

Åldersgräns för vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen och socialnämndens roll vid ändring av det kön som framgår av folkbokföringen

Redovisning av regeringsuppdrag

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

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2020-3-6696

Publicerad www.socialstyrelsen.se, mars 2020

Förord

Den 19 september 2019 fick Socialstyrelsen i uppdrag att, utifrån förslagen i lagrådsremissen från 2018 *Vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen och ändring av det kön som framgår av folkbokföringen*, bland annat

- analysera och bedöma om den föreslagna åldersgränsen på 15 år för att, i de fall det finns synnerliga skäl, få genomgå ett kirurgiskt ingrepp i könsorganen är lämplig eller om en annan åldersgräns bör gälla
- kartlägga behovet av att införa en sådan bestämmelse som innebär att socialnämnden ska kunna besluta om en ansökan om ändring av det kön som framgår av folkbokföringen när en av vårdnadshavarna inte samtycker, och analysera om den kompetens som krävs för denna uppgift finns inom socialtjänsten. Vid behov ska Socialstyrelsen här lämna förslag på åtgärder som myndigheten bedömer krävs för att genomföra bestämmelsen.

Uppdraget ska redovisas till regeringen senast den 31 mars 2020. Redovisningen utgör tillsammans med analysarbetet inom Socialdepartementet utgångspunkt för regeringens fortsatta arbete i frågan. Rapporten riktar sig således primärt till regeringen men kan också vara av intresse för patienter, profession och andra berörda.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Mycket talar emot en sänkt åldersgräns för vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen	7
Socialnämndens roll vid ändring av det kön som framgår av folkbokföringen	8
Inledning	9
Bakgrund	9
Könsdysfori	9
Socialstyrelsens uppdrag	10
Uppdragets genomförande och avgränsning	11
Konsekvenser för de jämställdhetspolitiska målen	12
Åldersgräns för vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen	14
Lagrådsremissens förslag	14
Juridiska aspekter	19
Underlag till Socialstyrelsens bedömning	29
Socialstyrelsens analys och bedömning	48
Socialnämndens roll vid ändring av det kön som framgår av folkbokföringen	53
Lagrådsremissens förslag	53
Barns behov av att ändra juridiskt kön	53
Referenser	67
Bilaga 1. Metodbeskrivning	71
Åldersgräns för vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen	71
Socialnämndens roll vid ändring av det kön som framgår av folkbokföringen	72

Sammanfattning

I dag kan inte personer under 18 års ålder få könsbekräftande vård i form av vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen. Det handlar om ingrepp som – enligt den nuvarande lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall, könstillhörighetslagen – ”syftar till att göra könsorganen mer lika det andra könets” och om avlägsnande av könskörtlar. Personer under 18 år har heller inte möjlighet att ändra det juridiska kön som är registrerat i folkbokföringen. Regeringen har dock i en lagrådsremiss från 2018 bland annat föreslagit att åldersgränserna ska sänkas:

- Personer som har fyllt 15 år föreslås kunna gå igenom de kirurgiska ingreppen om det finns synnerliga skäl.
 - Socialstyrelsen har fått i uppdrag att analysera och bedöma om 15 år är en lämplig åldersgräns eller om en annan åldersgräns bör gälla.
- Personer som har fyllt 12 år ska, enligt 2 § i den föreslagna lagen om ändring av det kön som framgår av folkbokföringen, efter ansökan kunna ändra juridiskt kön. Vid en första ändring ska det inte ställas något krav på prövning av den sökandes könsidentitet. Om ansökan gäller ett barn som har fyllt 12 år är det vårdnadshavare som ska ansöka om ändringen. Om den ena av två vårdnadshavare inte samtycker, föreslås socialnämnden kunna besluta om en ansökan om ändring av det juridiska könet om det krävs med hänsyn till barnets bästa.
 - Socialstyrelsen har fått i uppdrag att kartlägga behovet av förslaget, och analysera om socialtjänsten har den kompetens som krävs.

Mycket talar emot en sänkt åldersgräns för vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen

Socialstyrelsen bedömer att det i dagsläget är mer som talar emot än som talar för att möjliggöra de aktuella kirurgiska ingreppen före 18 års ålder. Av de underlag som Socialstyrelsen har inhämtat framgår att det finns enstaka individer med ett stort lidande som riskerar att förlängas i väntan på kirurgiska ingrepp i könsorganen. Personer under 18 år kan dock få annan könsbekräftande behandling och stöd inom könsdysforivården.

Socialstyrelsens bedömning utgår från dagens kunskapsläge – det saknas vetenskaplig och erfarenhetsbaserad kunskap om nytta och risker med ingreppen före 18 års ålder. Antalet unga och sårbara patienter har också ökat kraftigt i könsdysforivården de senaste åren, och det saknas kunskap om orsakerna. Socialstyrelsen bedömer därmed att det vid en sänkt åldersgräns i dagsläget skulle bli svårt att säkerställa en fördelaktig balans mellan nytta och risk, såväl för enskilda individer som på gruppnivå. Det blir dock viktigt att följa kunskapsutvecklingen, och att anpassa lagstiftningen om kunskapsläget förändras.

