISBN: 978-91-7555-670-3

Artikelnummer: 2026-11-10530

Omslagsbild: Matilda Mariadotter/Scandinav Simple

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, november 2026

Förord

I dessa nationella riktlinjer ger Socialstyrelsen rekommendationer om vård vid könsdysfori. Riktlinjerna vänder sig till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården. Använd dem som underlag för öppna och systematiska prioriteringar – för en god och jämlik vård.

Riktlinjerna är en uppdaterad version av kunskapsstödet för vård av *vuxna* med könsdysfori från 2015 [1]. De gäller fortfarande i huvudsak vuxna, men i vissa fall omfattar rekommendationerna *alla åldersgrupper*, framför allt de nya organisatoriska rekommendationerna.

Nu vänder sig riktlinjerna i högre grad till chefer och beslutsfattare, i stället för till personal som i kunskapsstödet från 2015. Innehållet och omfattningen skiljer sig därför; ett antal nya rekommendationer har lagts till och andra har tagits bort.

En viktig skillnad från 2015 är också att stora delar av vården vid könsdysfori sedan 2024 ingår i nationell högspecialiserad vård (NHV). Det innebär att viss vård vid könsdysfori är tillståndspliktig och kravställd via särskilda villkor. NHV-enheterna tar enligt villkoren fram egna nationella vårdprogram för exempelvis utredning, initiering av hormonbehandling, initiering av logopedi och viss kirurgi. Av den anledningen berör de reviderade riktlinjerna i första hand den regionala hälso- och sjukvården, alltså vården *utanför* NHV, där viss könsbekräftande vård också ges på initiativ från NHV.

En viktig del av riktlinjerna är Socialstyrelsens indikatorer och nationella målnivåer för utvärdering, som utgår från rekommendationerna. Socialstyrelsen har haft ett regeringsuppdrag att ta fram en nationell uppföljningsmodell för vården vid könsdysfori med indikatorer, som publicerades i februari 2025 [2]. Indikatorerna följer delar av vården vid könsdysfori, med utgångspunkt i riktlinjerna.

Sjukvårdsregionerna, myndigheter, berörda intresse- och yrkes-organisationer, specialistföreningar och andra har lämnat värdefulla synpunkter på den förra versionen av riktlinjerna. Socialstyrelsen har tagit hänsyn till alla synpunkter innan vi tagit ställning till den nuvarande versionen. I denna version har vi också lagt till en rekommendation om hjälpmedel.

Vi vill tacka alla som med stort engagemang och expertkunnande har deltagit i arbetet.

Björn Eriksson
Generaldirektör

Könsdysfori

Innehåll

Förord **3**

Innehåll **5**

Huvudbudskap **7**

Erbjud ett strukturerat omhändertagande 7

Underlätta samverkan mellan NHV och övrig vård 7

Stärk kunskapen om könsdysfori och bemötande 8

Stärk jämlikheten: minska väntetiderna och öka tillgängligheten 8

Använd riktlinjerna som prioriteringsstöd **9**

Fokus på vissa insatser – riktlinjerna är inte heltäckande 9

Prioritera med hjälp av bästa tillgängliga kunskap 10

Socialstyrelsen utvärderar vården med indikatorer och målnivåer 11

Utgångspunkt: om könsdysfori och vården idag **13**

Fler söker hjälp 13

Könsdysfori är ett allvarligt tillstånd 14

Skillnader i levnadsvillkor och hälsa 15

Könsdysfori ingår i nationell högspecialiserad vård (NHV) 15

Vårdbehoven varierar 17

Långa väntetider kan förvärra könsdysforin 24

Dagens vård är ojämlik 25

Brister i kunskap och bemötande 26

Rekommendationer till dig som är beslutsfattare eller chef **27**

Säkerställ en kunskapsbaserad, tillgänglig och jämlik vård 28

Del 1: Organisation och samverkan 29

Sammanhållen hälso- och sjukvård – från symtom till behandling och uppföljning 29

Effektiv samverkan 32

Ökad kunskap 35

Del 2: Individanpassade insatser 37

Hjälpmedel 38

Psykosociala insatser 40

Kirurgi 42

Sexuell och reproduktiv hälsa 47

Hårborttagning 50

Kunskap och bemötande behöver bli bättre 52
Rätt behandling och remiss till NHV vid behov 53
Förbjudet att diskriminera på grund av könsidentitet 54
Alla har rätt till vård på lika villkor 55
Könstillhörighetslag 57
Rutiner för screening 57
Vårdgarantin – en rättighet 58
Implementera riktlinjerna – för en god och jämlik vård 59
Att implementera effektivt 59
Exempel på risker och utmaningar 60
Etiska principer för prioritering 61
Kompletterande stöd 63
Deltagare i riktlinjearbetet 64
Referenser 67
Bilaga 1. Översikt av rekommendationer 71
Bilaga 2. Översikt av indikatorer 77
Bilaga 3. Tillhörande dokument som publiceras på webben 78
Bilaga 4. Versionshistorik 79

Huvudbudskap

Rätt vård och ett gott bemötande kan motverka det psykiska lidande som kan uppstå när könsidentiteten inte stämmer överens med kroppen eller det kön som personen tilldelades vid födseln, så kallad könsdysfori.

Flera av de vårdinsatser Socialstyrelsen rekommenderar i de här riktlinjerna är i linje med tidigare kunskapsstöd och erbjuds redan idag. Det nya är ett antal organisatoriska och kunskapshöjande insatser som, med relativt begränsade medel, antas få en stor effekt hos patientgruppen – liksom för personalen som möter dessa patienter. En stor del av vården vid könsdysfori ingår i nationell högspecialiserad vård (NHV), där egna vårdprogram tas fram. Av den anledningen berör riktlinjerna i första hand den regionala hälso- och sjukvården, alltså vården *utanför* NHV.

Erbjud ett strukturerat omhändertagande

Det behövs tydliga rutiner för omhändertagandet av personer som söker vård med tecken på könsdysfori. Se till att det finns rutiner för *när* den regionala hälso- och sjukvården ansvarar för vården, och *när* och *hur* de ska remittera vidare. Personer med könsdysfori behöver också ofta stöd och fortsatt vård även efter utredning och behandling inom NHV. Se därför även till att det finns beredskap för viss könsbekräftande vård efter bedömning hos NHV.

Underlätta samverkan mellan NHV och övrig vård

Se till att det finns rutiner för samverkan mellan NHV och övrig vård. Då riskerar patienterna inte att hamna mellan stolarna. Det är viktigt med en effektiv samverkan på alla områden där NHV är involverad med den övriga vården, exempelvis:

- primärvård
- kontinuerlig endokrin vård och uppföljning
- psykiatri
- logopedi
- gynekologi och urologi
- dermatologi
- hjälpmedel
- reproduktiv och sexuell hälsa
- plastikkirurgi och viss annan kirurgi.

Regionala vård- och stödsamordnare stärker samverkan

Underlätta samverkan mellan NHV och övrig vård genom att införa regionala vård- och stödsamordnare. De kan exempelvis samordna kontakterna mellan NHV och annan specialiserad vård, erbjuda stödinsatser – även för närstående – och informera om hur och var man kan få mer hjälp.

Stärk kunskapen om könsdysfori och bemötande

Personer med symtom på könsdysfori vänder sig i ett första skede till den regionala hälso- och sjukvården. Efter en utredning ska även viss könsbekräftande vård erbjudas där, på remiss eller initiativ från NHV. Eftersom antalet personer med könsdysfori är relativt få kan personalen ha begränsad erfarenhet av att möta patientgruppen. Se därför till att kontinuerligt ge kunskapshöjande insatser för att stärka kompetensen om tillstånd och bemötande.

Se också till att det finns grundläggande kunskap om sådant som inte nödvändigtvis ingår i rekommendationerna, men som är viktigt att känna till. Exempelvis remissförfarande, könstillhörighetslagen och regionens rutiner för screening.

Stärk jämlikheten: minska väntetiderna och öka tillgängligheten

Det finns variationer i vården vid könsdysfori, exempelvis när det gäller tillgång till vård och väntetider till nationella högspecialiserade vårdenheter (NHV). Även kunskapen om transpersoners livsvillkor och behov varierar.

Andelen personer med könsdysfori i befolkningen är låg, men tillståndet kan vara mycket allvarligt. Det kan dock bli bättre med rätt vård i tid. Dagens väntetider är på vissa håll upp till 7 år, vilket kan göra att vårdbehovet ökar. Om väntetiderna till den könsbekräftande vården minskar, kan de med störst behov få vård i rätt tid. Detta gäller både NHV-vård och den vård som ges utanför NHV. Därför behöver den könsbekräftande vården tillräckliga resurser, så att personalen kan erbjuda personcentrerad vård i ett tidigt skede, och på så sätt minimera risken för att förvärra tillståndet och lidandet hos patienter och närstående.

Med kortare väntetider och stärkt kunskap om könsdysfori ökar tillgängligheten och bemötandet blir bättre. Då kan vården bli mer jämlik över landet.

Använd riktlinjerna som prioriteringsstöd

Dessa riktlinjer är ett stöd för att prioritera resurser. Du som beslutsfattare får veta vilka behandlingar och arbetssätt som är viktigast att prioritera eller avveckla, på en övergripande gruppnivå.

Vi vänder oss framför allt till dig som har ett ansvar för resursfördelning i hälso- och sjukvården. Du kan arbeta på regional eller kommunal nivå, till exempel i rollen som tjänsteperson, verksamhetschef eller politiker. Du kan till exempel använda riktlinjerna som underlag för att

- fördela resurser efter behov, så att de gör största möjliga nytta
- ändra ett arbetssätt eller en organisation
- ta fram nationella, regionala och lokala vårdprogram, överenskommelser, vägledningsdokument eller verksamhetsplaner.

Dessutom ska riktlinjerna kunna vara ett underlag för de vårdprogram som tas fram av NHV-enheterna. Rekommendationerna ger vägledning, men är inte juridiskt bindande: personalen behöver alltid bedöma vad en enskild patient behöver, i samråd med patienten.

Fokus på vissa insatser – riktlinjerna är inte heltäckande

Vi tar upp ett urval av relevanta frågor för dig som beslutsfattare. Det kan handla om organisatoriska frågor, insatser där det finns praxisskillnader och ojämlikheter eller områden som kräver kvalitetsutveckling. Vi ger oftast inte rekommendationer om arbetssätt som redan fungerar bra i hela landet – även om de är viktiga att upprätthålla.

Rekommendationerna är alltså inget heltäckande prioriteringsstöd, och de kompletteras av flera andra kunskapsstöd.

➔ **Läs mer:**

- i avsnittet NHV-enheterna tar fram vårdprogram
- i kapitlet Kompletterande stöd – det finns även riktlinjer för andra vanliga tillstånd för personer med könsdysfori
- i Socialstyrelsens kunskapsstöd Vård av barn och ungdomar med könsdysfori (pdf)
- om hur vi har avgränsat riktlinjerna i webbilagan *Metodbeskrivning* på Socialstyrelsens webbplats.

Prioritera med hjälp av bästa tillgängliga kunskap

Socialstyrelsens rekommendationer bygger på forskning och erfarenhet hos yrkesverksamma – den bästa tillgängliga kunskapen.

Det finns mycket forskning om könsdysfori som tyder på att insatser gör nytta. Dock saknas det till exempel ofta den typ av kontrollerade studier som ger säkrast tillförlitlighet för insatsernas faktiska effekt. I de fall där det inte finns vetenskaplig evidens med tillräckligt hög tillförlighet så är Socialstyrelsens praxis att tillämpa en systematisk konsensusprocess.

Rekommendationerna om insatser vid könsdysfori bygger därför till stor del på beprövad erfarenhet, som vi har samlat in genom en systematisk konsensusprocess med drygt 100 yrkesverksamma som har minst tre års erfarenhet på området.

➔ **Läs mer** i webbilagan *Metodbeskrivning* på Socialstyrelsens webbplats.

Till dig som är beslutsfattare eller chef ger vi rekommendationer med olika prioritet, som stöd för att prioritera insatser som bidrar till en jämlik vård (se tabell 1).

Tabell 1. 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 (de ger mycket liten nytta i förhållande till risken eller kostnaden).
FoU	Insatser som inte bör utföras rutinmässigt, utan endast inom ramen för forskning och utveckling i form av systematisk utvärdering. Vi ger rekommendationen FoU när det inte finns tillräcklig kunskap, men forskning pågår som kan ge ny kunskap.
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.

De med störst behov ska få företräde

Vi utgår från nyttan och riskerna med de olika insatserna när vi sätter prioritetssiffrorna. Högst prioritet har de insatser som gör störst nytta för patienterna med de svåraste hälsotillstånden – eftersom de som behöver

vården mest ska ha företräde till vården.[1] Svårighetsgraden hos ett hälsotillstånd avgörs bland annat av risken för förtida död, ytterligare sjukdom eller funktionsnedsättning och sänkt livskvalitet.

Vidare får en insats alltid prioritet 1 om den kan betraktas som självklar enligt särskilda kriterier för så kallad god praxis. Bland annat ska insatsen utan tvekan göra mer nytta än skada, och den ska vara kostnadssparande eller åtminstone kostnadsneutral.

När det är relevant och möjligt tar vi också hänsyn till kostnadseffektivitet i prioriteringen, det vill säga vilken nytta en insats ger för patienten i förhållande till kostnaden.

Ytterst utgår prioriteringsarbetet från en nationell modell för öppna prioriteringar i hälso- och sjukvården [3]. Denna modell utgår i sin tur från den etiska plattformen i propositionen *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60).

➔ **Läs mer:**

- I kapitlet Implementera riktlinjerna – för en jämlik vård får du mer praktisk vägledning i arbetet med att följa rekommendationerna.
- I webbilagan *Metodbeskrivning* på Socialstyrelsens webbplats beskriver vi Socialstyrelsens gedigna metod för att ta fram rekommendationer med olika prioritet mer i detalj, och hur vi har bedömt svårighetsgraden för könsdysfori.

Socialstyrelsen utvärderar vården med indikatorer och målnivåer

Socialstyrelsen utvärderar hur de nationella riktlinjerna används och påverkar praxis i hälso- och sjukvården. Kunskapen används sedan när vi uppdaterar riktlinjerna. Utvärderingen kan till exempel visa om det finns samband mellan insatser som människor får och var i landet de bor eller deras socioekonomiska status.

Socialstyrelsen har nyligen 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*, 2025 [2]. Den innehåller även ytterligare förslag på indikatorer och förslag till uppföljning i andra delar av hälso- och sjukvården.

Som beslutsfattare kan du också använda indikatorerna för att

- följa upp och utveckla din verksamhet

[1] Se 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

- följa upp och jämföra hälso- och sjukvårdens strukturer, processer och resultat över tid – lokalt, regionalt eller nationellt
- förbättra insatsernas kvalitet och effektivitet.

Dessutom kommer vi att undersöka om det finns förutsättningar för att fastställa nationella målnivåer, som anger hur stor andel av en patientgrupp som bör komma i fråga för en viss undersökning eller behandling. Målnivåerna är alltså nivåer som hälso- och sjukvården bör sträva efter att nå.

Sedan beslutet om att viss vård vid könsdysfori ingår i NHV ska även ett urval av uppföljningsmått årligen rapporteras in till Socialstyrelsen, som publicerar dessa på webbplatsen.

➔ **Läs mer**:

- Stärkt uppföljning av vård vid könsdysfori (pdf)
- Årlig uppföljning av könsdysfori – aggregerad data från NHV-enheterna och deras samarbetspartners
- Könsdysforiregistret – via könsdysforiregistret följs vården som ges till patienter som genomgår utredning och får behandling för könsdysfori.

Utgångspunkt: om könsdysfori och vården idag

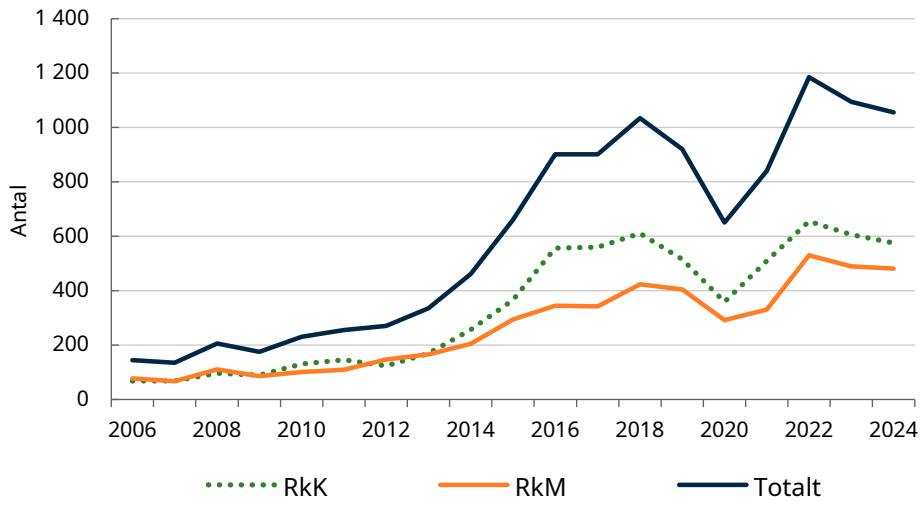
En person med könsdysfori har en uttalad upplevelse av att kroppen inte stämmer överens med könsidentiteten, eller det kön andra uppfattar personen som, så kallad könsinkongruens. När könsinkongruensen medför ett psykiskt lidande, eller en försämrad förmåga att fungera i vardagen, kallas detta för könsdysfori.

Behandlingen av personer med könsdysfori började i liten skala på 1960-talet i Sverige. Från och med 1972 blev det tillåtet enligt lag att byta juridiskt kön, och sedan dess har diagnoserna ökat långsamt. Under 2010-talet ökade diagnoserna markant, men nu tycks nivån ha stabiliserat sig på 1 000 till 1 200 nya könsdysforidiagnoser per år.

Totalt 11 258 personer med könsdysforidiagnos har haft en vårdkontakt sedan 2006, vilket motsvarar **0,105 procent** av befolkningen 2024, enligt Socialstyrelsens patientregister. Detta gäller samtliga diagnoskoder, inklusive preliminär diagnos.

Diagram 1. Antal nya könsdysforidiagnoser

Diagrammet visar antalet nya könsdysforidiagnoser i patientregistret, alla åldrar, uppdelat på registrerad kön vid födseln. **RkK:** Registrerat kön: kvinna, **RkM:** Registrerat kön: man.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Fler söker hjälp

Antalet diagnoser i patientregistret visar hur många som sökt och fått vård för könsdysfori, men förekomsten av könsdysfori i befolkningen kan vara högre. Det finns numera både svenska och internationella befolkningsundersökningar som visar på en bredd av könsupplevelser.

Beroende på hur frågan formuleras upplever upp till 0,5–4,5 procent av befolkningen någon form av könsinkongruens eller ambivalens kring binaritet, men inte nödvändigtvis associerat med könsdysfori. 0,3–0,5 procent uttrycker en önskan om könsbekräftande vård [4–11].