Socialnämndens roll vid ändring av det kön som framgår av folkbokföringen

Socialstyrelsen har också kartlagt barns behov av att kunna ändra juridiskt kön. De flesta intresseorganisationer beskriver att det kan vara viktigt för barn att kunna ändra juridiskt kön, och att det kan innebära risker för deras psykiska hälsa att behöva leva med ett annat juridiskt kön än det upplevda. Liknande resonemang förs bland annat av flera myndigheter. Andra aktörer ser istället risker och nackdelar, exempelvis att förslaget skulle kunna innebära högre trösklar för dem som ändrar sig efter att en gång ha önskat att ändra juridiskt kön, vilket leder till ett ökat lidande.

Socialstyrelsen bedömer att socialtjänsten har den särskilda kompetens som krävs för att göra de svåra avvägningar som är nödvändiga för att kunna bedöma vad som är bäst för barnet, som är fallet vid denna typ av ansökan. För att utreda barnets bästa i dessa fall ska socialtjänsten utgå från sitt sedvanliga utredningsförfarande. Denna typ av ärenden kommer sannolikt att vara relativt ovanliga inom socialtjänsten. Socialstyrelsen bedömer bland annat därför att socialtjänsten kan antas komma att behöva viss specifik kunskap och information, om lagstiftningen och om själva sakfrågan. Det kan antas handla om övergripande kunskap om bland annat könsidentitetsutveckling och könsdysfori hos barn och olika typer av behandling. Förslagsvis kan Socialstyrelsen bidra med detta stöd i ett meddelandeblad respektive på Kunskapsguiden.se eller Socialstyrelsens webbplats.

Inledning

Bakgrund

Lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall reglerar i dag

- fastställelse av annan könstillhörighet än den som framgår av folkbokföringen
- möjligheten till sådana ingrepp i könsorganen som ”syftar till att göra dem mer lika det andra könets” samt avlägsnande av könskörtlar.

18 år är en undre åldersgräns för både den juridiska och den medicinska delen, förutom för personer med en medfödd avvikelse i könsutvecklingen.

I lagrådsremissen från 2018 *Vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen och ändring av det kön som framgår av folkbokföringen* föreslår regeringen att två nya lagar ska ersätta lagen (1972:119) om könstillhörighet i vissa fall:

- lagen om vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen
- lagen om ändring av det kön som framgår av folkbokföringen.

Regeringen föreslår också följdändringar i andra lagar, till exempel föräldrabalken och steriliseringslagen.

Förslagen i lagrådsremissen har föregåtts av liknande förslag i betänkandet *Juridiskt kön och medicinsk könskorrigering* (SOU 2014:91) från Utredningen om åldersgränsen för fastställelse av könstillhörighet, och i departementspromemoriorna *Vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen* (Ds 2018:11) respektive *Ändring av det kön som framgår av folkbokföringen* (Ds 2018:17).

Förslagen i lagrådsremissen innebär att processen för kirurgiska ingrepp i könsorganen särskiljs från processen för ändring av det kön som framgår av folkbokföringen. Ett övergripande mål är att en person ska kunna få sin könsidentitet rättsligt erkänd med respekt för rätten till självbestämmande.

När det gäller den medicinska delen ska vuxna inte längre behöva något tillstånd från Socialstyrelsen för att få genomgå de aktuella kirurgiska ingreppen, enligt förslagen. Det blir också möjligt för barn som har fyllt 15 år att genomgå ingreppen, om det finns synnerliga skäl och efter tillstånd från Socialstyrelsen.

När det gäller den juridiska delen ska den som har fyllt 12 år få ändra det kön som framgår av folkbokföringen efter en ansökan, enligt förslagen. Vid en första ändring ska det inte krävas någon prövning av den sökandes könsidentitet.

Könsdysfori

Uttrycket *könsidentitet* syftar på den inre upplevelsen av vilket kön en person tillhör. Det är vanligast att beskriva sin könsidentitet som manlig eller

kvinnlig. Det finns också personer som beskriver sin könsidentitet som icke-binär, vilket brukar betyda något av följande:

- att könsidentiteten varken är manlig eller kvinnlig
- att könsidentiteten både är manlig och kvinnlig
- att personen inte vill eller kan definiera sitt kön inom ramen för den binära kategoriseringen manligt och kvinnligt.

När könsidentiteten inte stämmer överens med kroppen eller det juridiska kön som registrerats vid födseln och detta ger ett lidande kallas det för *könsdysfori*.

Sedan 1970-talet är den vedertagna behandlingen av könsdysfori att ändra kroppsliga könskaraktistika genom könsbekräftande behandling, och att möjliggöra en ändring av det juridiska könet. Behandlingen syftar alltså till att minska könsdysforin genom att öka samstämmigheten mellan könsidentiteten och kroppen.

WHO:s internationella diagnosklassifikation, ICD-10, har tre diagnoser för könsdysfori:

- *Transsexualism* (ICD-10 F64.0) används när könsidentiteten är motsatt det kön som personen tilldelats vid födseln.
- *Andra specificerade könsidentitetsstörningar* (ICD-10 F64.8) används när en person inte identifierar sig som man eller kvinna utan som icke-binär, och har ett starkt lidande.
- *Könsidentitetsstörning, ospecificerad* (ICD-10 F64.9) används när en person med könsdysfori varken uppfyller kriterierna för F64.0 eller F64.8, och under utredningsperioden.

Utredningarna görs av specialiserade multidisciplinära team. Den behandling som i dag kan erbjudas personer under 18 år är

- samtalsbehandling och psykosocialt stöd
- hormonell behandling (både så kallade stopphormoner och könskonträra hormoner)
- röstträning
- hårborttagning
- vissa kirurgiska ingrepp (till exempel mastektomi – borttagande av bröst).

Personer över 18 år har också möjlighet att ansöka om kirurgiska ingrepp i könsorganen och borttagande av könskörtlar [1, 2].

Socialstyrelsens uppdrag

Socialstyrelsen har i uppdrag från regeringen att, utifrån det förslag som lämnats i lagrådsremissen från 2018 *Vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen och ändring av det kön som framgår av folkbokföringen*, analysera och bedöma om den föreslagna åldersgränsen på 15 år för att, i de fall det finns synnerliga skäl, få genomgå ett kirurgiskt ingrepp i könsorganen är lämplig, eller om en annan åldersgräns bör gälla.

Socialstyrelsen ska även, utifrån det förslag som lämnats i lagrådsremissen och som innebär att socialnämnden ska kunna besluta om en ansökan om

ändring av det kön som framgår av folkbokföringen när en av vårdnadshavarna inte samtycker, kartlägga behovet av att införa en sådan bestämmelse och analysera om den kompetens som krävs för denna uppgift finns inom socialtjänsten. Vid behov ska Socialstyrelsen lämna förslag på åtgärder som myndigheten bedömer krävs för att genomföra bestämmelsen. Socialstyrelsen ska beakta de synpunkter som Lagrådet i sitt yttrande (Lagrådet – Utdrag ur protokoll vid sammanträde 2018-10-23) lämnat i denna fråga.

Uppdragets genomförande och avgränsning

Det har inte varit Socialstyrelsens uppdrag att uttala sig om förslagen i lagrådsremissen i sin helhet. Myndigheten har istället haft i uppdrag att besvara vissa specifika frågor.

Socialstyrelsen har hämtat in de kunskapsunderlag som bedömts relevanta och möjliga att ta fram utifrån uppdragets avgränsning och förutsättningar.

Socialstyrelsens redovisning i denna rapport utgör tillsammans med det analysarbete som genomförs inom Socialdepartementet utgångspunkt för regeringens fortsatta arbete i frågan.

Åldersgräns för vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen

En utgångspunkt i Socialstyrelsens uppdrag är att de kirurgiska ingrepp som omfattas av lagrådsremissens förslag ska regleras i särskild lagstiftning som innehåller en åldersgräns. Det innebär att vi i vår bedömning inte uttalar oss om alternativet att de aktuella kirurgiska ingreppen hanteras inom ramen för den generella hälso- och sjukvårdslagstiftningen (det vill säga utan reglering i speciallag och utan fast åldersgräns).

I den del av uppdraget som rör åldersgräns för vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen hänvisas till Lagrådets synpunkter på remissen, och det klargörs att de punkter där Lagrådet riktade kritik behandlas inom ramen för Socialdepartementets fortsatta arbete med frågan. Detta medför att de juridiska aspekter som lyftes av Lagrådet inte omfattas av uppdraget. Det var till exempel frågor som gällde förslaget om barns självbestämmanderätt, det vill säga om barn ska få ansöka om kirurgiska ingrepp själva och föra sin egen talan i mål och ärenden om dessa ingrepp. I stället utgår Socialstyrelsens bedömning främst från kunskapsunderlag om medicinska och psykologiska förhållanden, och från en analys av medicinetiska aspekter. Socialstyrelsen redovisar också vissa juridiska aspekter som kan ha betydelse för regeringens fortsatta arbete med frågan. Se bilaga 1 för en beskrivning av metoden.

Socialstyrelsen bedömer att en lagreglerad åldersgräns behöver utgå från en sammantagen värdering av en rad olika aspekter, och Socialstyrelsens redovisning i denna rapport blir därmed ett av flera underlag för en sådan sammantagen värdering.