Den siffran är alltså betydligt högre än andelen som fått en könsdysfori-diagnos i Sverige, enligt Socialstyrelsens patientregister (0,105 procent 2024). Glappet skulle kunna förklaras av att alla transpersoner inte har könsdysfori, eller att det finns sociala orsaker, som stigma och skam – eller obehag inför en klinisk sjukhusmiljö [8]. Andelen personer med könsdysfori som söker vård kan eventuellt ha ökat, i takt med att stigma och skam kopplat till diagnosen har minskat.

Samtidigt är det oklart om ökningen av diagnoser beror på att fler faktiskt upplever könsdysfori, eller om andra faktorer ligger bakom [12, 13]. Orsaken till ökningen av diagnoser är alltså inte belagd, men kan bero på en av dessa faktorer, en kombination av dem eller av andra, ännu inte identifierade faktorer:

1. Det har skett en faktisk ökning av personer i befolkningen som upplever könsdysfori.
2. Antalet personer som upplever könsdysfori är liknande över tid, men förändrade diagnoskriterier, bättre vård, minskad stigmatisering och bättre tillgång till vård har gjort att fler nu söker hjälp.

Könsdysfori är ett allvarligt tillstånd

Transpersoner är det begrepp som oftast används om personer vars könsidentitet inte stämmer överens med det kön som tilldelades[2] vid födseln, eller som har ett normbrytande könsuttryck som en central del av sin identitet. En del transpersoner har könsdysfori, men inte alla. Att vara transperson är inte en sjukdom, men könsdysfori är ett allvarligt tillstånd som innebär ett psykiskt lidande. Ofta behövs det könsbekräftande behandling för att minska detta lidande.

Könsdysfori upplevs olika för olika personer. Vad som är viktigast, och vilka behandlingsinsatser någon behöver, varierar. För många finns det helt enkelt en stark önskan att andra ska se en för den man är. För andra är det en tydlig kroppslig dysfori som rör delar av, och egenskaper hos, kroppen som

[2] Med tilldelat kön vid födseln avses det kön som utifrån de yttre könsorganens anatomi tilldelades vid födseln. Det används synonymt med registrerat kön vid födseln. Båda syftar till WHO:s internationella klassificieringsssystem ICD, där könsinkongruens beskrivs som: Gender Incongruence of Adolescence and Adulthood is characterised by a marked and persistent incongruence between an individual's experienced gender and the assigned sex, which often leads to a desire to 'transition', in order to live and be accepted as a person of the experienced gender, through hormonal treatment, surgery or other health care services to make the individual's body align, as much as desired and to the extent possible, with the experienced gender. Se ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics.

vanligen associeras med personer av ett visst kön. Det kan exempelvis gälla kropps- och ansiktsform, behåring, bröstvävnad, röst och könsorgan.

Skillnader i levnadsvillkor och hälsa

Forskning visar att det finns skillnader i levnadsvillkor jämfört med resten av befolkningen. Transpersoner har bland annat betydligt lägre inkomster än befolkningen i stort, i synnerhet transkvinnor. Transpersoner har även en större risk för social och ekonomisk marginalisering. Dessa skillnader kan inte förklaras av andra faktorer, som ålder, utbildning eller andra demografiska faktorer. Detta tyder på strukturell ojämlikhet – diskriminering eller andra strukturella barriärer. Flera studier har också visat att transpersoner upplever diskriminering, kränkningar, våld, social exkludering och andra barriärer oavsett om de har könsdysfori eller inte [13–21].

Det finns även tydliga skillnader i hälsa mellan transpersoner och befolkningen i stort. Det gäller både fysisk och psykisk hälsa, men risken är särskilt stor för psykisk ohälsa som ångest, nedstämdhet, stress och suicidtankar [16, 22–33].

Så kallad minoritetsstress kan påverka den psykiska hälsan. Den kan beskrivas som en ökad psykosocial stress som hänger samman med att avvika från normer i samhället. Erfarenheter av att bli utsatt för fördomar, våld och diskriminering kan leda till en ständig beredskap och rädsla, en negativt påverkad självbild och känslor av att behöva hålla sin identitet hemlig.

Omgivningens bemötande har stor betydelse, både i negativ och positiv riktning. Det finns mycket som kan skydda mot psykisk ohälsa, som till exempel att få

- stöd från personer i omgivningen
- bli sedd och bekräftad i sin könsidentitet
- vård för både eventuella psykiatriska diagnoser och eventuell könsdysfori [18, 26, 30, 31, 34–41].

Könsdysfori ingår i nationell högspecialiserad vård (NHV)

Könsdysfori är ett tillstånd som kräver specialkunskaper, lång erfarenhet och ett nära samarbete mellan experter inom flera områden, som psykiatri, sexologi, urologi, logopedi, plastikkirurgi och endokrinologi. Förutsättningarna för detta ökar när vården koncentreras till färre vårdenheter.

För att stärka och utveckla vården vid könsdysfori beslutade Socialstyrelsen 2023 att könsdysfori ska ingå i nationell högspecialiserad vård (NHV), vilket började gälla 1 januari 2024. Syftet är att skapa bättre förutsättningar för kompetensförsörjning och kunskapsspridning, men även för forskning och möjlighet till kunskapsutveckling och uppföljning.

Målet är att öka kvaliteten och tillgängligheten, så att alla patienter får ett bra bemötande och en tydlig vårdplan framåt. Genom att vården blir tillståndspliktig kommer Socialstyrelsen också att följa upp årligen utifrån volymer, tillgänglighet och vissa resultat.

Tre regioner samverkar med ytterligare tre

Det finns tre nationella enheter som ansvarar för vården inom NHV. Tillståndsområdet är förenat med en samverkansmodell där tillståndsenheterna har var sin samarbetsregion:

- Region Stockholm samarbetar med Region Uppsala.
- Region Östergötland samarbetar med Region Skåne.
- Västra Götalandsregionen samarbetar med Region Västerbotten.

Enheterna samverkar via ett samordningsråd om sådant som remisskriterier, väntetider och överföringar när personer flyttar. Samordningsrådet koordinerar även arbetet med att ta fram vårdprogram.

➔ **Läs mer** på Socialstyrelsens webbplats:

- Årlig uppföljning av könsdysfori – aggregerad data från NHV-enheterna och deras samarbetspartners.
- Nationell högspecialiserad vård – om processen att utse regioner.

NHV-enheterna tar fram vårdprogram

Som en del av NHV-uppdraget ingår att enheterna tillsammans tar fram ett nationellt vårdprogram. Syftet är att vården ska bedrivas jämlikt över landet. Det riktar sig till hälso- och sjukvårdspersonal som utreder eller behandlar könsdysfori, både inom och utanför NHV.

Varje NHV-enhet, inklusive samarbetspartner, har utsett erfarna medarbetare, i första hand med forskningskompetens, som tagit fram underlag för de olika specialiteternas vårdprogram. De täcker följande områden:

- utredning
- hormonbehandling
- logopedisk behandling

- viss kirurgi[3].

Även andra insatser kan komma att beskrivas i vårdprogrammet.

Det nationella vårdprogrammet förhåller sig till – och följer – de nationella riktlinjerna. Det följer även kunskapsstödet för barn och ungdomar där det är relevant, enligt överenskommelsen om en gemensam inriktning för en sammanhållen och ändamålsenlig kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården [42].

Vårdbehoven varierar

Hur mycket och vilken sorts vård som kan behövas efter en diagnos är individuellt. Men gemensamt för all utredning och vård vid könsdysfori, så kallad könsbekräftande vård, är alltså att den numera utförs vid, eller via, någon av NHV-enheterna eller deras samarbetspartners. Det finns dock många tillfällen då personer med könsdysfori har kontakt med den regionala vården: antingen när man initialt söker sig till primärvården eller den specialiserade vården med symtom, eller senare – via den högspecialiserade vården – som för viss vård remitterar till vården utanför NHV.

Observera: I de här nationella riktlinjerna ger Socialstyrelsen inte rekommendationer för den vård som ges inom nationell högspecialiserad vård (NHV). Riktlinjerna fokuserar istället på samarbetet mellan NHV och den regionala vården, liksom den vård som initieras inom NHV, men som organisatoriskt tillhör den regionala vården.

Utredning, diagnos och behandling

Personer som söker vård med symtom på könsdysfori har ofta sitt första möte redan i primärvården. I andra fall kan frågan komma upp i möte med psykiatrin i samband med en utredning av psykiatriska tillstånd eller funktionsnedsättningar. Utredning av könsdysfori ska dock inte göras utanför NHV.

Specialistteam utreder

Specialistteam inom NHV utreder eventuell könsdysfori. Utredningen ska klarlägga om personen lider av könsdysfori utifrån uppsatta diagnostiska kriterier enligt *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

[3] Lagen (2024:237) om vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen styr när vården får göra viss typ av underlivskirurgi som kan ingå i könsbekräftande vård. Ett kirurgiskt ingrepp får göras på den som har fyllt 18 år, är folkbokförd i Sverige, sedan en lång tid upplever att kroppen inte stämmer överens med könsidentiteten och måste antas komma att leva i denna könsidentitet under överskådlig tid. På en person som är under 23 år får könskörtlarna avlägsnas endast om det finns synnerliga skäl.

(DSM-systemet) eller ICD-10 – eller utreda om vårdbehovet bättre förklaras av något annat.

Utredningen kan ta från ungefär ett halvår upp till flera år. Specialistteamet utreder, och följer sedan patienten genom hela vårdprocessen. Detta kan också ta flera år, beroende på patientens behov och väntetider hos vården. Teamen har också ansvar för att rapportera till remittenter, skicka remisser till ytterligare vård och upprätta individuella vårdplaner enligt de särskilda villkoren för NHV.

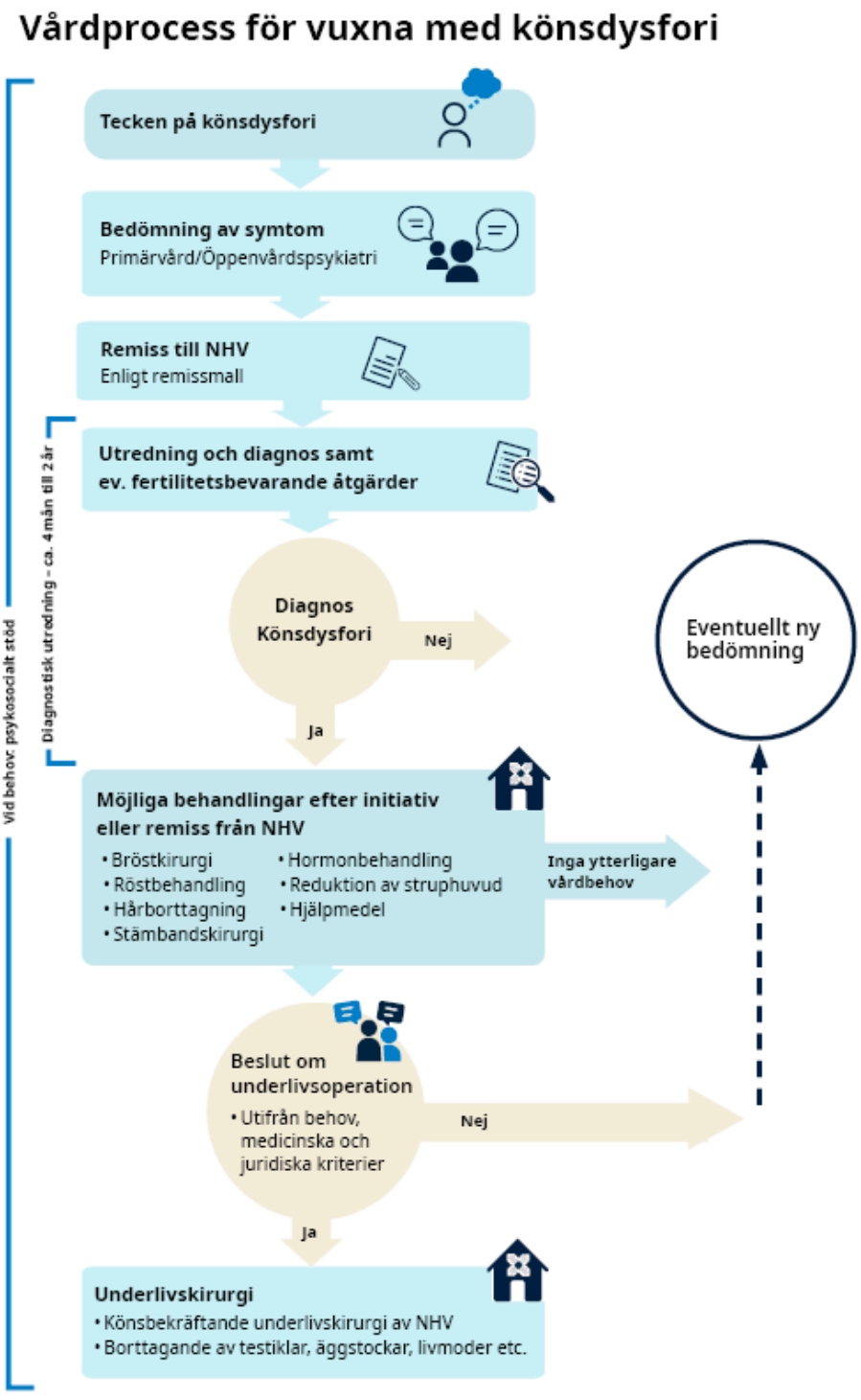
➔ **Läs mer** om bland annat tillståndsinnehavare, giltighetstid, beslut och information om årlig uppföljning på Socialstyrelsens webbplats: Könsdysfori som nationell högspecialiserad vård.

Individuella vårdbehov

Hur mycket och vilken sorts vård som kan behövas efter en diagnos är individuellt. För många är det i huvudsak hormonbehandling, logopediska insatser, hjälpmedel och könsbekräftande bröstkirurgi som blir aktuellt, medan det för transfeminina ofta också är viktigt med hårborttagning. Men det kan även bli aktuellt med reduktion av struphuvudet och borttagning eller rekonstruktion av könsorganen.

Översikt av vårdprocessen för vuxna

Bilden på nästa sida illustrerar översiktligt hur vårdprocessen kan se ut för en vuxen person som söker vård med tecken på könsdysfori.


Vårdprocess för vuxna med könsdysfori
Tecken på könsdysfori
Bedömning av symtom
Primärvård/Öppenvårdspsykiatri
Remiss till NHV
Enligt remissmall
Utredning och diagnos samt
ev. fertilitetsbevarande åtgärder
Diagnostisk utredning – ca. 4 mån till 2 år
Diagnos Könsdysfori
Nej
Ja
Eventuellt ny bedömning
Möjliga behandlingar efter initiativ eller remiss från NHV
• Bröstkirurgi
• Röstbehandling
• Hårborttagning
• Stämbandskirurgi
• Hormonbehandling
• Reduktion av struphuvud
• Hjälpmedel
Inga ytterligare vårdbehov
Beslut om underlivsoperation
• Utifrån behov, medicinska och juridiska kriterier
Nej
Ja
Underlivskirurgi
• Könsbekräftande underlivskirurgi av NHV
• Borttagande av testiklar, äggstockar, livmoder etc.
Vid behov psykosocialt stöd

Kirurgi och läkemedel

Det här avsnittet belyser det genomsnittliga antalet personer med könsdysforidiagnosen (F64.0) som gjort kirurgiska ingrepp inom fem år efter sin diagnos. Det visar också antalet personer som hämtat ut hormonmodulerande läkemedel under 2023.

Fördelningen av kirurgiska ingrepp

Siffrorna gäller enbart personer med en registrerad **F64.0-diagnos** (transsexualism), över 18 år, som hade denna huvuddiagnos vid operationstillfället.

Under 2016–2020 registrerades i genomsnitt **619** personer per år med en första förekomst av diagnosen med följande fördelning:

- tilldelat kön *kvinna* vid födseln: **357** personer
- tilldelat kön *man* vid födseln: **262** personer.

Här presenterar vi hur många av dessa personer som hade minst ett registrerat kirurgiskt ingrepp inom fem år efter den första F64.0-diagnosen, i genomsnitt per år.

Personer med **tilldelat kön kvinna** vid födseln:

- mastektomi: **199** personer
- hysterektomi eller salpingo-ooforektomi: **19** personer
- peniskonstruktion: **7** personer.

Personer med **tilldelat kön man** vid födseln:

- bröstaugmentation: **50** personer
- struphuvudsreduktion: **36** personer
- vaginoplastik: **34** personer.

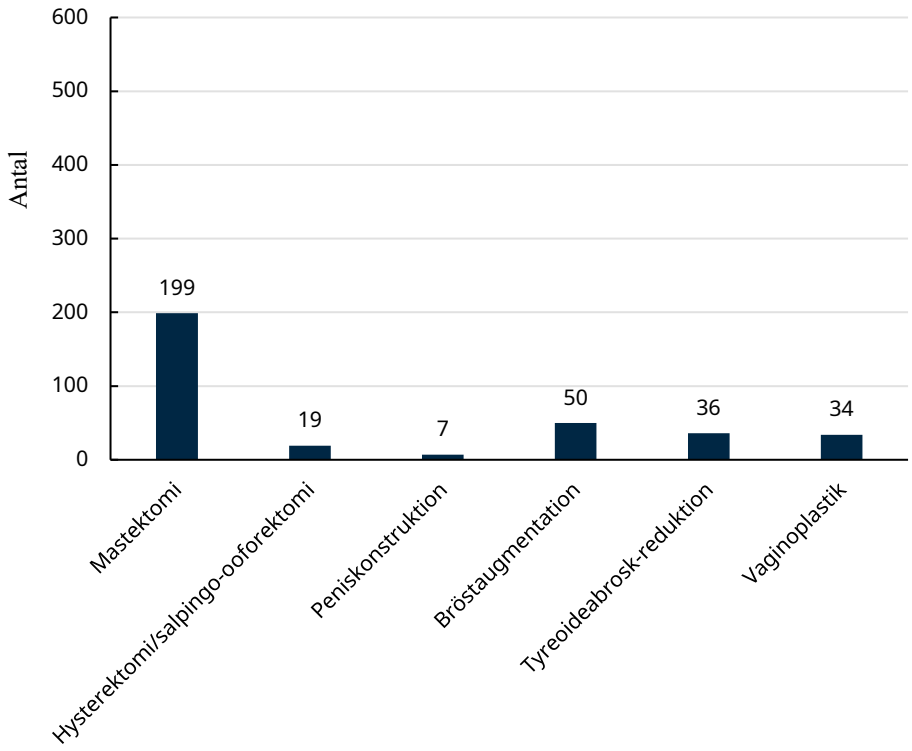
Kommentar: Antalet kirurgiska ingrepp för könsdysfori kan vara underskattat eftersom inte alla som kan vara aktuella för kirurgi hinner opereras inom 5 år efter diagnosen.

Kirurgiska ingrepp 2016–2020

I diagram 2 visar staplarna ett genomsnittligt antal personer per år (2016–2020) med en första registrerad F64.0-diagnos och minst ett kirurgiskt ingrepp inom fem år efter diagnosdatum. Personerna hade F64.0 registrerat som huvuddiagnos vid operationstillfället.

Sammanlagt registrerades i genomsnitt **619 personer** per år med diagnosen F64.0.