Socialnämndens roll vid ändring av det kön som framgår av folkbokföringen

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att kartlägga behovet av att införa en sådan bestämmelse som föreslås i lagrådsremissen och som innebär att socialnämnden ska kunna besluta om en ansökan om ändring av det kön som framgår av folkbokföringen när en av vårdnadshavarna inte samtycker. I uppdraget beskrivs att Socialstyrelsen ska beakta de synpunkter som Lagrådet i sitt yttrande lämnat i denna fråga.

Socialstyrelsen redovisar här en kartläggning av hur barns behov av att byta juridiskt kön ser ut. Det har dock inte varit möjligt att fokusera kartläggningen på barns behov av att få möjlighet att ändra juridiskt kön just när den ena vårdnadshavaren inte samtycker, såsom uppdraget beskriver. I stället har vi kartlagt behovet generellt. Detta ger ett underlag för att svara på det som Lagrådet efterfrågar, nämligen hur det praktiska behovet av lagförslaget ser ut. I denna del ingår däremot inte i Socialstyrelsens uppdrag att göra en sammanvägd bedömning utifrån kartläggningen.

Socialstyrelsen har bland annat utgått från förarbeten till lagar och kunskap om förhållanden inom socialtjänsten för att analysera om socialtjänsten har den kompetens som krävs, och för att ge förslag på åtgärder som myndigheten bedömer krävs för att genomföra bestämmelsen.

Socialstyrelsens redovisning i den del som rör socialnämndens roll vid ändring av det kön som framgår av folkbokföringen blir en utgångspunkt för regeringens fortsatta arbete i frågan, tillsammans med det analysarbete som görs på Socialdepartementet. Se bilaga 1 för en beskrivning av metoden.

Konsekvenser för de jämställdhetspolitiska målen

I Socialstyrelsens uppdrag ingår att analysera konsekvenser för de jämställdhetspolitiska målen. Jämställdhetspolitikens övergripande mål är att kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv. För att säkerställa detta finns sex delmål.¹ Socialstyrelsen bedömer att uppdraget som redovisas i denna rapport framför allt har bäring på delmålet om jämställd hälsa:

Kvinnor och män, flickor och pojkar ska ha samma förutsättningar för en god hälsa samt erbjudas vård och omsorg på lika villkor. En jämställd hälsa är ett mål i sig, men en god hälsa för kvinnor och män respektive flickor och pojkar bidrar även till ett jämställt och aktivt deltagande i samhället.

Socialstyrelsen har särredovisat skillnader och likheter utifrån målgruppens könsidentitet² och registrerade kön vid födseln i denna rapport, där det varit möjligt och befogat. Det gäller till exempel i beskrivningen av utvecklingen

¹ Delmålen handlar om en jämn fördelning av makt och inflytande, ekonomisk jämställdhet, jämställd utbildning, jämn fördelning av det obetalda hem- och omsorgsarbetet, jämställd hälsa och att mäns våld mot kvinnor ska upphöra.

² Exempelvis ingår i Barnombudsmannens fokusgrupp ungdomar som definierar sig som tjej, kille eller icke-binär.

av diagnosen könsdysfori över tid, vars uppgifter hämtats från nationella register.

Den första delen av uppdraget gäller åldersgräns vid kirurgiska ingrepp i könsorganen. Sedan millennieskiftet har antalet personer med en könsdysforidiagnos ökat i Sverige. Ökningen gäller främst bland barn och unga vuxna, och i synnerhet bland dem som registrerats som flickor vid födseln [3]. Även om det i dag finns kunskap om denna skillnad, går det inte att bedöma hur många av de berörda personerna som skulle kunna ha ett behov av att genomgå de aktuella kirurgiska ingreppen, och som därmed skulle kunna påverkas av en lagreglerad åldersgräns. Det är viktigt att följa såväl behovet som resultatet (inklusive komplikationer) av de kirurgiska ingreppen över tid, för att kunna bedöma om vården kan anses vara tillräckligt säker och jämställd.

Den andra delen av uppdraget gäller socialnämndens roll vid ändring av det kön som framgår av folkbokföringen. Socialstyrelsen bedömer att det handlar om ett mycket litet antal barn, och det är i dag inte möjligt att säga om eller hur lagrådsremissens förslag skulle kunna komma att påverka målgruppen beroende på om barnet registrerats som flicka eller pojke vid födseln.

Socialstyrelsens redovisning av uppdraget utgör underlag för regeringens fortsatta arbete i frågan, och har därmed enbart en indirekt betydelse. Socialstyrelsen ger inga rekommendationer eller något annat kunskapsstöd till hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Även om uppdraget i nuläget därmed kan anses ha begränsade konsekvenser ur ett jämställdhetsperspektiv, är det viktigt att fortsätta stärka möjligheterna att ta fram mer kunskap om målgruppens förutsättningar för en god hälsa, och om huruvida vården och omsorgen erbjuds på likvärdiga villkor.