Diagram 2. Genomsnittligt antal personer som gjorde kirurgiska ingrepp per år (2016–2020) med könsdysforidiagnosen (F64.0)

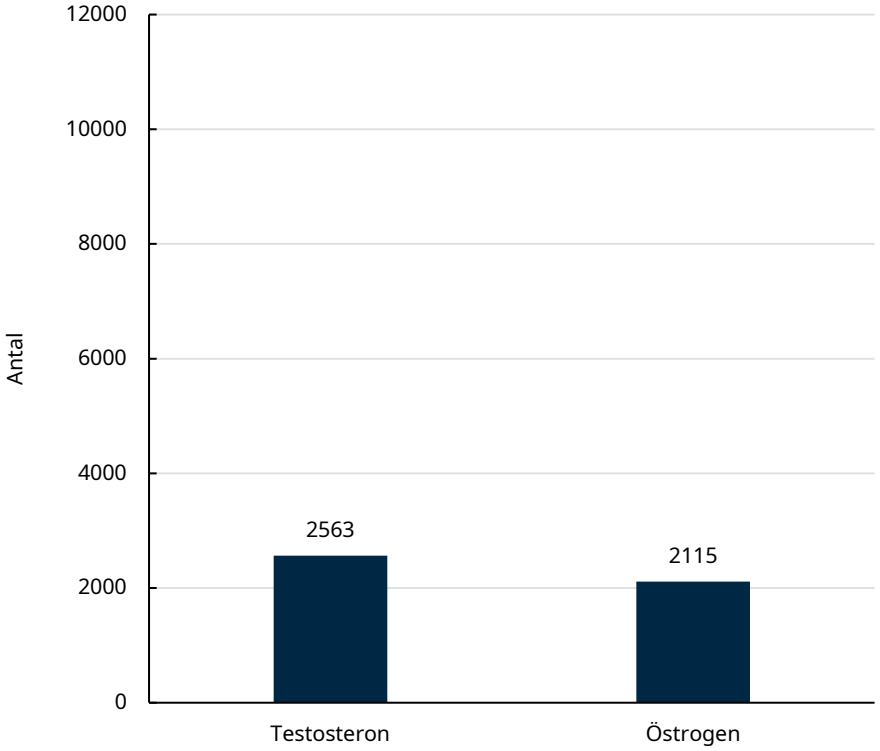


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Antal personer som hämtat ut läkemedel

Diagram 3 visar antalet personer över 18 med en F64.0-diagnos som hämtat ut hormonmodulerande läkemedel 2023. Hormoner som köpts eller beställts utomlands är inte inkluderade.

Diagram 3. Antal personer över 18 år med F64.0 diagnos som hämtat ut könsbekräftande läkemedel 2023



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

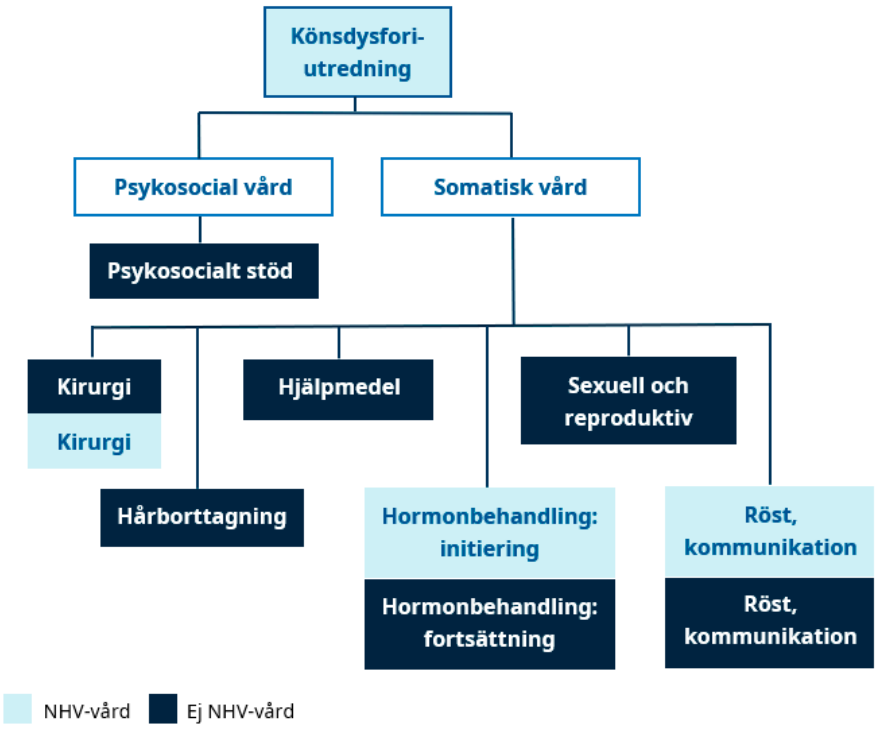
Vårdinsatser inom och utanför NHV

Vissa vårdinsatser är en del av den tillståndspliktiga NHV-vården och andra utförs hos den övriga vården utanför NHV.

Bilden på nästa sida ger en översikt av vilka vårdinsatser som ges som en del av NHV-vården och vilka som utförs utanför, enligt färgkodning.

I tabellen som hör till bilden beskriver vi olika behandlingsalternativ för somatisk vård mer detaljerat.

Översikt: Vårdinsatser inom och utanför NHV



Somatisk vård – behandlingsalternativ

Somatisk vård	Behandlingar	Vårdgivare
Hormonbehandling	Initiering av hormonbehandling	NHV
	Fortsättningsbehandling och uppföljning*	Ej NHV
Hjälpmedel		Ej NHV
Kirurgi	Mastektomi (inklusive bröstförminskning) eller bröstaugmentation	Ej NHV
	Yttre genital kirurgi	NHV
	Stämbandskirurgi	NHV
	Borttagande av äggstockar, livmoder, testiklar	Ej NHV
	Struphuvudsreduktion	Ej NHV
Hårborttagning		Ej NHV
Röst, kommunikation	Utredning, bedömning och initial logopedisk behandling	NHV
	Fortsatt behandling*	Ej NHV
Sexuell och reproduktiv hälsa	Sexologisk rådgivning och behandling	Ej NHV

Somatisk vård	Behandlingar	Vårdgivare
	Fertilitetsbevarande rådgivning och behandling	Ej NHV

* Patienten kan få fortsatt behandling efter överenskommelse med en vårdgivare på hemorten i nära samverkan med NHV.

Långa väntetider kan förvärra könsdysforin

Den könsbekräftande vårdens kapacitet är idag inte dimensionerad utifrån behoven, och väntetiderna skiljer sig mycket åt mellan mottagningarna. NHV-enheternas egen statistik visar att väntetiderna för nybesök för personer i åldersgruppen 0–17 år varierar från 6 månader i Västerbotten till 47 månader i västra götalandsregionen i augusti 2025. I åldersgruppen 18–100 år varierar väntetiderna från 18 månader i Västerbotten till 58 månader i Uppsala, enligt de enskilda NHV-enheternas ködata.

En utredning kan ta upp till två år. Det kan i dagsläget alltså ta upp till 7 år från det att remiss har skickats, till att patienten fått en diagnos – en förutsättning för att sedan få tillgång till könsbekräftande vårdåtgärder. Vårdbehovet kan ofta öka till följd av de långa väntetiderna, bland annat eftersom många mår väldigt dåligt under väntan. Könsdysforin kan också förvärras av att inte få vård.

Om den diagnostiska utredningen leder fram till att det inte rör sig om könsdysfori fördröjs också den vård som personen i stället behöver.

Att korta väntetiderna för den könsbekräftande vården är därmed en av de viktigaste åtgärderna för att förbättra måendet för personer som lider av symtom på könsdysfori.

➔ **Läs mer** om vårdgarantin i kapitlet Kunskap och bemötande behöver bli bättre.

Korta väntetiden

Som beslutsfattare kan du skapa förutsättningar för kortare väntetider på flera sätt, till exempel:

- Avsätt tillräckliga resurser inom den könsbekräftande vården.
- Se till att andra delar av vården har kunskap om *när* och *hur* de ska
  - skicka en remiss till NHV
  - erbjuda vård till personer med könsdysfori.

Socialstyrelsen följer upp väntetiderna

Socialstyrelsen har tagit fram tre indikatorer för att följa upp tillgång till diagnostik och behandling. Med dem mäter vi

- accepterade remisser för könsdysforiutredning
- tid till första besöket vid NHV könsdysfori
- tid till behandling vid behov av vård för könsdysfori.

Fler indikatorer som är relevanta för området: Vi har också tagit fram indikatorer för att mäta psykisk hälsa hos personer med könsdysfori, tillgång till psykosocialt stöd i hela vårdkedjan (detta ska mätas i olika delar av vårdkedjan, inklusive i väntan på diagnos och behandling) och självskadebeteende före utredningsstart.

➔ **Läs mer** på Socialstyrelsens webbplats:

- Rapporten Stärkt uppföljning av vård vid könsdysfori (pdf)
- Årlig uppföljning av könsdysfori – aggregerad data från NHV-enheterna och deras samarbetspartners.

Dagens vård är ojämlik

Vården vid könsdysfori uppvisar idag skillnader som påverkar jämlikheten. Det finns variationer mellan regionerna när det gäller tillgång till vård, väntetider till nationella högspecialiserade vårdenheter (NHV), det första besöket och behandling. Även kunskapen om transpersoners livsvillkor och behov varierar i hälso- och sjukvården. Detta kan påverka både bemötandet och kvaliteten i den lokala vården. Sammantaget leder dessa skillnader till att vården vid könsdysfori inte är jämlik över landet.

En mera jämlik vård med nationella riktlinjer och nationella vårdprogram

För att motverka skillnader i tillgång, väntetider och kunskap i vården vid könsdysfori tar Socialstyrelsen fram nationella riktlinjer. Syftet är att stärka förutsättningarna för en kunskapsbaserad, tillgänglig och jämlik vård för transpersoner som söker könsbekräftande vård.

Riktlinjerna vänder sig i första hand till beslutsfattare och vårdgivare som fördelar resurser och planerar vårdens innehåll. Genom att tydliggöra regionernas ansvar och främja samverkan mellan nationell högspecialiserad vård (NHV) och regional vård kan resurser användas mer effektivt och väntetiderna minska.

Inom ramen för NHV-uppdraget tar NHV-enheterna fram ett nationellt vårdprogram för den könsbekräftande vården. Vårdprogrammet riktar sig

främst till vårdpersonal, och ska bidra till en mer enhetlig och kunskapsbaserad vård.

Socialstyrelsen följer årligen upp ledtider till diagnos (psykiatri) och behandling (endokrinologi, logopedi och kirurgi) som en del av uppföljningen av NHV-uppdraget. Vägledning i form av både riktlinjer och vårdprogram behövs för att vården ska ge ett bra bemötande och stöd till personer med könsdysfori på lokal nivå, så att rätt patient tas om hand i rätt tid och på rätt vårdnivå.

Beredskap och samverkan mellan vårdnivåer behöver stärkas

Personer som söker vård för könsdysfori får idag ofta vård inom olika delar av vården, bland annat primärvård, nationell högspecialiserad vård och övrig specialiserad vård. Här saknas ofta beredskap för ett strukturerat omhändertagande. Riktlinjerna främjar beredskap och samverkan utifrån tydliga rutiner mellan olika vårdnivåer.

Brister i kunskap och bemötande

Kunskapen om könsdysfori och bemötandet av transpersoner behöver bli bättre på alla vårdnivåer. Det gäller grundläggande kunskap om könsdysfori, remissförfarande, könstillhörighetslagen och rutiner för screening.

➔ **Läs mer** i kapitlet Kunskap och bemötande behöver bli bättre.

Socialstyrelsen har tagit fram indikatorer för att följa bemötande

Socialstyrelsen har tagit fram övergripande indikatorer för att följa hälsorelaterad livskvalitet:

- livskvalitet hos personer med könsdysfori
- nöjdhet med bemötande och stöd vid könsdysfori.

Detta behöver följas upp i hela vårdkedjan och inom olika tidsintervall i relation till remiss, diagnos och behandling.

Fler indikatorer som är relevanta för området: Vi har också tagit fram indikatorer för att mäta könsinkongruens, psykisk hälsa och förekomst av suicid hos personer med könsdysfori.

➔ **Läs mer** i rapporten Stärkt uppföljning av vård vid könsdysfori (pdf) på Socialstyrelsens webbplats.

Rekommendationer till dig som är beslutsfattare eller chef

De nationella riktlinjerna om könsdysfori innehåller 16 rekommendationer. De riktar sig till dig som beslutar om resurser i den regionala hälso- och sjukvården. Fördela generellt mer resurser till högt prioriterade insatser än till lågt prioriterade. Prioritet 1 betyder högsta prioritet.

Rekommendationerna presenteras i två delkapitel:

Del 1: Organisation och samverkan
Rekommendationerna i del 1 gäller *alla åldersgrupper*, och innehåller tre områden:

- Sammanhållen hälso- och sjukvård
- Effektiv samverkan
- Ökad kunskap.

Del 2: Individanpassade insatser

Rekommendationerna i del 2 gäller *enbart vuxna*, utom rekommendationen om psykosociala insatser vid en otillfredsställande social situation, som också omfattar barn och ungdomar. Riktlinjerna är i linje med – och ska ses som ett komplement till – kunskapsstödet för barn och unga som i första hand beskriver hur psykosocialt stöd kan ges under utredningstiden. Riktlinjerna tydliggör att även barn och ungdomar kan behöva tillgång till psykosocialt stöd, även före utredningen.

Rekommendationerna i del 2 innehåller fem områden:

- Hjälpmedel
- Psykosociala insatser
- Kirurgi
- Sexuell och reproduktiv hälsa
- Hårborttagning.

Observera: Rekommendationerna är inte heltäckande, utan gäller ett urval av insatser där vägledningsbehovet är stort, och som främst berör könsbekräftande vård som erbjuds av den regionala hälso- och sjukvården *utanför* nationell högspecialiserad vård (NHV).

Läshjälp: Varje delkapitel består av fem textdelar:

Textdel	Innehåll
Inledning (utan egen rubrik)	Övergripande beskrivning av området

Textdel	Innehåll
Rekommendationer	Rekommendationer i prioritetsordning (och id-nummer som även finns i webbilagorna *Rekommendationslista i Excelformat* och *Kunskapsunderlag*)
Så har vi prioriterat	Övergripande motivering till rekommendationernas prioritet
Så påverkas hälso- och sjukvården	Ekonomisk och organisatorisk konsekvensanalys av rekommendationerna
Så utvärderar vi hälso- och sjukvården	De indikatorer som Socialstyrelsen använder för utvärdering, när det är aktuellt

➔ **Läs mer:**

- I bilaga 1 finns en översikt av rekommendationerna, med motiveringar till varje rekommendation.
- I bilaga 2 finns en översikt av indikatorerna.

På Socialstyrelsens webbplats finns

- fördjupande information: en detaljerad rekommendationslista i Excelformat, bilagorna *Kunskapsunderlag*, *Hälsoekonomiskt underlag*, *Fördjupad konsekvensanalys* och *Metodbeskrivning*. Se Socialstyrelsens webbplats
- rapporten Stärkt uppföljning av vård vid könsdysfori (pdf)
- kunskapsstödet om Barn och unga med könsdysfori.

Säkerställ en kunskapsbaserad, tillgänglig och jämlik vård

I korthet handlar rekommendationerna om att primärvård och specialiserad vård har en viktig roll i såväl bemötande som vård av personer som har, eller som visar symtom på, könsdysfori. I och med övergången av stora delar av behandlingen till NHV blir det viktigt att den övriga vården har ett strukturerat omhändertagande, liksom att kunskapen om könsdysfori blir bättre och uppdateras kontinuerligt.

Som beslutsfattare kan du skapa goda förutsättningar på flera sätt, bland annat genom att främja samverkan mellan nationell högspecialiserad vård (NHV) och regional vård, gärna med hjälp av vård- och stödsamordnare, så att resurserna används mer effektivt.

Del 1: Organisation och samverkan

Här ger vi rekommendationer om att organisera vården och stödet mer effektivt och sammanhållet för personer med könsdysfori, eller med symtom på könsdysfori. För en god och jämlik vård behövs också ökad kunskap hos personalen som träffar patientgruppen. Samtliga rekommendationer i del 1 riktar sig mot alla åldersgrupper.

Sammanhållen hälso- och sjukvård – från symtom till behandling och uppföljning

Personer med könsdysfori, eller med symtom på könsdysfori, behöver ofta insatser från flera delar av hälso- och sjukvården. För denna patientgrupp kan det röra sig om många kontakter, från symtom, behandling och uppföljning till fortsättningsvård. Hälso- och sjukvården ska bedrivas så att kraven på god vård uppfylls. Du som är verksamhetschef säkerställer att vården är tillgänglig och samordnad, och att patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet tillgodoses.[4]

Tydliga rutiner för ett strukturerat omhändertagande är centrala för alla vårdinstanser där personer med, eller med symtom på, könsdysfori söker och får vård. När en person fått vård inom NHV blir den ofta återremitterad till hemregionen och vidare till den specialiserade vården för behandling eller fortsatt vård och uppföljning. I dessa fall behöver beredskapen bli bättre på att ta emot och ge fortsatt behandling eller uppföljningsvård.

Två rekommendationer som kompletterar varandra

Det finns två kompletterande rekommendationer på området sammanhållen hälso- och sjukvård. Den ena fokuserar på **rutiner** för omhändertagande av personer med, eller med symtom på, könsdysfori i primärvården, specialiserad regional vård och nationell högspecialiserad vård (NHV).

Den andra lyfter att den regionala vården behöver ha **beredskap** för att också erbjuda vård och behandling till patientgruppen. Det kan handla om hjälpmedel, fortsatt, postoperativ vård eller eftervård inom olika vårdspecialiteter, som till exempel

- kirurgisk
- endokrinologisk
- gynekologisk
- urologisk
- sexologisk

[4] Se 5 kap. 1 § HSL och 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF.

- reproduktiv vård.

Observera: Det är vanligt att personer som väntar på utredning drabbas av ångest eller depression – primärvården behöver därför ha beredskap för att stötta dem. Hänvisa inte till NHV i dessa fall, utan ge stöd till personerna enligt riktlinjerna för dessa tillstånd, medan de väntar på utredning.

Brist på beredskap får konsekvenser

När beredskapen och kunskapen saknas kan patienterna hamna mellan stolarna: de får vänta väldigt länge på vård eller får fel vård, och vissa får ingen vård alls. Det kan gälla alla faser i vårdkedjan.

Enligt medverkande experter händer det exempelvis att patienter remitteras till NHV, trots att de hade kunnat tas om hand av den regionala vården. Detta leder till onödig belastning av den högspecialiserade vården, liksom onödig fördröjning för patienter.

Risken finns också att patienter inte får rätt vård i rätt tid. Patienter som genomgått könsbekräftande kirurgi borde till exempel kunna erbjudas kirurgisk eftervård i sin hemregion.

Det är också viktigt att personer som får livslång hormonbehandling kan följas upp och få fortsatt behandling inom ramen för den regionala vården. Detta kan ske antingen i primärvård eller specialiserad vård, beroende på region. Här handlar det om patienter som har en väl inställd behandling, som ska ges livet ut. Vid behov av mer komplex uppföljning eller behandling kan patienterna remitteras tillbaka till NHV.