Åldersgräns för vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen

Lagrådsremissens förslag

Förslag till bestämmelser enligt lagrådsremissen

Socialstyrelsens uppdrag utgår från det förslag till lag om vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen som finns i lagrådsremissen från 2018 *Vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen och ändring av det kön som framgår av folkbokföringen*:

Lagen innehåller bestämmelser om sådana kirurgiska ingrepp i en persons könsorgan som syftar till att göra så att personens kropp stämmer överens med personens könsidentitet. Ett sådant kirurgiskt ingrepp får enligt förslaget göras på den som har fyllt 18 år, om personen

1. är folkbokförd i Sverige
2. upplever att kroppen inte stämmer överens med könsidentiteten
3. måste antas komma att leva i denna könsidentitet även i framtiden.

För barn som har fyllt 15 år och vill genomgå de kirurgiska ingrepp som förslaget omfattar, föreslås att tillstånd ska sökas hos Socialstyrelsen. Tillstånd ska ges om det finns synnerliga skäl för ingreppet och förutsättningarna 1–3 ovan är uppfyllda. Vid beslut om tillstånd till ett kirurgiskt ingrepp ska barnets bästa vara avgörande. Enligt lagrådsremissens förslag får ett barn ansöka själv och föra sin egen talan i mål och ärenden om tillstånd till kirurgiska ingrepp (Socialstyrelsen utgår dock från att myndighetens uppdrag inte inkluderar frågan om barns självbestämmanderätt, se avsnittet *Uppdragets genomförande och avgränsning*). Enligt förslaget får tillstånd endast ges om barnet skriftligen har samtyckt till ingreppet, i de fall ansökan om tillstånd har gjorts av barnets vårdnadshavare.

Motivering till lagrådsremissens förslag

I lagrådsremissen (s. 66) anger regeringen följande skäl för att införa en möjlighet för barn som har fyllt 15 år att genomgå underlivskirurgi. För många människor är tonåren en tid i livet då relationer, sexualitet och känslor utforskas och då det sker en intensiv personlig utveckling. Om det finns ett avsevärt lidande som är kopplat till att kroppen inte överensstämmer med könsidentiteten riskerar denna utveckling att allvarligt hämmas, eftersom ungdomen kan gå miste om viktiga milstolpar i sin utveckling. Lidandet kan till exempel leda till att ungdomen inte kan gå i skolan, umgås med vänner, inleda relationer, känna sig bekväm med att visa sin kropp eller ha sex.

Ibland är underlivskirurgi det enda som gör det möjligt för ungdomen att leva i enlighet med sin könsidentitet och få en ”normal” tonårstid. Enligt beskrivningen i lagrådsremissen har många transpersoner psykisk ohälsa i form av suicidtankar och suicidförsök. Denna andel är betydligt högre än i

befolkningen i allmänhet. Suicidförsök är vanligare i de yngre åldersgrupperna.

Regeringen uttalade vidare att det i enstaka fall har förekommit att personer som inte har fyllt 18 år har åkt utomlands, på till exempel sina föräldrars bekostnad, för att genomföra underlivskirurgi. Dessa personer har inte inför ingreppet kunnat förberedas inom ramen för den svenska könsbekräftande vården på hur de ska förhålla sig till sin förändrade köns-tillhörighet i framtiden. Regeringen bedömde att det mot denna bakgrund är angeläget att möjliggöra för vissa personer under 18 år att genomgå underlivskirurgi under trygga och kontrollerade former. Regeringen bedömde att det finns skäl att sänka den strikta åldersgränsen om 18 år som finns i den nuvarande könstillhörighetslagen.

Hälsotillstånd som omfattas av lagrådsremissens förslag

Enligt 1 § i lagrådsremissens förslag till lag om vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen ska lagen inte tillämpas på kirurgiska ingrepp som görs på personer med medfödd avvikelse i könsutvecklingen.

Den nya lagen föreslås vara tillämplig när en person upplever att könsidentiteten och kroppen inte stämmer överens. Lagens tillämpningsområde är således inte begränsat till dem vars könsidentitet är antingen man eller kvinna. De ingrepp som regleras i den nya lagen ska syfta till att göra så att könsorganen bättre stämmer överens med könsidentiteten (lagrådsremissen s. 50). Med könsidentitet avses en persons självidentifierade kön, den inre upplevelsen av att vara pojke eller man, flicka eller kvinna eller att tillhöra inget eller något annat kön (lagrådsremissen s. 49). En skillnad mellan lagrådsremissens förslag och vad som gäller idag är således att även personer med icke-binär könsidentitet omfattas av möjligheten till kirurgiska ingrepp.

Kirurgiska ingrepp som omfattas av lagrådsremissens förslag

Den nya lagen om vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen ska innehålla bestämmelser om kirurgiska ingrepp i en persons könsorgan som syftar till att göra så att personens kropp stämmer överens med personens könsidentitet (lagrådsremissen s. 48). Uttrycket kirurgiska ingrepp i könsorganen omfattar både ingrepp enligt nuvarande 4 § könstillhörighetslagen och avlägsnande av könskörtlar enligt nuvarande 4 a § könstillhörighetslagen. Med könsorgan avses de inre och yttre könsorganen: äggstockar, äggledare, livmoder och vagina respektive klitoris och blygdläppar samt testiklar, bitestiklar, sädesledare, sädesblåsor och prostata respektive penis och pung (lagrådsremissen s. 142). I lagrådsremissen föreslås att den nya lagen om vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen inte ska göra någon skillnad på förutsättningarna för att få genomföra kirurgiska ingrepp i könsorganen och avlägsnande av könskörtlar.

En extern sakkunnig har haft Socialstyrelsens uppdrag att, utifrån beskrivningen i Socialstyrelsens kunskapsstöd för god vård av vuxna med könsdysfori [4], ge en uppdaterad beskrivning av de kirurgiska ingrepp i

könsorganen som omfattas av lagrådsremissens förslag [5]. De kirurgiska ingreppen beskrivs nedan.

Feminiserande underlivskirurgi

Avlägsnande av testiklar (orchidektomi)

Vid orchidektomi avlägsnas testiklarna. Operationen genomförs ofta i samband med penektomi och vaginoplastik. Vid orchidektomi utan vaginoplastik sker enbart en reducerad plastik av vulva. Risken för komplikationer vid orchidektomi såsom blödning och infektion, är låg.

Avlägsnande av penis (penektomi)

Vid penektomi avlägsnas penis. Denna operation görs i princip alltid samtidigt som orchidektomi och vaginoplastik (alternativt en reducerad plastik av vulva), även om det har förekommit att personer som genomgår ingreppet önskat bibehålla sina testiklar. Delar av de stora svällkropparna kan, men behöver inte, sparas för att stödja uppbyggnaden av neoklitoris. Det är ovanligt med komplikationer vid penektomi som utförs utan vaginoplastik men som vid alla kirurgiska ingrepp kan infektioner och blödningar tillstå.

Konstruktion av vagina, klitoris och blygdläppar (vagino-, klitoris- och labiaplastik)

Med vaginoplastik avses ofta flera kirurgiska ingrepp som kan genomföras i ett eller två steg, och som i regel sker i samband med orchidektomi och penektomi. Det skapas en känslig och estetiskt acceptabel vulva som består av själva slidan, slidöppningen, klitoris samt inre och yttre blygdläppar. Detta innebär också att operatören förkortar urinröret och skapar en ny urinrörsöppning.

Den i dag absolut vanligaste grundläggande tekniken för konstruktionen av neovagina är invaginering av penishuden. I denna konstruktion kan även delar av pungens hud användas eller hudtransplantat från andra ställen, såsom ljumske eller buk.

En annan teknik vid konstruktionen av neovaginan innebär att slidväggen görs av tarmvävnad eller bukhinna, antingen för att huden från penis och skrotum inte är tillräcklig eller för att det har uppstått komplikationer av en föregående teknik.

I Sverige är invaginering med hud endast från penis förstahandsvalet. Fria hudtransplantat används enbart om penishuden är otillgänglig av orsaker som tidigare skada eller cancer, eller att en tidigare skapad vagina har ärr-omvandlats på grund av bristande dilatation. Tekniker som involverar tarm- eller bukhinnevävnad utgör tredjehandsval. Detta scenario kan komma att förändras, då vissa patienter som blir aktuella för denna kirurgi i dag har genomgått behandling med så kallade stopphormoner, varvid penistillväxten under puberteten uteblivit och tillgången på penishud då är begränsad.

Klitoris konstrueras av en del av ollonet med bevarande av de ursprungliga nervtrådarna, vilket ger en klitoris med ”sexuell känsel”. Vanligtvis sys klitoris till huden för att få sin nya position men man kan också placera klitoris på resterna av penis svällkroppar.

Hud från pungen och omgivande genitalt hudområde används för att konstruera inre och yttre blygdläppar. Ibland görs de inre blygdläpparna vid en senare operation i syfte att begränsa riskerna för störd cirkulation.

Allvarliga komplikationer är mycket ovanliga men består av nekros av vagina, fistlar mellan tarmen och vaginan samt förträngning eller stenosis av vagina (utöver de risker för blödning och infektion som kirurgiska ingrepp alltid innebär). Det kan också uppstå svullnader eller ojämnheter i urinröret som kan leda till problem vid urinering. Om hud från skrotum används och inte har epilerats permanent kan hår växa inuti neovaginan. I mycket sällsynta fall uppstår framfall av neovaginan. Om tarmvävnad används kan det resultera i excessiv lubrikation, dålig lukt samt prolaps, förutom de till tarmkirurgin kopplade riskerna, såsom läckage från tarmanastomos och tarmvred. Vidare kan det uppstå skador på nerverna från ollonet som försörjer den skapade klitoris, vilket kan resultera i förlorad orgasmförmåga. Neovaginan kan också bli för kort eller trång för att tillåta penetrativt samlag. Ibland uppstår synliga ärr.