Det händer också att personer som behöver bli remitterade till NHV inte blir det. Det är viktigt att känna till att det är de högspecialiserade teamen som bedömer eventuell könsdysfori. Använd alltid mallen för remittering. Den ska finnas på NHV-enheternas webbplatser.

Hur detta fungerar i dagsläget skiljer sig mellan regionerna och behöver bli mer likvärdigt. Alla som tar emot patientgruppen i olika faser av vårdkedjan behöver därför ta fram rutiner för omhändertagande – och ha beredskap för att ta emot patientgruppen.

➔ **Läs mer:** På NHV-enheternas webbplatser finns ett stöd för remittering. Det kommer även att finnas på 1177.

Rekommendationer om sammanhållen hälso- och sjukvård

Till hälso- och sjukvården

Id	För personer med ...	Rekommendation	Prioritet
Id 13	initierad behandling av könsdysfori inom NHV	Erbjud individanpassad behandling eller fortsättningsvård och uppföljningsvård utanför NHV.	1
Id 1	könsdysfori, eller med symtom på könsdysfori	Ta fram rutiner för ett strukturerat omhändertagande.	2



Så har vi prioriterat

Det har högsta prioritet att erbjuda individanpassad behandling, fortsatt vård och uppföljningsvård till personer med könsdysfori. Insatsen kan leda till bättre förutsättningar för kontinuerligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande enligt beprövad erfarenhet. Vi ser inga negativa effekter.

Att ta fram rutiner för ett strukturerat omhändertagande har också en hög prioritet. Insatsen är en förutsättning för en optimal och individanpassad vård, enligt beprövad erfarenhet. Insatsen säkerställer adekvat vård i rätt tid, och blir särskilt viktig eftersom alla regioner inte har en egen NHV-enhet.



Så påverkas hälso- och sjukvården

Sammantaget förväntas rutiner för ett strukturerat omhändertagande och en individanpassad behandling i den regionala hälso- och sjukvården stärka vårdkvaliteten, minska belastningen på NHV och öka patientens livskvalitet.

Din region behöver avsätta mer resurser initialt för exempelvis fortbildning, handledning, organisationsutveckling och anpassning av rutiner och journalsystem. Det krävs resursförstärkning och ett ökat administrativt ansvar för att etablera fungerande samverkansstrukturer mellan NHV och övriga vårdgivare. På kort sikt behöver ni investera i dessa områden för att bygga upp kompetens och strukturer för en mer individanpassad och samordnad vård.

På längre sikt förväntas rutinerna ge såväl ekonomiska som vårdrelaterade vinster. Ökad lokal kapacitet och bättre samordning kan

- korta väntetider
- förbättra kontinuitet och patientsäkerhet
- bidra till bättre fysisk och psykosocial hälsa.

Effektivare resursanvändning, förebyggande insatser och minskat behov av återbesök eller akutbesök kan dessutom minska kostnader och psykiskt lidande. Kostnaden för din region beror på hur väl den nuvarande strukturen och samverkan fungerar. Den beror också på hur många patienter som behöver vården.

➔ **Läs mer** i webbilagan *Fördjupad konsekvensanalys* på Socialstyrelsens webbplats.



Så utvärderar vi hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen har tagit fram en indikator för att följa upp Sammanhållen hälso- och sjukvård. Med den mäter vi

- strukturerat omhändertagande vid könsdysfori.

Fler indikatorer som är relevanta för området:

- anamnes och undersökning för samtidiga diagnoser i samband med könsdysforiutredning
- tillgång till psykosocialt stöd i hela vårdkedjan
- kallelse till screening för könsspecifika tillstånd.

➔ **Läs mer** i rapporten Stärkt uppföljning av vård vid könsdysfori (pfd) på Socialstyrelsens webbplats.

Effektiv samverkan

Effektiv samverkan kring personer med könsdysfori mellan flera verksamheter och nivåer i hälso- och sjukvården är centralt, i synnerhet sedan införandet av nationell högspecialiserad vård (NHV) 2024. Samverkan behövs för att insatserna ska fungera väl och utan fördröjningar, så att personerna får en jämlik vård och omsorg oavsett förmåga till egen samordning.

Det behövs rutiner för samverkan mellan NHV och övrig vård. När samverkan krävs i den regionala hälso- och sjukvården behövs det rutiner även där. Rutinerna kan bland annat ta upp vem som har huvudansvaret för vilka patienter, hur patienter remitteras och hur olika verksamheter konsulterar varandra. Det är viktigt att ingen hänvisas runt i onödan.

Det behövs också effektiva och säkra övergångar när nya aktörer ska ta över ansvaret för vården och stödet, exempelvis från NHV till specialiserad regional vård, eller mellan specialiserad vård och primärvård. Det är viktigt med en effektiv samverkan på alla områden där NHV är involverad med den övriga vården, exempelvis:

- primärvård
- kontinuerlig endokrin vård och uppföljning
- psykiatri
- logopedi
- gynekologi
- urologi
- dermatologi
- hjälpmedel
- reproduktiv och sexuell hälsa
- plastikkirurgi och viss annan kirurgi.

Insatsen innebär att verksamheter som tar emot patienter med könsdysfori har utarbetade former för samverkan och konsultativt stöd utifrån specifik kompetens. Syftet är att säkerställa effektiva flöden så att patientens vård inte blir fördröjd eller uteblir.

Vård- och stödsamordnare stärker samverkan

Vi rekommenderar att regionerna utser vård- och stödsamordnare, som i första hand hjälper till med att samordna kontakterna med de olika nivåerna i hälso- och sjukvården, exempelvis mellan NHV och den regionala specialiserade vården, och vid behov även med socialtjänsten.

En vård- och stödsamordnare som hjälper patienten med koordineringen av vården ökar förutsättningarna för en optimal och individanpassad behandling och ett väl anpassat stöd. Samordnaren kan bidra med ökad trygghet för patienten bland annat genom att

- samordna kontakter mellan olika vårdinstanser och nivåer
- samordna patientens kontakt med olika vårdinstanser
- ge psykosocialt stöd, både till patienten och närstående
- remittera från hemregionen till NHV
- följa upp eftervård och uppföljning för personer som fått vård inom NHV, men som nu ska fortsätta sin vård i hemregionen.

Vård- och stödsamordnaren kan med fördel även erbjuda stödinsatser för närstående, eller hänvisa vidare till relevanta vård- eller omsorgsinstanser. Stödsamordnaren har god kunskap om patientgruppens behov, och kan också stötta de vårdinstanser som tar emot patientgruppen och behöver höja sin kunskap, till exempel genom att utbilda vårdpersonal.

Vård- och stödsamordnare finns i dagsläget i ett fåtal regioner. De har visat sig ha flera förtjänster, inte minst transkompetens [43, 44]. Ett nätverk finns etablerat mellan de regioner som har vård- och stödsamordnare. De kan vara

placerade inom eller utanför NHV-organisationen, och de kan även hjälpa till med att ta fram rutiner för samverkan och uppföljning.

Samordnare kan vara placerade på olika nivåer i regionen, utifrån behov – och större regioner kan behöva flera. Men det kan även finnas organisatoriska eller andra fördelar i större regioner som leder till att behoven inte ökar utifrån storlek. Om regionen till exempel har NHV-vård eller andra roller där dessa samordnande uppgifter ryms kan det spela in i bedömningen av behov.

Rekommendationer om effektiv samverkan

Till hälso- och sjukvården

Id	För personer med könsdysfori ...	Rekommendation	Prioritet
Id 2	eller med symtom på könsdysfori, som har behov av vård från flera instanser	Ta fram rutiner för samverkan mellan nationell högspecialiserad vård och övrig vård (primärvård och specialiserad vård).	3
Id 3	eller med symtom på könsdysfori, som har behov av vård från flera instanser	Inför regionala vård- och stödsamordnare som samordnar kontakterna mellan NHV och den övriga vården.	3



Så har vi prioriterat

Båda insatserna för effektiv samverkan har hög prioritet, eftersom de ökar förutsättningarna för en optimal och individanpassad vård, enligt beprövad erfarenhet. Rutiner för samverkan säkerställer rätt vård i rätt tid, även om patientnyttan är mer indirekt än för direkta åtgärder. Insatsen vård- och stödsamordnare kan bidra till ökad trygghet genom att patienten och de närstående får hjälp med koordinering av vården.



Så påverkas hälso- och sjukvården

Effektiv samverkan förutsätter tydliga rutiner för ansvarsfördelning, remisshantering och konsultationer. Om din region saknar en effektiv samverkan behöver ni se över och anpassa era rutiner på området. Med en vård- och stödsamordnare kan ni säkerställa samordningen av insatser när det är nödvändigt. Din region kan behöva avsätta mer resurser, men förutsättningarna skiljer sig åt över landet, så diskutera var i organisationen vård- och stödsamordnare gör bäst nytta.

Ni kan utbilda befintlig personal eller anställa fler med lämplig kompetens. En vård- och stödsamordnare har ingen enhetlig utbildning i lag eller nationell standard – bakgrunden kan variera beroende på verksamhet, region och målgrupp. För detta behöver ni avsätta tillräckligt med administrativa resurser, så att personalen har förutsättningar i form av tid och kompetens att

arbeta med frågorna, och samordna insatser från olika aktörer när det finns samtycke. Kostnaden för rollen varierar därmed: dels på grund av mängden invånare med behov av insatser, dels beroende på utbildning.

Exempel: I två regioner utan NHV-enheter, vardera med en storlek på cirka 300 000 invånare, fungerar en heltidstjänst bra för patientgruppen, vårdflödet och effektiviteten. Upp till 50 % av samordnarens tjänst omfattar även andra uppgifter än samordning. Exempelvis psykosocialt stöd som kurator, kunskapshöjande insatser till andra enheter i regionen och annan verksamhetsutveckling. Vårdadministration ingår *inte* i den samordnande rollen.

En region med större befolkning och ett större patientunderlag än i exemplet ovan kommer troligen att leda till ett större behov av fler vård- och stödsamordnare, men här kan även synergieffekter förekomma där samarbete mellan stödsamordnare kan möjliggöra ett större upptagningsområde.

I de regioner som har vård- och stödsamordnare idag är det vanligt att de är utbildade kuratorer eller socionomer. Utgår man från en heltidstjänst rör sig årskostnaden uppskattningsvis om 856 704 kronor per tjänst.

➔ **Läs mer**: I tabell 1 i *Fördjupad konsekvensanalys* finns genomsnittslöner för olika yrkesgrupper och årskostnader för regioner av varierande storlek. Se Socialstyrelsens webbplats.



Så utvärderar vi hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen har tagit fram en indikator för att följa upp effektiv samverkan. Med den mäter vi

- regioner som upprättat koordinatorfunktion.

Flera indikatorer är relevanta här:

- anamnes och undersökning för samtidiga diagnoser i samband med könsdysforiutredning.

➔ **Läs mer** på Socialstyrelsens webbplats:

- Stärkt uppföljning av vård vid könsdysfori (pdf)
- Hälsoekonomiskt underlag och Fördjupad konsekvensanalys.

Ökad kunskap

Personal i hälso- och sjukvården behöver generell kompetens om transpersoner för att kunna upptäcka, bemöta och stödja personer med symtom på eller fastställd könsdysfori. Med rätt kunskap kan personalen

också hjälpa de som behöver i primär- eller specialistvården, eller skicka vidare med remiss till en NHV-enhet för utredning.

Stärk kunskapen om könsdysfori, behandling och bemötande

Personal som möter patientgruppen i hälso- och sjukvården behöver kontinuerliga kunskapshöjande insatser om könsdysfori, behandling och bemötande. Kunskapshöjningen bör innehålla information och kunskap om

- tillståndet och typiska symtom
- könsbekräftande behandling
- hur man kan ge ett bra bemötande.

Prioritera den specialiserade hälso- och sjukvården, som innefattar barn- och vuxenpsykiatrin, och de delar som tar emot patientgruppen utanför NHV som en del av den könsbekräftande vården:

- viss kirurgi
- endokrin behandling
- gynekologi
- sexuell och reproduktiv hälsa
- logopedi
- hjälpmedel
- hårborttagning.

Observera: Könsdysforiutredning görs endast inom NHV. De kunskapshöjande insatserna syftar alltså inte till att personal i den regionala vården ska utreda eller ställa diagnos – insatserna ska snarare ge en grundläggande förståelse för när patienterna behöver hänvisas vidare.

Anpassa utbildningen utifrån behoven

De kunskapshöjande insatserna bör vara riktade och behovsanpassade, exempelvis i samråd med vård- och stödsamordnaren. Även de som jobbar i primärvård, kommunal hälso- och sjukvård och elevhälsa behöver grundläggande kännedom om patientgruppen för att kunna ge rätt vård eller hänvisa vidare. För stöd i att komma igång med kunskapshöjande insatser kan du som beslutsfattare vända dig till NHV.

I dagsläget är kunskapsnivån ojämlik, och ibland skickas patienter med könsdysforidiagnos med andra symtom eller behov i onödan till NHV på grund av kunskapsbrist. Därför är det viktigt att personalen får kunskap om att symtom och behov kan variera mellan olika individer, utöver generell kunskap om könsdysfori och möjliga konsekvenser. Exempelvis ökad risk för depression och behov av psykosocialt stöd [22].

➔ **Läs mer** i kapitlet Kunskap och bemötande behöver bli bättre.

Rekommendationer om ökad kunskap

Till hälso- och sjukvården

Id	För personal …	Rekommendation	Prioritet
Id 4	i primär- och specialistvård som möter personer med könsdysfori, eller med symtom på könsdysfori	Erbjud kontinuerliga kunskapshöjande insatser om könsdysfori och bemötande.	4

➔ **Läs mer:** På Socialstyrelsens webbplats finns ett informationsmaterial om bemötande för personal som möter transpersoner eller personer med funderingar kring sin könsidentitet: Kunskap för ett jämlikt bemötande.



Så har vi prioriterat

Insatsen har en relativt hög prioritet eftersom den ökar förutsättningarna för optimal vård och individanpassat stöd, enligt beprövad erfarenhet.

Kunskapen om patientgruppen är bristfällig i den övriga vården, så det finns ett stort behov av kunskapshöjande insatser om könsdysfori och bemötande. Patientnyttan är mer indirekt än för direkta åtgärder, och den är beroende av väl inventerade behov och riktade insatser för att ge effekt.



Så påverkas hälso- och sjukvården

När du avsätter resurser för kunskapshöjande insatser skapar du bättre förutsättningar för personalen att erbjuda optimal och individanpassad vård.

Även om kunskapshöjande insatser innebär en initial kostnad kan de på sikt spara resurser, eftersom vårdkvaliteten ökar och risken för felbehandling eller psykosocial ohälsa minskar. Risken för att patienter skickas runt i vården i onödan minskar också.

➔ **Läs mer** i webbilagan *Fördjupad konsekvensanalys* på Socialstyrelsens webbplats.

Del 2: Individanpassade insatser

Här ger vi rekommendationer om olika typer av vård och stöd för personer med könsdysfori, eller med symtom på könsdysfori, i primärvården och den övriga specialiserade vården. Vi ger alltså *inte* rekommendationer till den nationella högspecialiserade vården. Rekommendationerna i del 2 gäller enbart vuxna – utom rekommendationen om psykosocialt stöd vid en otillfredsställande psykosocial situation, eller risk för en sådan.

Patientgruppen får insatserna

- i sin hemregion
- i en närliggande region
- på NHV-enheten, med utgångspunkt i vårdplanen som upprättas av det könsbekräftande teamet.

Insatserna anpassas alltid till individen och familjesituationen. Patienter och närstående kan få psykosocialt stöd i primärvården eller den specialiserade vården – eller via den socialtjänst som har kompetens på området. Detta gäller även samtal om, eller behandling för, sexuell hälsa. Hjälpmedel kan erbjudas redan innan diagnos vid behov. Övriga insatser inom kirurgi, reproduktiv hälsa och hårborttagning får patientgruppen efter diagnos från NHV, i hemregionen eller i en närliggande region.

Hjälpmedel

Hjälpmedel kan användas i syfte att lindra könsdysfori, eller för att uppfattas av andra i enlighet med sin könsidentitet. Exempel på hjälpmedel är

- peruk
- binder
- bröstprotes
- penisprotes eller packer
- tucker.

Hjälpmedel kan vara användbart för att ställa diagnos, som en tillfällig lösning i väntan på diagnos och vidare behandling, eller som substitut om man inte kan få eller önskar kirurgisk eller hormonell behandling. Vissa hjälpmedel kan man behöva genom hela livet, som peruk, medan binder ofta bara är tillfällig i väntan på kirurgiska insatser. Samtliga hjälpmedel kan också bli aktuella vid detransition.

Hjälpmedel erbjuds utifrån behov under olika skeden i vårdprocessen. Peruk, bröstinlägg eller binder används troligen i ett tidigt skede, till exempel under utredningen, medan tucker, packer eller penisprotes ofta blir aktuellt först senare. Du som beslutsfattare behöver ta ställning till om din region har beredskap och kompetens för insatsen, eller om en närliggande region behöver bistå för något eller några av hjälpmedlen.

Rekommendationer om hjälpmedel

Till hälso- och sjukvården

Id	För personer med …	Rekommendation	Prioritet
Id 14	könsdysfori, eller symtom på könsdysfori, kopplad till hår, bröst och yttre könsorgan	Erbjud hjälpmedel utifrån behov.	2

Så har vi prioriterat

Insatsen har fått hög prioritet eftersom den enligt beprövad erfarenhet bidrar till minskad könsdysfori. Hjälpmedel kan också användas i flera olika situationer, och bidrar till minskad funktionsnedsättning för de som önskar använda dem. Vissa använder hjälpmedel som en del i utforskandet av könsidentiteten – på så sätt kan hjälpmedel användas diagnostiskt. Men det kan också vara ett alternativ för de som inte kan eller önskar genomgå kirurgiska ingrepp eller hormonbehandling.

Så påverkas hälso- och sjukvården

Rekommendationen bedöms på kort sikt medföra ökade kostnader för regionerna, dels för hjälpmedlen, dels för de vårdbesök som krävs för bedömning, förskrivning, utprovning och uppföljning. Men på lång sikt kan den troligen innebära besparingar, tack vare minskat behov av andra insatser, som exempelvis stöd vid psykisk ohälsa eller kirurgi.

Rekommendationen kan även innebära behov av utbildningsinsatser och ökad samverkan inom och mellan regioner och vårdformer. Hjälpmedel är en medicinteknisk produkt och det finns särskilda krav på kompetens för personal som hanterar dessa produkter. Personalen behöver ha kunskap om hjälpmedlens funktion, förskrivningsprocessen samt eventuella risker. Det är vårdgivaren som bedömer kompetens och utser vem som ska förskriva hjälpmedel.[5]

Du som beslutsfattare behöver säkerställa att vårdpersonal har rätt kompetens och utbildning för att hjälpa personer som är i behov av hjälpmedel.

➔ **Läs mer**:

- I tabell 4 i Fördjupad konsekvensanalys finns exempelberäkningar för årliga kostnader, baserat på uppskattningar av andel personer som förväntas behöva olika typer av hjälpmedel och kostnader för olika hjälpmedel. Se Socialstyrelsens webbplats.

[5] Se 3 kap. 1 och 2 §§ Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2021:52) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården.

- Socialstyrelsen ger webbutbildningar om hjälpmedel som riktar sig till olika målgrupper. Se Hjälpmedel - Patientsäkerhet.

Psykosociala insatser

Vi ger två rekommendationer om psykosociala insatser: en för personer med könsdysfori, eller symtom på könsdysfori, med en otillfredsställande social situation, och en för närstående till vuxna med könsdysfori, eller symtom på könsdysfori.

Erbjud psykosocialt stöd vid en otillfredsställande social situation

Den här rekommendationen inkluderar vuxna, barn och ungdomar med könsdysfori, men även personer som söker vård med symtom på könsdysfori, med en otillfredsställande psykosocial situation eller med risk för en sådan.[6] Mer specifikt omfattar åtgärden alla med könsdysfori, eller symtom på könsdysfori, som väntar på en könsdysforiutredning – men även alla som inte vill genomgå en sådan utredning. Den omfattar också personer som genomgår eller har genomgått en könsdysforiutredning.

Psykosocialt stöd är i första hand inriktat på det psykiska och psykosociala måendet kopplat till personens könsdysfori, även om insatser inriktade på den övriga livssituationen kan ingå. Stödet, exempelvis i form av en kortare serie stödjande samtal, fokuserar på mående kopplat till den sociala situationen och sammanhanget, och erbjuds alla som behöver det, exempelvis personer som

- inte har en tillfredsställande stabilitet för sysselsättning, ekonomi, boende, stödinsatser och relationer
- upplever social marginalisering, exempelvis diskriminering eller en icke-stödjande familjesituation.

Främja sociala färdigheter och motståndskraft

Personal med psykosocial kompetens kan ge stöd och främja sociala färdigheter och motståndskraft hos patienter och deras närstående när de ska finna sig till rätta i sociala sammanhang som inte alltid inkluderar och respekterar transpersoner.

Vid behov av stöd från andra myndigheter eller stödfunktioner utanför hälso- och sjukvården kan en sådan kontakt underlättas, exempelvis via

[6] När det gäller barn eller ungdomar under utredning hänvisas till kunskapsstödet för barn och ungdomar. Riktlinjerna gäller vården utanför NHV.

regionala vård- och stödsamordnare. Det är viktigt att den som behandlar har kompetens om såväl tillstånd som bemötande.

Informera och stötta närstående

Närstående till personer med könsdysfori, eller med symtom på könsdysfori, behöver ofta stöd eller information. Det kan handla om könsidentitet och hur man kan vara ett stöd under en transition, eller om stöd i att hantera sina egna känslor.

Stöd från närstående är en viktig faktor för att personer som väntar på en utredning ska må bättre. Vård- och stödsamordnare kan förslagsvis erbjuda närstående information och visst stöd. De kan till exempel informera om var man kan få ytterligare stöd.

Observera: Den här rekommendationen gäller endast för närstående till vuxna med könsdysfori, eller symtom på könsdysfori. För barn och unga är närståendestöd också av mycket stor vikt, vilket framgår i Socialstyrelsens kunskapsstöd för barn och ungdomar med könsdysfori.

Rekommendationer om psykosocialt stöd

Till hälso- och sjukvården

Id	För personer …	Rekommendation	Prioritet
Id 6	med könsdysfori, eller symtom på könsdysfori, med en otillfredsställande psykosocial situation, eller med risk för en sådan	Erbjud psykosocialt stöd.	3
Id 7	som är närstående till vuxna med, eller med symtom på, könsdysfori med en otillfredsställande psykosocial situation, eller med risk för en sådan	Erbjud psykosocialt stöd.	6

➔ **Läs mer på** Socialstyrelsens webbplats: Nationella riktlinjer: depression och ångestsyndrom.

Så har vi prioriterat

Enligt beprövad erfarenhet ökar insatsen psykosocialt stöd förutsättningarna för psykosocial stabilitet och välmående, och insatsen ger därmed god patientnytta för de flesta.

Psykosocialt stöd till närstående kan leda till positiva effekter för vuxna med, eller med symtom på könsdysfori, men insatsen är lägre prioriterad, eftersom den inte har en direkt effekt på hälsotillståndet. Enligt beprövad

erfarenhet ökar insatsen förutsättningarna för att närstående ska få det stöd de behöver för egen del, men de får även bättre förutsättningar för att stödja någon annan. En stor del av gruppen behöver insatsen.



Så påverkas hälso- och sjukvården

När du avsätter resurser för att erbjuda psykosocialt stöd till patienter och deras närstående skapar du bättre förutsättningar för att personalen ska kunna ge optimalt och individanpassat stöd.

Även om psykosocialt stöd innebär en kostnad kan insatsen spara resurser på sikt, eftersom syftet är att förebygga ytterligare psykosocial ohälsa och lidande hos såväl patienter som närstående. Dessutom ökar vårdkvaliteten, och risken för felbehandling minskar.

➔ **Läs mer** i webbilagan *Fördjupad konsekvensanalys* på Socialstyrelsens webbplats.



Så utvärderar vi hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen har tagit fram en indikator för att följa upp psykosociala insatser. Med den mäter vi

- tillgång till psykosocialt stöd i hela vårdkedjan.

Flera indikatorer är relevanta här:

- livskvalitet hos personer med könsdysfori
- psykisk hälsa hos personer med könsdysfori
- nöjdhet med bemötande och stöd vid könsdysfori.

➔ **Läs mer** i rapporten Stärkt uppföljning av vård vid könsdysfori (pdf) på Socialstyrelsens webbplats.

Kirurgi

Könsdysfori kan upplevas olika för olika personer. Kroppslig dysfori rör ofta delar av, och egenskaper hos, kroppen som vanligen associeras med personer av ett visst kön. Det kan exempelvis gälla kroppsform, ansiktsform, behåring, bröstvävnad, röst, struphuvud och könsorgan. En del känner dysfori för alla "könade" egenskaper hos kroppen, medan andra känner dysfori för någon eller några egenskaper.

Det finns ett antal könsbekräftande kirurgiska åtgärder som kan utföras i den regionala vården efter diagnos och upprättad vårdplan från NHV:

- mastektomi (inklusive bröstförminskning) och bröstförstoring
- kirurgisk reducering av struphuvudet

- borttagande av äggledare, äggstockar, livmoder, testiklar
- ansiktskirurgiska ingrepp.

Det är viktigt att även kirurger i den regionala hälso- och sjukvården har kunskap om patientgruppen och deras behov, men även om bemötande. Det är önskvärt att operationer utförs i samråd med en NHV-enhet, om regional kunskap saknas.

De könsbekräftande kirurgiska ingreppen kan också bli aktuella för personer som önskar reversera en tidigare behandling, och som upplever könsdysfori i samband med detransition.

Bröst

Ofta är **könsbekräftande mastektomi** (inklusive bröstförminskning) det första – och ibland det enda – kirurgiska ingrepp som personer med *tilldelat kön kvinna* vid födseln, och med könsdysfori kring bröst, väljer att genomgå. Det kan handla om att ta bort bröstvävnad i varierande grad för att skapa en bröstkorg som bättre stämmer överens med personens könsidentitet. Kirurgen tar bort så mycket bröstvävnad som behövs för att åtgärda personens dysfori kring brösten.

Hos personer med *tilldelat kön man* vid födseln sker i regel en viss bröstutveckling vid könsbekräftande hormonbehandling. Bröstimplantat kan erbjudas om brösten bara utvecklas lite eller inte alls, eller när hormonbehandling av medicinska eller andra skäl inte är aktuellt.

Observera: Det är av stor vikt att regioner som erbjuder könsbekräftande mastektomi eller bröstförminskning har kompetens för att göra ett könsbekräftande eller maskuliniserande ingrepp. Det kan inbegripa flera olika tekniker, men syftar alltså *inte* till att ta bort så mycket bröstvävnad som möjligt, i kontrast till exempelvis mastektomi vid bröstcancer. Patienten och kirurgen samråder om hur mycket bröstvävnad som kan lämnas kvar för att möta patientens behov för att minska könsdysfori, och vad som är kliniskt möjligt. NHV-enheterna kan konsulteras vid behov.

Struphuvud

För personer med könsdysfori kring struphuvudet kan man erbjuda en **kirurgisk reduktion av struphuvudet**. Detta sker genom ett horisontellt snitt i ett hudveck på halsen, och sedan skärs eller slipas ett lager av den yttre delen av sköldbrosket just ovanför stämbanden bort.

Äggledare, äggstockar, livmoder och testiklar

För personer med könsdysfori som är kopplad till **äggledare, äggstockar, livmoder, testiklar eller deras funktioner** kan man efter att diagnosen ställts av en NHV-enhet erbjuda hysterektomi, salpingo-ooforektomi och

orchidektomi även utanför NHV, i hemregionen. Man gör dessa kirurgiska ingrepp[7] för att minska inkongruensen mellan könsidentiteten och det kön som personen tilldelades vid födseln, eller för att exempelvis slippa testosteronblockerande läkemedel.

Operationer görs i samråd med en NHV-enhet som noggrant redogör för hur ingreppen kan påverka en eventuell framtida könsbekräftande kirurgi, eftersom exempelvis möjligheterna för genital kirurgi kan påverkas.

Ansikte

Ansiktet är den kroppsdel som syns tydligast när vi rör oss i det offentliga rummet. För en del personer kan ansiktsdragen göra det svårt att bli uppfattad i enlighet med könsidentiteten. Detta förstärker det psykiska lidandet och den begränsning som könsdysforin kan innebära socialt, i arbetslivet eller inom andra viktiga områden. Det finns en rad kirurgiska ingrepp som kan ge ansiktet ett mer feminint utseende.

Det behövs mer forskning om ansiktskirurgi

Det vetenskapliga underlaget för ansiktskirurgiska ingrepp bygger på små, okontrollerade studier med kort uppföljning och stor risk för bias, vilket gör att tillförlitligheten är mycket låg. Det råder en avsaknad av samsyn i den tillgängliga litteraturen för hur effekterna av ansiktskirurgi gör nytta för patienter med könsdysfori, och det saknas studier som utvärderar just könsdysfori och könskongruens. Dock presenterar de enskilda studierna goda resultat vad gäller självskattad nöjdhet efter kirurgi, men underlaget brister i klarhet över vilka individuella faktorer som avgör vem som blir hjälpt av ansiktskirurgi och i vilken grad.

Det finns därmed ett tydligt behov av prospektiva studier med kontrollgrupper som har en längre uppföljningstid, större patientunderlag och mer standardiserade, transspecifika utfallsmått, som även mäter effekter på könsdysfori och könskongruens.

Mot bakgrund av detta rekommenderar Socialstyrelsen att könsbekräftande ansiktskirurgiska ingrepp görs inom ramen för forskning och utveckling (FoU). För att kunna besvara frågeställningen i framtiden behövs det interdisciplinära studier som utvärderar könsdysfori, och undersöker vilket patientunderlag som har störst nytta av ansiktskirurgi, i syfte att minska könsdysfori.

[7] Lagen (2024:237) om vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen styr när vården får göra viss typ av underlivskirurgi som kan ingå i könsbekräftande vård. Ett kirurgiskt ingrepp får göras på den som har fyllt 18 år, är folkbokförd i Sverige, sedan en lång tid upplever att kroppen inte stämmer överens med könsidentiteten och måste antas komma att leva i denna könsidentitet under överskådlig tid. På en person som är under 23 år får könskörtlarna avlägsnas endast om det finns synnerliga skäl.

Rekommendationer om kirurgi

Till hälso- och sjukvården

Id	För vuxna med könsdysfori kopplad till ...	Rekommendation	Prioritet
Id 8a	bröst	Erbjud könsbekräftande mastektomi (inklusive bröstförminskning).	1
Id 8b	bröst	Erbjud könsbekräftande bröstförstoring (bröstaugmentation).	3
Id 9a	struphuvud	Erbjud kirurgisk reduktion av struphuvudet.	3
Id 9b	äggledare, äggstockar, livmoder, testiklar eller deras funktioner	Erbjud hysterektomi, salpingo-ooforektomi eller orchidektomi.	3
Id 9c	könade ansiktsdrag	Erbjud ansiktskirurgiska ingrepp (som kan innefatta ett antal olika ingrepp).	FoU

Så har vi prioriterat

Bröst är en viktig del av att bli rätt uppfattad enligt könsidentiteten, och för en kroppsupplevelse som stämmer överens med den egna könsidentiteten. **Könsbekräftande mastektomi** (inklusive bröstförminskning) har en stor patientnytta och ökar livskvaliteten. Insatsen är en grundläggande åtgärd i den könsbekräftande vården, med relativt få negativa effekter, och därför har denna insats högsta prioritet. Slutsatsen baseras på vetenskaplig litteratur som visar att mastektomi är kopplat till betydande minskningar av könsdysfori.

Även **bröstförstoring** har hög prioritet, om än något lägre. Den lägre siffran beror på att det vetenskapliga underlaget är lite svagare och har en annorlunda riskprofil. Behovet kan dessutom åtgärdas med proteser under väntetiden. Proteser är förknippade med mindre risk än exempelvis så kallad *binder* (kompressionsplagg). Slutsatsen vilar på erfarenhetsbaserad kunskap.

Kirurgisk reduktion av **struphuvudet** är högt, men inte högst, prioriterad, eftersom insatsen endast har stor patientnytta för en del av patienterna. Graden av lidande varierar inom denna grupp, och det finns andra åtgärder som har större effekt på könsdysforin för vissa.

Hysterektomi, salpingo-ooforektomi eller orchidektomi gäller samma grundtillstånd – könsdysfori kopplat till **äggledare, äggstockar, livmoder, testiklar** – och ger positiv effekt för den som önskar dessa ingrepp. Även

denna insats har hög prioritet. Slutsatsen om insatsen grundas på erfarenhetsbaserad kunskap.

Genomgången av kunskapsläget för effekten på könsdysfori för **ansiktskirurgiska ingrepp** visar att det inte går att avgöra vilken effekt ansiktsfeminisering har. Konsensuspanelen saknar även tillräcklig erfarenhet av åtgärden för att uttala sig om effekt. Eftersom kunskapsläget behöver bli bättre, och vi vet att det pågår forskningsstudier i Sverige, rekommenderar vi att dessa ingrepp görs inom ramen för forskning och utveckling (FoU).

Så påverkas hälso- och sjukvården

Rekommendationerna om kirurgi innebär att insatserna kan utföras utanför NHV-vården i större utsträckning än idag. Det innebär också att regionerna behöver vara tydliga med hur man erbjuder mastektomi i den egna regionen. Du som beslutsfattare behöver ta ställning till om din region har beredskap och kompetens för ingreppen, eller om en närliggande region behöver utföra ingreppen. För regioner som erbjuder könsbekräftande kirurgi är det viktigt att ingreppen sker efter konsultation med en NHV-enhet, och att det finns kompetens för könsbekräftande kirurgi.

I genomsnitt utförs cirka 200 mastektomier per år i Sverige. Andra kirurgiska ingrepp utförs betydligt mer sällan (se diagram 2 på sidan 21). Relativt få personer per region genomgår alltså ingreppet, och den totala kostnaden för en given region beror på antalet personer som behöver det.

Utifrån den nationella andelen personer med registrerat kön kvinna som genomgår en mastektomi inom 5 år efter en första diagnos kan vi uppskatta att ungefär hälften av alla som får diagnosen F64.0 i din region kan vilja genomgå könsbekräftande mastektomi någon gång inom 5 år.

Socialstyrelsen har utifrån den systematiska litteratursökningen inte kunnat bedöma kostnadseffektivitetskvoten för de kirurgiska ingreppen, men uppskattar att den stora effekten på könsdysfori motiverar kostnaderna.

För dig som beslutsfattare innebär detta att ni måste kunna frigöra operationskapacitet och säkerställa rätt kompetens. Samverkan mellan verksamheten och NHV behöver också stärkas. Det kan medföra ökade kostnader för personal och andra resurser, men ger på sikt förutsättningar för effektivare vård och ökad livskvalitet för patienterna.

➔ **Läs mer:** För mer utförlig redogörelse av kostnader för kirurgiska ingrepp, se webbilagan *Fördjupad konsekvensanalys* på Socialstyrelsens webbplats.

Så utvärderar vi hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen har tagit fram en indikator för att följa upp kirurgi. Med den mäter vi

- komplikationer efter könsbekräftande kirurgi.

Fler indikatorer som är relevanta för området: Vi har också tagit fram övergripande indikatorer för att mäta

- könskongruens
- livskvalitet hos personer med könsdysfori.

➔ **Läs mer** i rapporten Stärkt uppföljning av vård vid könsdysfori (pdf) på Socialstyrelsens webbplats.

Sexuell och reproduktiv hälsa

För personer med könsdysfori kan den sexuella och reproduktiva hälsan ofta vara påverkad. Därför är det viktigt att det finns tillgång till såväl sexologisk rådgivning som behandling för personer med könsdysfori med påverkad sexuell lust och funktion. Dessutom är det viktigt att kunna erbjuda fertilitetsbevarande åtgärder för personer som ska – eller troligen kommer att – genomgå en könsbekräftande behandling som kan påverka fertiliteten negativt. Alla regioner behöver tillräcklig kompetens för att kunna erbjuda den här typen av rådgivning och behandling.

Sexologisk rådgivning och behandling

Rekommendationen om sexologisk rådgivning och behandling omfattar personer som behöver dessa insatser på grund av könsdysfori, eller på grund av effekterna på den sexuella funktionen och lusten av en medicinsk eller kirurgisk behandling. De biologiska förändringar som en medicinsk eller kirurgisk behandling kan leda till kan kräva stöd för förmågan att känna lust och njuta av sin sexualitet.

Att diskutera sexualitet och sexologiska frågor med personer med könsdysfori ställer specifika krav på personalen. Grundläggande är att använda ett respektfullt och inkluderande språk som utgår från de termer som personen själv föredrar – om det finns sådana preferenser. Man kan också föreslå alternativ om personen känner sig obekväm med traditionella uttryck.

Det behövs också kompetens om hur kroppen och sexualiteten kan påverkas av könsdysfori, hormonbehandling och kirurgi, och kunskap om vad som kan hjälpa transpersoner till en bättre sexuell hälsa. Kunskap om

transpersoners utsatthet för sexuellt våld och sex mot ersättning är också önskvärt [20, 21, 45]. [8]

Fertilitetsbevarande åtgärder

För personer som ska genomgå en könsbekräftande behandling som kan påverka fertiliteten negativt är det också viktigt att den som vill får fertilitetsbevarande åtgärder, alltså möjlighet att spara könsceller. Insatsen kan ha lång väntetid, och den är ofta psykologiskt och fysiskt påfrestande för någon med könsdysfori. Erbjud därför fertilitetsbevarande behandling om personen önskar det och har tydliga symtom.