Maskuliniserande underlivskirurgi

Borttagande av livmoder, äggledare och äggstockar (hysterektomi, salpingo-ooforektomi)

Det används tre grundläggande tekniker för att ta bort livmodern. Den abdominella metoden är den vanligaste när det gäller transmän och innebär att buken öppnas för att man ska kunna avlägsna livmodern och vanligen även äggstockarna och äggledarna.

Vaginal hysterektomi (med eller utan laparoskop genom buken) utförs som namnet säger från vagina, och ofta är det även möjligt att avlägsna äggstockarna. Denna teknik kan vara svår att utföra om patienten inte har erfarenhet av penetrativt samlag samt vid atrofi av vagina till följd av testosteronbehandling. Även att inte ha fött barn kan försvåra vaginal hysterektomi. Dessa begränsningar gör att den abdominella metoden är vanligast på transmän.

Risken för komplikationer vid hysterektomi, salpingektomi och ooforektomi är relativt låg och skiljer sig inte från den hos kvinnor som genomgår dessa ingrepp av andra skäl än könskorrigering. Det händer ibland att urinblåsa, urinledare, tarm eller andra organ skadas oavsiktligt. Som vid all kirurgi kan blödningar och infektioner tillstå.

Avlägsnande av slidan (vaginektomi) och stängning av vaginalöppningen

Vid vaginektomi avlägsnar man slidan. Ingreppet sker ofta i samband med andra könskorrigeringar i underlivet om patienten önskar det. Stängning av vaginalöppningen genomförs enbart på patientens särskilda begäran och kan endast utföras om även hysterektomi utförs eller har utförts tidigare.

Utöver risken för generella kirurgiska komplikationer som blödning och infektion, är oavsiktliga skador på andra organ som tarm- och urinblåsa möjliga komplikationer. Det finns även risk för funktionsstörningar vid urinering och tarmskötning. På grund av bristen på vetenskapliga studier och klinisk erfarenhet inom området kan det för närvarande inte ges fullgod

information till patienter om vilka risker det finns avseende bäckenbotten-
dysfunktion efter vaginektomi, men forskning kring detta pågår i Sverige.

Eventuella cellförändringar kan vara svåra att upptäcka om slemhinne-
vävnad lämnas kvar och vagina försluts.

Skapande av mikropenis (metoidioplastik) med uretroplastik
En variant av penisplastik benämns metoidioplastik (metaidoioplastik) eller
skapande av mikropenis. Denna metod bygger på det faktum att klitoris, som
har förstörats till följd av testosteronbehandling, har en anatomi som i stort är
identisk med en penis. Klitoris rätas ut och dess svällkroppar görs synliga i
hela sin längd. Därefter konstrueras urinrör med hjälp av vaginalslemhinna
varefter neopenisen förtjockas och penisskaftet täcks med hud från inre
blygdläpparna.

Vid metoidioplastik utför man alla steg i peniskonstruktionen vid ett och
samma tillfälle. Resultatet blir en penis som till utseende och funktion i
mycket liknar en penis men med begränsad storlek, vilket bland annat
innebär att penetrerande sex inte är möjligt.

Möjliga komplikationer är fistelbildning i urinröret som uppstår hos cirka
7 procent av patienterna. Förträngning av urinröret är mer ovanligt. Nekros
av neopenis är mycket ovanligt, även om partiell lambånekros kan före-
komma liksom vid andra typer av lambåkirurgi. Även generella kirurgiska
komplikationer som blödning och infektion kan uppstå.

Skapande av penis (falloplastik)

Falloplastik är beteckningen på andra varianter av penisrekonstruktion, där
dimensionerna på resultatet liknar vuxnas genitalier men med funktionella
och estetiska begränsningar. Det krävs i vissa tekniker mikrokirurgiska
metoder för att flytta blodkärl och nerver när man skapar den lambå som
utgör neopenis. Lambån består vanligtvis av hud och fett.

Lambån kan vara stjätkad (och kräver då inte mikrokirurgi) om den tas
från ett närliggande område eller fri (kräver mikrokirurgi) om den tas från
ställen som inte ligger i anslutning till underlivet. I Sverige används
huvudsakligen stjätkad ljumsklambå, stjätkad eller fri lambå från låret eller
fri underarmslambå. Enbart mjukdelar används.

Ett nytt urinrör kan formas av den inre delen av den hud som rullas ihop
för att skapa penis. Tyvärr är långtidsresultaten beträffande dessa neourinrör
mycket dåliga med få öppetstående rör efter något år. Urinrör kan även odlas
av patientens egna celler men detta utförs än så länge endast på forsknings-
nivå.