I dagsläget är det många som tackar nej till fertilitetsbevarande åtgärder på grund av att de får erbjudandet först efter att de har fått sin diagnos. Hormonbehandlingen kan då fördröjas ytterligare efter ibland fem års väntan på utredning, och därefter väntan på diagnos i upp till två år. Det är därför önskvärt att fertilitetsbevarande åtgärder erbjuds parallellt med en utredning, på initiativ från NHV, om det är troligt att personen ska få en diagnos. På så sätt kan hälso- och sjukvården bidra till att fler som vill det tackar ja till fertilitetsbevarande åtgärder, och till en mer jämlik vård för patientgrupper vars fertilitet riskerar att påverkas negativt.

Tidigare fanns det lagkrav på sterilisering för att ändra juridiskt kön. Det avskaffades 2013 då det bedömdes bryta mot Europakonventionen om mänskliga rättigheter.

Frysa spermier och ägg

För personer med spermier är nedfrysning av spermier den mest etablerade fertilitetsbevarande åtgärden. Spermier kan tillvaratas och frysas både före, under och efter en viss tids uppehåll i en behandling med könskonträra hormoner. Ett uppehåll kan dock ge oönskade maskuliniserande effekter.

För personer med livmoder och ägg är det möjligt att ta ut och frysa ned obefruktade ägg för senare användning i samband med assisterad befruktning. Man kan ta ut äggen innan man behandlar med testosteron, eller efter en viss tids uppehåll i behandlingen. Ett uppehåll i pågående testosteronbehandling kan dock bidra till ökad könsdysfori hos transmän. Därför kan det vara bättre med ett tidigt uttag av ägg, innan man startar en könskonträr hormonbehandling.

Proceduren för att ta ut ägg är etablerad praxis för exempelvis personer som genomgår en cancerbehandling och för ciskvinnor som genomgår in vitro fertilisering (IVF) [46]. Det är en krävande behandling med bland annat

[8] Se allmänna råden till 7 kap. 9 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:39) om våld i nära relationer.

stimulering med hormoner, transvaginala ultraljudsundersökningar och transvaginalt uttag av ägg från äggstockarna. Behandlingen kan potentiellt uppfattas som väldigt krävande för transpersoner, såväl transmän som icke-binära, och den kan också förstärka könsdysforin [47, 48].

Rekommendationer om sexuell och reproduktiv hälsa

Till hälso- och sjukvården

Id	För personer med könsdysfori ...	Rekommendation	Prioritet
Id 11	eller med tydliga symtom på könsdysfori, som kommer att genomgå könsbekräftande behandling som kan påverka fertiliteten negativt	Erbjud fertilitetsbevarande åtgärder.	1
Id 10	med ofrivilligt påverkad sexuell lust och funktion	Erbjud sexologisk rådgivning och sexologisk behandling.	4



Så har vi prioriterat

Rekommendationen om fertilitetsbevarande insatser bygger på god praxis. Insatsen har högsta prioritet trots att hälsotillståndet har en måttlig svårighetsgrad, eftersom den kan betraktas som självklar enligt särskilda kriterier för god praxis. Insatsen motiveras främst av etisk hänsyn och bör ses som en del i att erbjuda jämlik vård till alla patientgrupper som genomgår behandling som kan påverka fertiliteten negativt.

Även om insatsen inte är kostnadsbesparande är antalet individer som den kan komma att gälla få. Svårighetsgraden är måttlig, men insatsen leder troligen inte till undanträngningseffekter, eftersom gruppen redan erbjuds fertilitetsbevarande åtgärder i likhet med andra som genomgår behandlingar som kan påverka fertiliteten negativt, enligt vävnadsrådets riktlinjer. Beslutet att erbjuda åtgärden är med andra ord redan taget – och ska därmed inte driva ytterligare kostnader.

Sexologisk rådgivning och sexologisk behandling bidrar enligt beprövad erfarenhet till minskad könsdysfori. Det finns få eller inga negativa effekter. Prioritetssiffran är något lägre, eftersom gruppens behov och patientnyttan varierar.

➔ **Läs mer** om hur vi tar fram underlag enligt kriterier för god praxis i *Metodbeskrivningen*. I *Kunskapsunderlaget* finns en mer detaljerad förklaring till varför god praxis passar just den här insatsen. Se Socialstyrelsens webbplats.

Så påverkas hälso- och sjukvården

När du avsätter resurser för sexologisk rådgivning och sexologisk behandling skapar du bättre förutsättningar för att personalen ska kunna ge optimal och individanpassad vård till personer med könsdysfori med ofrivilligt påverkad sexuell lust och funktion. Även om insatserna innebär en kostnad kan de på sikt spara resurser, eftersom de skapar förutsättningar för att förebygga lidande, och minskar kostnader för ohälsa på grund av lidande.

Fertilitetsbevarande åtgärder är något som redan erbjuds personer som genomgår könsbekräftande behandling som kan påverka fertiliteten negativt, i enlighet med vävnadsrådets riktlinjer [49]. I dagsläget är det många som tackar nej till fertilitetsbevarande åtgärder på grund av att de får erbjudandet först efter att de har fått sin diagnos. Detta kan leda till att fler väljer att genomgå fertilitetsbevarande behandling, vilket kan medföra en ökad kostnad för regionen. Erbjudandet går samtidigt i linje med den nationella överenskommelsen att erbjuda jämlik vård till patientgrupper som genomgår en behandling som kan påverka fertiliteten negativt.

Hårborttagning

För personer med könsdysfori och tilldelat kön *man* vid födseln, och för personer som detransitionerar, kan ansiktsbehåring och annan synlig kroppsbehåring förvärra könsdysforin och göra det svårt att bli uppfattad i enlighet med könsidentiteten. Många behöver därför hjälp med att avlägsna behåring permanent, i den mån det är möjligt.

Hårborttagning är en viktig del av den könsbekräftande behandlingen och kan erbjudas i hemregionen efter mottagen vårdplan. Men metoder för hårborttagning – och vilka delar på kroppen som omfattas – varierar mellan regionerna. Det är önskvärt att patienter slipper åka långväga för en tidskrävande behandling som borde kunna erbjudas i hemregionen. Du som beslutsfattare behöver ta ställning till om din region har beredskap och kompetens för behandlingen.

Rekommendationer om hårborttagning

Till hälso- och sjukvården

Id	För personer med könsdysfori kopplad till …	Rekommendation	Prioritet
Id 12	oönskad behåring	Erbjud hårborttagning enligt individuell bedömning.	**1**

Så har vi prioriterat

För personer med könsdysfori kopplad till oönskad behåring ingår hårborttagning i den grundläggande behandlingen. Hårborttagning är för vissa en av de viktigaste insatserna, och har därmed en stor patientnytta. Enligt beprövad erfarenhet bidrar insatsen till minskad könsdysfori och ger få negativa effekter. Därför har insatsen högsta prioritet.

Så påverkas hälso- och sjukvården

Att erbjuda hårborttagning enligt en individuell bedömning kan innebära ett utökat uppdrag för regionerna, men med begränsad resursåtgång, eftersom behandlingarna kan utföras i öppenvården utan behov av operationssalar. Regionerna behöver dock säkerställa kompetens och strukturer för remisshantering, prioritering och uppföljning.

Kostnaden per patient är låg, särskilt vid laserbehandling, och nyttan är hög genom minskad könsdysfori och förbättrad psykisk hälsa. Den totala budgetpåverkan för din region beror på patientantalet, hur brett erbjudandet införs och i vilken utsträckning detta redan görs redan i dag.

På sikt kan insatsen bidra till effektivare vård, minskade följdkostnader och ökad jämlikhet mellan regioner.

Kunskap och bemötande behöver bli bättre

Kunskapen om könsdysfori och bemötandet av transpersoner behöver bli bättre på alla vårdnivåer. I det här kapitlet lyfter vi fram sådant som alla i hälso- och sjukvården måste känna till. Det gäller grundläggande kunskap om remissförfarande, diskrimineringsförbud, människovärdesprincipen, könstillhörighetslagen och rutiner för screening. Även om antalet personer med könsdysfori ökar är det fortfarande ett litet antal, vilket innebär att personalen har begränsad erfarenhet av att möta patientgruppen.

Transmedicinsk vård ingår ofta inte i vårdutbildningen, och det skapar osäkerhet om hur man behandlar och bemöter patienter som både har könsdysfori och psykisk ohälsa. Rent medicinskt saknas det ibland kunskaper, exempelvis om att hantera referensvärden för blodprover, och vad som gäller för åtgärdsprogram som screening.

Mot denna bakgrund är det mycket viktigt med kunskapshöjande insatser för att säkerställa att personalen

- har grundläggande kunskap om könsdysfori och ett bra bemötande
- har grundläggande kunskap om variationen i kroppar, till exempel att människor kan ha olika hormonnivåer och könsorgan, oavsett juridiskt kön
- känner till rutinerna för *hur* och *när* personer ska remitteras vidare
- kan bedöma om en person behöver annat stöd, som samtalsstöd eller utredning av psykiatriska tillstånd.

➔ **Läs mer:**

- Socialstyrelsen har tagit fram stöd om samtal och bemötande för personal i primärvården och en checklista för chefer: Samtala om sexuell hälsa.
- World Association för Transgender Health (WPATH) publicerade sina riktlinjer *Standards Of Care 8* (SOC 8), 2022. Riktlinjerna riktar sig i hög grad till personal och visar på utbredd utsatthet, psykisk ohälsa och andra hälsorisker för personer med könsdysfori. Riktlinjerna lyfter fram att kunskapen om tillståndet behöver öka, och hur viktigt det är med ett gott bemötande: Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8 (pdf).

Rätt behandling och remiss till NHV vid behov

Det är viktigt att alla med eventuell könsdysfori snabbt får påbörja en utredning vid önskemål om det, och att rätt stöd och vård erbjuds i väntan på utredningen – och även under utredningen – gärna i nära samarbete med NHV-vården.

Observera: Det är enbart nationell högspecialiserad vård som får utreda en eventuell könsdysfori.

Använd remissmallen

För att underlätta remitteringen till NHV finns det en remissmall som den övriga vården kan använda. Mallen ska finnas på NHV-enheternas webbplatser.

Det finns också andra tillfällen när patienter kan behöva hjälp att komma i kontakt med nationell högspecialiserad vård, exempelvis när en person

- har påbörjat hormonbehandling i ett annat land
- har vänt sig till vårdgivare utomlands, eller till utländska nätapotek, för att inleda en hormonbehandling i väntan på en utredning
- som tidigare har genomgått könsbekräftande vård har funderingar kring sin könsidentitet, eller vill ha en ny utredning – eller reverserande könsbekräftande vård, så kallad detransition, alltså vill återgå till att leva som könet som tilldelades vid födseln.

De nationella högspecialiserade vårdenheterna kan också ge konsultativt stöd till de remitterande verksamheterna.

Andra tillstånd behandlas utanför NHV

För att undvika långa väntetider och onödig belastning av NHV är det viktigt att andra tillstånd än könsdysfori i möjligaste mån behandlas i den regionala hälso- och sjukvården, oavsett om man bedömer att symtomen är kopplade till eventuell könsdysfori eller inte.

Patienter med exempelvis psykiatriska tillstånd eller funktionsnedsättningar utreds och erbjuds behandling så tidigt som möjligt, enligt samma principer som för andra patienter i den övriga specialiserade vården, i den regionala hälso- och sjukvården, enligt riktlinjerna för dessa tillstånd.

Vanliga samtidiga tillstånd kan exempelvis vara

- depression, ångest, posttraumatiskt stressyndrom
- ätstörningar

- tecken på autismspektrumtillstånd (AST), adhd eller add
- skadligt bruk av olika substanser.

Observera: En patient med psykiatriska tillstånd eller funktionsnedsättningar som behandlas i primärvården eller den specialiserade vården kan vid behov samtidigt få remiss till NHV för att utreda eventuell könsdysfori. Tillstånden kan utredas och behandlas parallellt. När utredningen av könsdysfori är avslutad fortsätter vid behov behandlingen för övriga tillstånd i den regionala hälso- och sjukvården.

Förbjudet att diskriminera på grund av könsidentitet

Det är förbjudet att missgynna personer på grund av bland annat könsidentitet och könsuttryck, enligt diskrimineringslagen (2008:567). Diskrimineringsförbudet gäller i all hälso- och sjukvård, socialtjänst och elevhälsa. Den vård och omsorg transpersoner får ska vara lika bra som den vård andra får.

Det kan till exempel vara diskriminering att

- neka en transperson vård för depression eller utredning för ADHD med hänvisning till bristande transkompetens i den berörda verksamheten
- inte erbjuda transpersoner med livmoderhals möjlighet till screening för cancer, på motsvarande sätt som ciskvinnor [50]
- inte respektera hur en patient vill bli benämnd, och flera gånger använda en annan benämning än personens valda pronomen[51].

Rätt till ny medicinsk bedömning

Ibland anser en patient att utredningsteamets bedömning av vårdbehovet inte gått rätt till, eller att teamet dragit felaktiga slutsatser. Patienter med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada har laglig rätt till en ny medicinsk bedömning, inom eller utanför den egna regionen. [9]

Socialstyrelsen har gjort bedömningen att på gruppnivå är tillståndets svårighetsgrad mycket stor och en riskfaktor för förtida död, vilket kan tolkas motsvara det som patientlagen menar med särskilt allvarlig [22]. Hälso- och sjukvården behöver samtidigt alltid göra en bedömning utifrån det individuella vårdmötet om patienten har rätt till en ny medicinsk bedömning. Patienter ska alltid få information om möjligheten att få en ny medicinsk bedömning.[10]

[9] 10 kap. 3 § HSL och 8 kap. 1 § patientlagen
[10] 3 kap. 2 § patientlagen

Efter den nya bedömningen ska regionen erbjuda patienten den behandling som behövs. Behandlingen måste stämma överens med vetenskap och beprövad erfarenhet, och vara befogad utifrån den aktuella sjukdomen eller skadan och kostnaderna för behandlingen.[11] Även om den nya bedömningen inte resulterar i en diagnos med koppling till könsdysfori – eller psykisk ohälsa med givna behandlingsrutiner – är det viktigt att se till att personen får hjälp, till exempel i form av samtalsstöd.

Regionen där patienten bor står för kostnaden

Den region där patienten bor står för kostnaderna för behandlingen, om patienten vill att den ska utföras i en annan region. Den regionen bör även betala patientens reskostnader, annars är risken att patientens ekonomiska förhållanden gör att hen inte utnyttjar möjligheten att få en förnyad medicinsk bedömning.[12]

Alla har rätt till vård på lika villkor

Socialstyrelsens rekommendationer gäller på gruppnivå. Den individuella bedömningen av behovet av vård vid könsdysfori ansvarar vårdpersonalen för. Om vården bedömer att en person har könsdysfori, och behöver könsbekräftande vård, har personen samma rätt till vård som andra, oavsett andra samtidiga diagnoser. För att utredningen av könsdysfori inte ska fördröjas behöver andra involverade vårdgivare samverka effektivt.

Människovärdesprincipen

En av principerna som ska ligga till grund för hälso- och sjukvårdens prioriteringar av insatser är människovärdesprincipen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet.[13] Bestämmelsen har sitt ursprung i den etiska plattformen *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*. Den innebär att alla människor har lika värde och samma rätt, oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.[14]

Det handlar dock inte om människors lika rättigheter utan om *lika villkor.* Ingen människa är förmer än någon annan; hela befolkningen ska behandlas lika och utan diskriminering. Hälso- och sjukvården får inte prioritera sina insatser utifrån människors personliga egenskaper eller funktion i samhället. Därför räcker inte människovärdesprincipen som urvalskriterium. Alla kan

[11] Se 8 kap. 1 § patientlagen.
[12] Se proposition 1998/99:4 *Stärkt patientinflytande* s. 31.
[13] 3 kap. 1 § andra stycket HSL
[14] Proposition 1996/97:60 *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* s. 18

inte få vad de egentligen har rätt till när resurserna är begränsade – man måste göra ett urval utifrån behov.

Behovs- och solidaritetsprincipen

Den andra principen, behovs- och solidaritetsprincipen, lyfter fram att den med störst behov av hälso- och sjukvård ska får företräde:[15] Ge mest resurser till dem med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten. Av solidaritet ska patienter med mindre behov avstå resurser till dem med större behov. Samverkan med andra involverade vårdgivare behöver vara effektiv, så att inte utredningen av könsdysfori fördröjs.

När det gäller könsbekräftande vård är populationen i den tillgängliga forskningen oftast inte uppdelad i olika subgrupper, som exempelvis de med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF) eller olika könsidentiteter. Generellt gäller principen att alla har samma rätt till den tillgängliga behandlingen, så länge det inte finns vetenskap eller beprövad erfarenhet som visar att en viss subgrupp *inte* hjälps av denna behandling.

Icke-binära personer

Utgångspunkten för könsbekräftande vård är *tillståndet könsdysfori*. Personer med könsdysfori kan ha en binär eller ickebinär könsidentitet, och oavsett hur man formulerar sin identitet har man rätt till samma vård och bemötande som alla andra. Vården får alltså inte neka en ickebinär person en utredning av eventuell könsdysfori, eller tillgång till vård för könsdysfori, på grund av könsidentiteten. Tillgång till könsbekräftande vård gäller personer med konstaterad könsdysfori.

Personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning

Det är mer vanligt att personer med könsdysfori har en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning (NPF) jämfört med befolkningen som helhet. Personer med en eventuell eller konstaterad NPF kan, precis som andra människor, ha könsdysfori. Vården får inte neka någon, eller fördröja tillgång till, en utredning för könsdysfori, eller vård för könsdysfori, på grund av att personen har eventuell eller konstaterad NPF.

[15] Se 3 kap. 1 § andra stycket HSL.

Könstillhörighetslag

Från och med **1 juli 2025** finns det en lag[16] som gör det enklare att ändra det kön som är registrerat i folkbokföringen – det som ibland kallas för juridiskt kön. Det är viktigt att alla som arbetar i hälso- och sjukvården känner till vad som krävs, och att det finns rutiner för förfrågningar om att ansöka om att ändra juridiskt kön, eftersom det inte längre krävs en diagnos för en sådan ändring.

De största förändringarna från tidigare:

- Lagen fokuserar på om en person i nuläget har ett juridiskt kön som inte stämmer överens med könsidentiteten, och hur personen ser på att fortsätta att leva i den könsidentiteten. De krav som handlar om personens könsidentitet eller könsuttryck bakåt i tiden har tagits bort.
- Åldersgränsen för att ändra juridiskt kön har ändrats från 18 till 16 år.
- Även ickebinära personer kan ansöka om att ändra juridiskt kön, om det andra juridiska könet stämmer bättre överens med könsidentiteten.
- Det behövs ingen kontakt med den könsbekräftande vården.

➔ **Läs mer** om *Lag* (2024:238) *om fastställande av kön i vissa fall* på Socialstyrelsens webbplats:

- Att ändra juridiskt kön
- Utfärda intyg för den som vill ändra juridiskt kön (pdf) – ett kunskapsstöd för hälso- och sjukvårdspersonal utifrån Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2025:9) om fastställande av kön i vissa fall.

Rutiner för screening

Regionerna ska erbjuda avgiftsfri screening för bröstcancer och livmoderhalscancer till personer som vid födseln har fått det juridiska könet kvinna.[17] De som har ändrat juridiskt kön får dock inte en automatisk kallelse till sådan screening. Alla regioner behöver därför ta fram rutiner för att kalla och ta emot personer som har ändrat juridiskt kön:

- Personer som har behållit bröst eller livmoderhals behöver lämna prov regelbundet, så att eventuella HPV-infektioner, cellförändringar eller bröstcancer kan upptäckas.

[16] Lagen (2024:238) om fastställande av kön i vissa fall.
[17] Se 3 samt 5 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2019:14) om villkor för avgiftsfri screening.

- Personer som har gjort mastektomi kan stämma av med den nationella högspecialiserade könsbekräftande vården kring frekvensen av mammografi eller ultraljud.

Observera: Se till att ni har kännedom om vad som gäller i er verksamhet. Vissa regioner erbjuder annan screening, eller organiserad testning, kopplat till juridiskt kön, exempelvis för prostatacancer och aortaaneurysm.

Vårdgarantin – en rättighet

Vårdgarantin är en lagstadgad rättighet som innebär att regionen ska erbjuda den som är folkbokförd i regionen vård inom en viss tid.[18] Om vårdgarantins tidsgränser inte kan hållas ska patienten erbjudas vård hos en annan vårdgivare.

Följande tidsgränser gäller:

- kontakt med primärvården: **samma dag**
- medicinsk bedömning av en läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal i primärvården: inom **3 dagar**
- besök i den planerade specialiserade vården: inom **90 dagar** efter att en remiss eller vårdbegäran har skickats
- behandling eller operation: inom **90 dagar** efter ordination av specialistläkare.

➔ **Läs mer** om vårdgarantin på 1177.

Så utvärderar vi hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen har tagit fram en indikator för att följa upp screening. Med den mäter vi

- kallelse till screening för könsspecifika tillstånd.

➔ **Läs mer** i rapporten Stärkt uppföljning av vård vid könsdysfori (pdf) på Socialstyrelsens webbplats.

[18] Se 9 kap. HSL samt 6 kap. 1 § HSF.

Implementera riktlinjerna – för en god och jämlik vård

I det här kapitlet får du som beslutsfattare eller chef vägledning inför arbetet med att implementera de nationella riktlinjerna i till exempel en verksamhet, en region eller en kommun. Det handlar om att införa nya behandlingar och metoder, och att få dem att användas varaktigt på rätt sätt. En utmaning i arbetet är alltid att prioritera etiskt mellan olika insatser och patientgrupper.

➔ **Läs mer:**

- i Socialstyrelsens broschyr *Om implementering* [52]
- hos Prioriteringscentrum, som ger stöd i arbetet med övergripande principer för prioriteringar – se liu.se/forskning/prioriteringscentrum
- i rapporten *Ordnad utmönstring av hälso- och sjukvårdsmetoder* från Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi [53].

Att implementera effektivt

Det går att implementera planerat och framgångsrikt, och ett aktivt ledarskap är centralt i denna process [54]. Regionernas struktur för kunskapsstyrning är ett viktigt stöd för implementeringen av nationella riktlinjer och andra kunskapsstöd, med formaliserad samverkan på regional och lokal nivå. Även de regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS) är betydelsefulla.

Här följer några viktiga steg i processen att implementera Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Det handlar framför allt om frågor på verksamhetsnivå. Texten är generell och gäller inte enbart riktlinjerna om könsdysfori.

Analysera verksamheten

Analysera din verksamhet kritiskt, och gör gärna gemensamma analyser med andra verksamheter. Om din region har infört vård- och stödsamordnare, ta då kontakt med hen vid behov av stöd. Utgå från de nationella riktlinjerna:

- Vad gör vi idag? Vilka insatser erbjuder vi, och vilka saknas?
- Vad vet vi om effekten av de insatser vi erbjuder idag? Finns det insatser som behöver ersättas av andra, med bättre effekt, färre biverkningar eller lägre kostnader? Finns det insatser som kan vara skadliga?
- Hur ofta utför vi ineffektiva eller skadliga insatser?
- Vilka patientgrupper ligger längst från det önskade läget?
- Vad vill vi förebygga?
- Vad lägger personalen mest tid på i verksamheten?

- Vad kan underlätta arbetet med att implementera riktlinjerna? Vad kan hindra det?

Sätt mål

Sätt upp tydliga mål för implementeringen av riktlinjerna. Målen ska leda till att patienterna med störst behov får företräde till hälso- och sjukvården, och till att vården blir så effektiv som möjligt.

Motivera personalen

En viktig framgångsfaktor för implementering är att personalen förstår nyttan. Ni behöver därför bli eniga om målen och arbetssätten i verksamheten. Du kan till exempel behöva ge stöd och återkoppling, och vara en förebild i förändringsarbetet. Det är också viktigt att förankra behovet av förändring i andra delar av organisationen än den direkt berörda, och ibland hos andra organisationer.

Säkra nödvändiga resurser

Se till att du har de resurser som krävs för förändringen. Personal kan till exempel behöva rekryteras eller utbildas, och det kan behövas nya lokaler, nytt material och tid för nya aktiviteter. Samtidigt kan ni spara resurser genom att avveckla ineffektiva arbetssätt.

Håll liv i de nya arbetssätten

Man kan säga att ett nytt arbetssätt är implementerat när mer än hälften av personalen använder det. För att nå detta behöver du hela tiden följa upp arbetet, och hitta ett strukturerat sätt att hantera de problem som uppstår. Du behöver både följa upp att nya metoder används rätt och att avvecklade metoder inte börjar användas igen.

Har ni tagit fram lokala rutiner för er verksamhet utifrån de nationella riktlinjerna? Inkludera dem i ert ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Exempel på risker och utmaningar

Du som ska arbeta med implementering av nationella riktlinjer bör relatera dem till den befintliga verksamheten och göra en prioritering mellan flera områden utifrån behov av förbättring. Det finns ett antal risker och utmaningar i arbetet som du behöver vara medveten om. Här följer några exempel som vi har hämtat från diskussioner med användare av olika riktlinjer.

Olika områden har olika förutsättningar för utveckling

Som beslutsfattare eller chef behöver du vara medveten om de inbyggda obalanserna eller ojämlikheterna i hälso- och sjukvårdens system – och kompensera för dem när nya behandlingar och metoder ska implementeras.

Intervjuade riktlinjeanvändare framhåller till exempel att förutsättningarna ser mycket olika ut inom olika områden, vilket påverkar möjligheten att implementera riktlinjer och åstadkomma förändring. Faktorer som påverkar är till exempel

- patient- eller brukargruppens status och hur ”stark röst” den har i offentligheten
- om det finns särskilda yrkesgrupper som känner ansvar för patient- eller brukargruppen och hur stor genomslagskraft dessa har, till exempel utifrån resurser och starka företrädare
- hur komplext det aktuella hälsotillståndet är och hur många olika verksamheter som berörs
- om det finns verksamma åtgärder
- om det finns tillgång till data om patient- eller brukargruppen och vilka åtgärder som utförs
- om det görs ekonomiska satsningar [55].

Svårt att värdera förebyggande insatser

Förebyggande arbete får ofta stå tillbaka för behandling av tillstånd som redan har uppkommit. Förebyggande insatser har därmed oftast något lägre prioritet i de nationella riktlinjerna än andra insatser. Detta är en svår och omdiskuterad etisk fråga – samtidigt finns ju mycket att vinna på både förebyggande och tidiga insatser. Det är inte resurseffektivt att vänta tills människor blir allvarligt sjuka och först då prioritera dem högt.

Könsdysfori är ju inte en sjukdom, men det innebär ett psykiskt lidande och ofta ett behov av könsbekräftande behandling för att minska lidandet. När det gäller könsdysfori handlar det om att inte vänta med insatser innan lidandet blir alltför stort.

Etiska principer för prioritering

Ditt praktiska implementeringsarbete behöver ytterst utgå från den etiska plattform som är beslutad av riksdagen (prop. 1996/97:60). Det gäller både regional och kommunal hälso- och sjukvård. Den etiska plattformen har i sin tur konkretiserats i en nationell modell för öppna prioriteringar i hälso- och sjukvården [3]. Detta är samma etiska plattform som Socialstyrelsen utgår

från när vi ger rekommendationer till hälso- och sjukvården med olika prioritet – och när vi avgör vilka områden som över huvud taget ska bli föremål för nationella riktlinjer.

Det handlar om att följa tre principer för prioritering:

- **Människovärdesprincipen:** Alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.
- **Behovs- och solidaritetsprincipen:** Resurserna bör fördelas utifrån behov. Den som behöver vården mest ska få företräde – den med svårast sjukdom och sämst livskvalitet.
- **Kostnadseffektivitetsprincipen:** Vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation eftersträvas mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet.

Alla beslutsfattande nivåer har ett gemensamt ansvar för att fördela resurser enligt de tre principerna för prioritering. Principerna uttrycks även i 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och ska bland annat bidra till en jämlik vård.

➔ **Läs mer:** Prioriteringscentrum ger stöd i arbetet med övergripande principer för prioriteringar – se liu.se/forskning/prioriteringscentrum.

Kompletterande stöd

Du som planerar och beslutar om vården vid könsdysfori, såväl inom som utanför NHV, behöver ta hänsyn till riktlinjer och stödmaterial som kompletterar dessa nationella riktlinjer. Detta för att patienterna ska få den vård de behöver på ett välorganiserat sätt, till exempel när det gäller vanliga samtidiga sjukdomar. Även för dig som möter patienter finns kompletterande material, som vi hänvisar till i det här kapitlet.

Riktlinjer för samtidiga sjukdomar

Personer med könsdysfori har ofta andra tillstånd som kan kräva stöd och behandling. Detta kan komplicera utredningen, behandlingen och rehabiliteringen. Olika vårdområden kan behöva samverka, och använda gemensamma kompetenser och resurser.

Både internationell forskning och nationell statistik visar exempelvis att autismdiagnos och adhd- och add-diagnos är mycket vanliga bland personer med könsdysforidiagnos, jämfört med befolkningen i övrigt. Även psykiatriska tillstånd, som depression eller ångest, liksom ätstörningar är vanligare hos personer med könsdysfori.

➔ **Läs mer:**

- Nationella riktlinjer: adhd och autism - Socialstyrelsen
- Nationella riktlinjer: depression och ångestsyndrom - Socialstyrelsen
- Nationella riktlinjer: ätstörningar - Socialstyrelsen.

Samlat stöd för patientsäkerhet

På Socialstyrelsens webbplats finns ett samlat stöd för patientsäkerhet, som beskriver hur du som arbetar i hälso- och sjukvården kan förebygga vårdskador. Där finns också en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet och samordning på området.

➔ **Läs mer** på Socialstyrelsens webbplats, Samlat stöd för patientsäkerhet.

Deltagare i riktlinjearbetet

Projektgrupp – rekommendationer

Projektledning på Socialstyrelsen

Namn	Roll
Petter Fagerberg	vetenskaplig projektledare, Socialstyrelsen
Kim Vikhe Patil	vetenskaplig projektledare, Socialstyrelsen
Emma Strollo	projektledare, Socialstyrelsen

Sakkunniga

Namn	Roll
Stefan Arver	docent, endokrinolog, specialist inom andrologi, överläkare, Karolinska universitetssjukhuset
Sara Andersson	biträdande avdelningschef och legitimerad hälso- och sjukvårdskurator, Akademiska sjukhuset
Cecilia Dhejne	medicine doktor, specialist i psykiatri, överläkare vid Karolinska Universitetssjukhuset
Gunnar Kratz	professor i plastikkirurgi, Linköpings universitet, överläkare vid Linköpings universitetssjukhus
Mia Mark	legitimerad psykolog, Könsidentitetsmottagningen Sahlgrenska sjukhuset (till september 2025)
Fotis Papadopoulos	ordförande för rekommendationsgruppen, professor i psykiatri, Uppsala universitet, överläkare på Akademiska sjukhuset

Arbetet med kunskapsunderlaget för rekommendationerna

Deltagare från Socialstyrelsen

Namn	Roll
Petter Fagerberg	vetenskaplig projektledare, Socialstyrelsen
Kim Vikhe Patil	vetenskaplig projektledare, Socialstyrelsen
Emma Strollo	projektledare, Socialstyrelsen

Prioritering av rekommendationerna

Deltagare

Namn	Roll
Sofia Cars	legitimerad psykolog, legitimerad psykoterapeut samt specialist i klinisk psykologi, avdelningschef, Akademiska sjukhuset
Marie Degerblad	medicine doktor, överläkare, endokrinolog, Karolinska universitetssjukhuset
Felicitas Falck	medicine doktor, överläkare i psykiatri samt specialistläkarchef, Psykiatri Sydväst, Region Stockholm
Attila Fazekas	chefsöverläkare, verksamhetsområde vuxenpsykiatri, Lund, Region Skåne
Annica Fors	allmänläkare, psykiatriker, Region Stockholm
Jenny Friberg Törnquist	sjuksköterska, Skånes universitetssjukhus, Region Skåne
Hanna Håkansson	legitimerad hälso- och sjukvårdskurator, socionom, Karolinska universitetssjukhuset, Region Stockholm
Mattias Hofverberg	legitimerad psykolog vid Norrlands universitetssjukhus, Region Västerbotten
Mats Holmberg	medicine doktor, adjungerad adjunkt, överläkare, Karolinska universitetssjukhuset, Region Stockholm
Jenny Holmberg	medicine doktor, legitimerad logoped, Region Västerbotten
Maria Ilestam	legitimerad psykolog, specialist i klinisk vuxenpsykologi vid Karolinska universitetssjukhuset, Region Stockholm
Anders Kjölhede	medicine doktor, specialistläkare plastikkirurgi och kirurgi, Universitetssjukhuset i Linköping, Region Östergötland
Donatella Laghi	legitimerad psykolog, legitimerad psykoterapeut vid Sahlgrenska universitetssjukhuset, Västra Götalandsregionen
Antti Mikkola	doktorand, specialistläkare i plastikkirurgi, biträdande överläkare vid Karolinska universitetssjukhuset, Region Stockholm
Ulrika Nygren	medicine doktor, legitimerad logoped vid Karolinska universitetssjukhuset, Region Stockholm
Agneta Oredsson	psykiater, överläkare, Region Dalarna
Fotis Papadopoulos	professor i psykiatri, Uppsala universitet, överläkare på Akademiska sjukhuset, Region Uppsala

Felicia Sandin	socionom, kurator, Region Örebro län
Alkistis Skalkidou	professor i obstetrik och gynekologi vid Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Uppsala universitet, överläkare, Kvinnosjukvård, Akademiska sjukhuset, Region Uppsala
Erika Sundström	hälso- och sjukvårdskurator, enhetschef, Vuxenpsykiatrimottagning könsidentitet Malmö och Barn- och ungdomspsykiatrimottagning könsidentitet Malmö, Region Skåne
Edward Summanen	sakkunnig transpersoners hälsa och livsvillkor, Transammans
Maria Tingbäck	sjuksköterska, kontaktsjuksköterska för könsbekräftande kirurgi, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Västra Götalandsregionen
Ida Hübinette Uppström	sjuksköterska, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Västra Götalandsregionen

Andra medverkande

Deltagare från Socialstyrelsen

Namn	Roll
Johanna Axelsson	kommunikatör
Anders Berg	enhetschef
Gunilla Granbom	redaktör
Tiina Laukkanen	produktionsledare
Åsa Lindberg	jurist (från hösten 2025)
Elin Linnarsson	utredare (metodstöd)
Jenny Persson	utredare
Anastasia Simi	utredare
Karin Sjödahl	redaktör
Malte Sundberg	hbtqi-samordnare
Helena Teréus	jurist (till hösten 2025)

Referenser

1. Socialstyrelsen. God vård av vuxna med könsdysfori – Nationellt kunskapsstöd. Internet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015. Report No.: 2015-4-7.
2. 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.
3. Prioriteringscentrum. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård: ett verktyg för rangordning. Linköpings Universitet; 2017. Report No.: 1650-8475.
4. Conron KJ, Scott G, Stowell GS, Landers SJ. Transgender Health in Massachusetts: Results From a Household Probability Sample of Adults. American Journal of Public Health. 2012; 102(1):118–22.
5. Crissman HP, Berger MB, Graham LF, Dalton VK. Transgender Demographics: A Household Probability Sample of US Adults, 2014. American Journal of Public Health. 2017; 107(2):213–5.
6. Kuyper L, Wijsen C. Gender Identities and Gender Dysphoria in the Netherlands. Archives of Sexual Behavior. 2014; 43(2):377–85.
7. Van Caenegem E, Wierckx K, Elaut E, Buysse A, Dewaele A, Van Nieuwerburgh F, et al. Prevalence of Gender Nonconformity in Flanders, Belgium. Archives of Sexual Behavior. 2015; 44(5):1281–7.
8. Åhs JW, Dhejne C, Magnusson C, Dal H, Lundin A, Arver S, et al. Proportion of adults in the general population of Stockholm County who want gender-affirming medical treatment. PLOS ONE. 2018; 13(10):e0204606.
9. Spizzirri G, Eufrásio R, Lima MCP, de Carvalho Nunes HR, Kreukels BPC, Steensma TD, et al. Proportion of people identified as transgender and non-binary gender in Brazil. Scientific Reports. 2021; 11(1):2240.
10. Frisch M, Moseholm E, Andersson M, Andresen JB, Graugaard C. Sex in Denmark: Key findings from Project SEXUS 2017–2018. English summary. Copenhagen and Aalborg: Statens Serum Institut; Aalborg University; 2019 2019–10–29.
11. Frisch M, Moseholm E, Andersson M, Andresen JB, Graugaard C. Sex i Danmark: Nøgletal fra Projekt SEXUS 2017–2018. København og Aalborg: Statens Serum Institut; Aalborg Universitet; 2019.
12. SBU. Könsdysfori hos barn och unga: en kunskapskartläggning. Internet. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2019. Report No.: 307.
13. Kolk M, Tilley JL, von Essen E, Moberg Y, Burn I. The Demography of Sweden's Transgender Population: A Research Note on Patterns, Changes, and Sociodemographics. Demography. 2025; 62(2):349–63.
14. Ünsal BC, Ar-Karci Y, Demetrovics Z, Reinhardt M. Structural stigma, gender-affirming interventions, and identity concealment as determinants of depression and life satisfaction among trans adults in 28 European countries. Int J Transgend Health. 2025; 26(1):145–56.
15. King WM, Hughto JMW, Operario D. Transgender stigma: A critical scoping review of definitions, domains, and measures used in empirical research. Soc Sci Med. 2020; 250:112867.

16. Lattanner MR, McKetta S, Pachankis JE, Hatzenbuehler ML. State of the Science of Structural Stigma and LGBTQ+ Health: Meta-Analytic Evidence, Research Gaps, and Future Directions. Annu Rev Public Health. 2025; 46(1):213–31.
17. Parchem B, Rider GN, Misono S. Stigma and voice-related life impact among transgender and gender diverse adults. International Journal of Transgender Health. 2025:1–10.
18. Stryker SD, Dubey I, Madzia JL, Pickle S, Dion GR, McKenna VS. Vocal-Gender Incongruence, wellbeing, and safety: the medical necessity of gender-affirming vocal training. International Journal of Transgender Health. 2025:1–14.
19. Drabish K, Theeke LA. Health Impact of Stigma, Discrimination, Prejudice, and Bias Experienced by Transgender People: A Systematic Review of Quantitative Studies. Issues in Mental Health Nursing. 2022; 43(2):111–8.
20. Folkhälsomyndigheten. Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter bland homosexuella, bisexuella och transpersoner [Elektronisk resurs]; 2022.
21. Jämställdhetsmyndigheten. Utanför normen, utanför skyddsnäten? [Elektronisk resurs]; 2025.
22. Socialstyrelsen. Utvecklingen av diagnosen könsdysfori: Förekomst, samtidiga psykiatriska diagnoser och dödlighet i suicid. Internet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020. Report No.: 2020-2-6600.
23. Wilson LC, Newins AR, Kassing F, Casanova T. Gender Minority Stress and Resilience Measure: A Meta-Analysis of the Associations with Mental Health in Transgender and Gender Diverse Individuals. Trauma Violence Abuse. 2024; 25(3):2552–64.
24. Zeluf G, Dhejne C, Orre C, Nilunger Mannheimer L, Deogan C, Höijer J, et al. Health, disability and quality of life among trans people in Sweden-a web-based survey. BMC Public Health. 2016; 16(1):903.
25. Glintborg D, Møller JK, Rubin KH, Lidegaard Ø, T'Sjoen G, Larsen M, et al. Mental and Physical Health Among Danish Transgender Persons Compared With Cisgender Persons. JAMA Netw Open. 2025; 8(4):e257115.
26. Falck F, Bränström R. The significance of structural stigma towards transgender people in health care encounters across Europe: Health care access, gender identity disclosure, and discrimination in health care as a function of national legislation and public attitudes. BMC Public Health. 2023; 23(1):1031.
27. Doyle DM, Lewis TOG, Barreto M. A systematic review of psychosocial functioning changes after gender-affirming hormone therapy among transgender people. Nat Hum Behav. 2023; 7(8):1320–31.
28. Linander I, Lundberg T, Alm E. The gender minority stress model and/or cisnormativity? The need for pluralistic theoretical perspectives in improving trans health and medicine. Soc Sci Med. 2024; 351:116957.
29. Wilson LC. Physical Health in Transgender and Nonbinary Adults: The Roles of Minority Stress and General Psychological Processes. Transgend Health. 2025; 10(2):220–5.
30. Ireland K, Hughes M, Dean NR. Do hormones and surgery improve the health of adults with gender incongruence? A systematic review of patient reported outcomes. ANZ J Surg. 2025; 95(5):864–77.

31. Tordoff DM, Wanta JW, Collin A, Stepney C, Inwards-Breland DJ, Ahrens K. Mental Health Outcomes in Transgender and Nonbinary Youths Receiving Gender-Affirming Care. JAMA Network Open. 2022; 5(2):e220978–e.
32. Indremo M, Jodensvi AC, Arinell H, Isaksson J, Papadopoulos FC. Association of Media Coverage on Transgender Health With Referrals to Child and Adolescent Gender Identity Clinics in Sweden. JAMA Netw Open. 2022; 5(2):e2146531.
33. Mezza F, Mezzalira S, Pizzo R, Maldonato NM, Bochicchio V, Scandurra C. Minority stress and mental health in European transgender and gender diverse people: A systematic review of quantitative studies. Clinical Psychology Review. 2024; 107:102358.
34. Scheim AI, Restar AJ, Zubizarreta D, Lucas R, Cole SW, Everhart A, et al. Legal gender recognition and the health of transgender and gender diverse people: A systematic review and meta-analysis. Soc Sci Med. 2025; 378:118147.
35. Glintborg D, Møller JK, Rubin KH, Lidegaard Ø, T'Sjoen G, Larsen M, et al. Gender-Affirming Treatment and Employment Rate in 3812 Danish Transgender Persons and 38 120 Controls. J Clin Endocrinol Metab. 2024; 109(12):3076–86.
36. Leyns C, Papeleu T, Tomassen P, T'Sjoen G, D'Haeseleer E. Effects of speech therapy for transgender women: A systematic review. Int J Transgend Health. 2021; 22(4):360–80.
37. Swan J, Phillips TM, Sanders T, Mullens AB, Debattista J, Brömdal A. Mental health and quality of life outcomes of gender-affirming surgery: A systematic literature review. Journal of Gay & Lesbian Mental Health. 2023; 27(1):2–45.
38. Kilmer LH, Chou J, Campbell CA, DeGeorge BR, Stranix JT. Gender-Affirming Surgery Improves Mental Health Outcomes and Decreases Antidepressant Use in Patients with Gender Dysphoria. Plast Reconstr Surg. 2024; 154(5):1142–9.
39. Berger MN, Taba M, Marino JL, Lim MSC, Skinner SR. Social Media Use and Health and Well-being of Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer Youth: Systematic Review. J Med Internet Res. 2022; 24(9):e38449.
40. Rowniak S, Bolt L, Sharifi C. Effect of cross-sex hormones on the quality of life, depression and anxiety of transgender individuals: a quantitative systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep. 2019; 17(9):1826–54.
41. Nieder TO, Mayer TK, Hinz S, Fahrenkrug S, Herrmann L, Becker-Hebly I. Individual Treatment Progress Predicts Satisfaction With Transition-Related Care for Youth With Gender Dysphoria: A Prospective Clinical Cohort Study. J Sex Med. 2021; 18(3):632–45.
42. Regeringskansliet S. Gemensam inriktning för en sammanhållen och ändamålsenlig kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården. Internet. Stockholm: Regeringskansliet; 2024.
43. Straube W, Linander I, Henriksson A. Vård för transpersoner i Värmland [Elektronisk resurs] Rapport 2023. Karlstad: Karlstads universitet; 2023.
44. Straube W, Linander I. Strukturella utmaningar och visioner i Region Värmland [Elektronisk resurs] En analys av projektet samordnare transvård: Karlstads universitet; 2021.

45. Jämställdhetsmyndigheten. Prostitution och människohandel 2021:23 [Elektronisk resurs]; 2022.
46. befruktning Q-INkfa. Fertilitetsbehandlingar i Sverige. Årsrapport 2025. Gäller behandlingar startade 2023; 2025 2025.
47. Sterling J, Garcia MM. Fertility preservation options for transgender individuals. Transl Androl Urol. 2020; 9(Suppl 2):S215–s26.
48. Armuand G, Dhejne C, Olofsson JI, Rodriguez-Wallberg KA. Transgender men's experiences of fertility preservation: a qualitative study. Hum Reprod. 2017; 32(2):383–90.
49. Thurin Kjellberg A, Goldkuhl C, Fredriksson I, Link K, Rodriguez-Wallberg K, Sandell P. Åtgärder för att bevara reproduktionsförmågan hos vuxna – främjande av likvärdig vård av patienter som riskerar behandlingsorsakad infertilitet. Internet: Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), Vävnadsrådet; 2023.
50. Diskrimineringsombudsmannen. Region Skåne kallade inte transman till screening för HPV. 2025.
51. Diskrimineringsombudsmannen. Transman felkönades i journalen.
52. Socialstyrelsen. Om implementering. www.socialstyrelsen.se; 2013. Report No.: 2012-6-12.
53. Roback K, Bernfort L, Lundqvist M, Alwin J. Ordnad utmönstring av hälso- och sjukvårdsmetoder. Linköping: Linköping University Electronic Press; 2016 2016. Report No.: 02831228 (ISSN)16537556 (EISSN).
54. Aarons GA, Ehrhart MG, Farahnak LR, Sklar M. Aligning leadership across systems and organizations to develop a strategic climate for evidence-based practice implementation. Annu Rev Public Health. 2014; 35:255–74.
55. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer och utvärderingar. Förslagsrapport mars 2020. www.socialstyrelsen.se; PM 2020.

Bilaga 1. Översikt av rekommendationer

De nationella riktlinjerna om könsdysfori innehåller 16 rekommendationer. De presenteras med förklarande texter i kapitlet Rekommendationer till dig som är beslutsfattare eller chef.

Här ger vi en översikt av alla rekommendationer med motiveringar. De är uppdelade i följande områden:

- Sammanhållen hälso- och sjukvård
- Effektiv samverkan
- Ökad kunskap
- Hjälpmedel
- Psykosocialt stöd
- Kirurgi
- Sexuell och reproduktiv hälsa
- Hårborttagning.

➔ **Läs mer:** En mer detaljerad beskrivning finns i webbilagan *Rekommendationslista i Excelformat* på Socialstyrelsens webbplats.

Sammanhållen hälso- och sjukvård

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
Id 13	För personer med initierad behandling av könsdysfori inom NHV: Erbjud individanpassad behandling eller fortsättningsvård och uppföljningsvård utanför NHV.	Hälsotillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Insatsen leder till bättre förutsättningar för kontinuerligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, enligt beprövad erfarenhet. Insatsen anses självklar då det finns ett etiskt ansvar hos vården att följa upp initierad behandling.	1

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
Id 1	För personer med könsdysfori, eller med symtom på könsdysfori: Ta fram rutiner för ett strukturerat omhändertagande.	Hälsotillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Insatsen är en förutsättning för en optimal och individanpassad vård, enligt beprövad erfarenhet. Insatsen säkerställer adekvat vård i rätt tid. **Kommentar**: Särskilt viktig insats då alla regioner inte har NHV-enhet.	**2**

Effektiv samverkan

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
Id 2	För personer med könsdysfori eller med symtom på könsdysfori, som har behov av vård från flera instanser: Ta fram rutiner för samverkan mellan nationell högspecialiserad vård och övrig vård (primärvård och specialiserad vård).	Hälsotillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Insatsen ökar förutsättningarna för en optimal och individanpassad vård, enligt beprövad erfarenhet. Insatsen säkerställer adekvat vård i rätt tid. Patientnyttan är mer indirekt än direkta åtgärder.	**3**
Id 3	För personer med könsdysfori eller med symtom på könsdysfori, som har behov av vård från flera instanser: Inför regionala vård- och stödsamordnare som samordnar kontakterna mellan NHV och den övriga vården.	Hälsotillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Enligt beprövad erfarenhet ökar insatsen förutsättningarna för en optimal och individanpassad behandling och ett optimalt stöd. Insatsen kan bidra till ökad trygghet för patienten att få hjälp med koordinering av vården.	**3**

Ökad kunskap

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
Id 4	För personal i primär- och specialistvård som möter personer med könsdysfori, eller med symtom på könsdysfori: Erbjud kontinuerliga kunskapshöjande insatser om könsdysfori och bemötande.	Hälsotillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Enligt beprövad erfarenhet ökar insatsen förutsättningarna för optimal vård och individanpassat stöd. Det finns ett behov av åtgärden då kunskapen om patientgruppen är bristfällig i den övriga vården. Patientnyttan är mer indirekt än för direkta åtgärder. **Kommentar**: De kunskapshöjande insatserna behöver vara riktade mot inventerade behov.	4

Hjälpmedel

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
Id 14	För vuxna med könsdysfori, eller symtom på könsdysfori, kopplad till hår, bröst och yttre könsorgan: Erbjud hjälpmedel utifrån behov.	Tillståndet har mycket stor svårighetsgrad. Enligt beprövad erfarenhet bidrar insatsen till minskad könsdysfori. **Kommentar**: Hjälpmedel bidrar till minskad funktionsnedsättning för de som önskar använda dem, och kan användas diagnostiskt eller vara ett alternativ för de som inte kan eller önskar genomgå kirurgiska ingrepp eller hormonbehandling.	2

Psykosocialt stöd

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
Id 6	För personer med könsdysfori, eller symtom på könsdysfori, med en otillfredsställande psykosocial situation, eller med risk för en sådan: Erbjud psykosocialt stöd.	Hälsotillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Enligt beprövad erfarenhet ökar insatsen förutsättningarna för psykosocial stabilitet och välmående. Insatsen har god patientnytta för större delen av gruppen.	3

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
Id 7	För personer som är närstående till vuxna med, eller med symtom på, könsdysfori med en otillfredsställande psykosocial situation, eller med risk för en sådan: Erbjud psykosocialt stöd.	Hälsotillståndet har måttlig svårighetsgrad. Enligt beprövad erfarenhet ökar insatsen förutsättningarna för att närstående att få det stöd de behöver för egen del, samt ökade förutsättningar att stödja sin närstående. Det finns ett behov av insatsen för en stor del av gruppen. **Kommentar**: Åtgärden kan även leda till positiv effekt för personer med eller med symtom på könsdysfori.	**6**

Kirurgi

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
Id 8a	För vuxna med könsdysfori kopplad till bröst: Erbjud könsbekräftande mastektomi (inklusive bröstförminskning).	Hälsotillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Insatsen har en stor patientnytta och ökar livskvaliteten. Insatsen är en grundläggande åtgärd att kunna erbjuda i den könsbekräftande vården.	**1**
Id 8b	För vuxna med könsdysfori kopplad till bröst: Erbjud könsbekräftande bröstförstoring (bröstaugmentation).	Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Slutsatsen om åtgärd vilar på erfarenhetsbaserad kunskap. Bröst är en viktig del av att bli rätt uppfattad enligt könsidentiteten och ha egen kroppsupplevelse som stämmer överens med sin könsidentitet. Åtgärden har få och lindriga negativa effekter. **Kommentar**: Personer med könsdysfori har andra kroppsliga förutsättningar att leva enligt sin könsidentitet än cis-kvinnor, åtgärden syftar till att åtgärda könsdysfori där tidigare behandling inte haft effekt för könsdysfori kring bröst.	**3**

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
Id 9a	För vuxna med könsdysfori kopplad till struphuvud: Erbjud kirurgisk reduktion av struphuvud.	Hälsotillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Insatsen har stor patientnytta för en del av patienterna då graden av dysfori varierar inom denna grupp. Det finns andra åtgärder som har större effekt på könsdysfori.	3
Id 9b	För vuxna med könsdysfori kopplad till äggledare, äggstockar, livmoder, testiklar eller deras funktioner: Erbjud hysterektomi, salpingo-ooforektomi eller orchidektomi.	Tillståndet har mycket stor svårighetsgrad. Slutsatsen om åtgärd grundas på erfarenhetsbaserad kunskap. Ingreppen har positiv effekt för de som önskar att genomgå ingreppen. Har direkt effekt på dysfori, (i förhållande till organens hormonella funktioner, men även till att ha organ som inte stämmer överens med könsidentiteten).	3
Id 9c	För vuxna med könsdysfori kopplad till könade ansiktsdrag: Erbjud ansiktskirurgiska ingrepp (som kan innefatta ett antal olika ingrepp).	Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men det pågår studier på området.	FoU

Sexuell och reproduktiv hälsa

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
Id 11	För personer med könsdysfori eller med tydliga symtom på könsdysfori, som kommer att genomgå könsbekräftande behandling som kan påverka fertiliteten negativt: Erbjud fertilitetsbevarande åtgärder.	Insatsen har högsta prioritet trots att hälsotillståndet har en måttlig svårighetsgrad eftersom den kan betraktas som självklar, enligt särskilda kriterier för god praxis. Insatsen motiveras främst av etiska hänsyn och bör ses som en del i att erbjuda jämlik vård till alla patientgrupper som genomgår behandling som kan påverka fertiliteten negativt.	1

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
Id 10	För personer med könsdysfori med ofrivilligt påverkad sexuell lust och funktion: Erbjud sexologisk rådgivning och sexologisk behandling.	Hälsotillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Enligt beprövad erfarenhet bidrar insatsen till minskad könsdysfori och det finns få eller inga negativa effekter. Dock är gruppens behov av varierande grad varför patientnyttan, och därmed prioritetssiffran, är något lägre.	4

Hårborttagning

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
Id 12	För personer med könsdysfori kopplad till oönskad behåring: Erbjud hårborttagning enligt individuell bedömning.	Hälsotillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Enligt beprövad erfarenhet bidrar insatsen till minskad könsdysfori. Insatsen har stor patientnytta och få negativa effekter.	1

Bilaga 2. Översikt av indikatorer

Myndigheten har 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*, 2025. Nedan listas de indikatorer som kan användas för uppföljning och utvärdering av följsamheten till de nationella riktlinjerna.

I dagsläget finns det brister både i kunskap och registrering av åtgärder som personer med könsdysfori får. Ett förbättrat kunskapsläge, och vidare utveckling av befintliga datakällor, behövs innan vissa av de mått vi föreslår som kvalitetsindikatorer i en nationell uppföljning kan fungera.

➔ **Läs mer** i rapporten Stärkt uppföljning av vård vid könsdysfori (pdf) på Socialstyrelsens webbplats.

Tabell 1. Indikatorer som följer specifika rekommendationer

Namn	Rekommen-dationens id
Strukturerat omhändertagande vid könsdysfori	Id 1
Regioner som upprättat koordinatorfunktion	Id 3
Tillgång till psykosocialt stöd i hela vårdkedjan	Id 6
Komplikationer efter könsbekräftande kirurgi	Id 8a, 8b, 9b

Andra indikatorer som kan vara relevanta

Även följande indikationer kan vara relevanta för detta riktlinjeområde:

- Accepterade remisser för könsdysforiutredning
- Tid till första besök vid NHV könsdysfori
- Tid till behandling vid behov av vård för könsdysfori
- Livskvalitet hos personer med könsdysfori
- Nöjdhet med bemötande och stöd vid könsdysfori.
- Könsinkongruens
- Psykisk hälsa
- Förekomst av suicid hos personer med könsdysfori

Bilaga 3. Tillhörande dokument som publiceras på webben

Till riktlinjerna finns ett antal externa bilagor:

- Rekommendationslista i Excelformat
- Kunskapsunderlag
- Hälsoekonomiskt underlag
- Metodbeskrivning
- Fördjupad konsekvensanalys.

Indikatorerna redovisas i sin helhet i rapporten:

- Indikatorer för könsdysfori.

Samtliga dokument finns på Socialstyrelsens webbplats, socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer/konsdysfori.

Bilaga 4. Versionshistorik

De nationella riktlinjerna om könsdysfori har uppdaterats sedan de först publicerades – då i from av ett nationellt kunskapsstöd för vård av vuxna med könsdysfori. Se tabell 1.

Tabell 1. Versionshistorik för de nationella riktlinjerna om könsdysfori

Publicering	Aktivitet
2015	Socialstyrelsen publicerade ett nationellt kunskapsstöd för vård av vuxna med könsdysfori.
Februari 2026	Kunskapsstödet uppdaterades till nationella riktlinjer och reviderades i grunden.
November 2026	Riktlinjerna justerades något efter remissvar från regioner, yrkesorganisationer och andra intressenter. Även en ny rekommendation om hjälpmedel lades till.

I dessa nationella riktlinjer ger Socialstyrelsen rekommendationer om vård vid könsdysfori. Riktlinjerna berör i första hand den regionala hälso- och sjukvården, där viss könsbekräftande vård ges på initiativ från nationell högspecialiserad vård (NHV). Vi beskriver också rekommendationernas ekonomiska och organisatoriska konsekvenser, och redovisar indikatorer för uppföljning och utvärdering. Riktlinjerna vänder sig till dig som beslutar om resurser i den regionala hälso- och sjukvården, till exempel i rollen som tjänsteperson, verksamhetschef eller politiker.

Socialstyrelsen

Nationella riktlinjer 2026: Könsdysfori – Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser i den regionala hälso- och sjukvården (artikelnr 2026-11-10530) kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.