Klitoris sparas och kan placeras vid nedre delen av penisskaftet. Det är i
klitoris personen kommer att ha sin huvudsakliga sexuella känslor och inte i
själva peniskonstruktionen.

Då falloplastiken inte har några svällkroppar kan erektion inte uppstå, men
en tid efter den initiala operationen kan erektionsproteser sättas in, vilket
ibland möjliggör penetrerande samlag. Implantation av erektionsproteser är
dock förenade med en mycket hög komplikationsfrekvens såsom bortstötning
och mekaniska fel vilket ofta leder till att implantaten får avlägsnas och nya
senare implanteras.

En pung kan rekonstrueras genom att man sätter in testikelproteser i de yttre blygdläpparna. Vid behov kan blygdläpparna justeras för att skapa volym (VY-teknik). Pungen placeras vanligen ovanför eller omkring vaginalöppningen, men om personen väljer att genomgå vaginektomi kan pungen placeras över området där vaginan tidigare mynnat.

Falloplastiken lämnar alltid kvar synliga ärr på tagstället och kräver upprepade operationer för att uppnå ett färdigt resultat. Till komplikationerna hör nekros av neopenis samt fistlar eller förträngningar i urinrör. Andra vanliga komplikationer är morbiditet vid tagstället i form av ärr, begränsning av funktion eller känsel i arm, hand eller ben (ofta tillfälligt) samt komplikationer kopplade till erektionsstavar och testikelproteser, såsom infektioner och bortstötning. Även generella kirurgiska komplikationer som blödning och sårinfektion kan uppstå.

Synnerliga skäl krävs för personer under 18 år enligt lagrådsremissens förslag

Enligt lagrådsremissens förslag till lag om vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen får inte de aktuella kirurgiska ingreppen i könsorganen genomföras på personer under 18 år utan tillstånd från Socialstyrelsen. I 4 § anges förutsättningar för att en person som har fyllt 15 år (men inte 18 år) ska kunna få tillstånd. Ett krav för att tillstånd ska ges är bland annat att det finns synnerliga skäl för ingreppet. Enligt regeringens bedömning innebär kravet på synnerliga skäl att ingreppen endast kommer att göras i undantagsfall och att risken för ångerfall som föranleds av att beslutet fattats i för tidig ålder starkt begränsas (lagrådsremissen s. 69). Regeringen anser vidare att vid bedömningen av om det finns synnerliga skäl ska hänsyn tas till om det finns beaktansvärda omständigheter som talar för ett kirurgiskt ingrepp. Synnerliga skäl kan föreligga om det kan befaras att ungdomens utveckling allvarligt hämmas ifall ingreppet inte utförs eller om det föreligger en suicidrisk. Vidare kan synnerliga skäl föreligga om könsbekräftande kirurgi är den enda utvägen för att minska en persons lidande och på så sätt behandla svår psykisk ohälsa. Barnets personliga mognad för att kunna ta ställning till en oåterkallelig åtgärd bör också beaktas i bedömningen (lagrådsremissen s. 70).

Juridiska aspekter

Socialstyrelsen bedömer att en lagreglerad åldersgräns behöver utgå från en sammantagen värdering av en rad olika aspekter. Socialstyrelsens nedanstående redovisning av vissa juridiska aspekter som kan vara av betydelse för regeringens fortsatta arbete med frågan utgör således ett av flera underlag för en sådan sammantagen värdering.

Barnets bästa i hälso- och sjukvårdslagstiftningen

I lagrådsremissen föreslog regeringen att vid beslut om tillstånd till ett kirurgiskt ingrepp på ett barn som har fyllt 15 år ska barnets bästa vara avgörande. Det innebär att beslut som fattas med stöd av paragrafen inte kan ha något annat syfte än att förbättra situationen för det barn som berörs.

Bedömningen av vad som är barnets bästa måste göras med hänsyn till förhållandena i det särskilda fallet (lagrådsremissen s. 144).

I hälso- och sjukvårdslagstiftningen finns bestämmelser om barnets bästa. I både 1 kap. 8 § patientlagen (2014:821) och i 5 kap. 6 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) anges att när hälso- och sjukvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas. I förarbetena till patientlagen uttalade regeringen att barnets bästa ska vara vägledande i de svåra ställningstaganden som behöver göras inom hälso- och sjukvårdens verksamheter. Vad som är barnets bästa är inte närmare definierat i hälso- och sjukvårdslagen eller barnkonventionen. Bedömningen av barnets bästa är en process med flera steg. Hälso- och sjukvårdspersonalen måste beakta vetenskap och beprövad erfarenhet samt, beroende på barnets ålder och mognad, inhämta underlag från vårdnadshavare. Vidare behöver hälso- och sjukvårdspersonalen beakta det som barnet själv ger uttryck för i enlighet med barnkonventionens artikel 12. Utgångspunkten i barnets bästa är respekten för barnets fulla människovärde och integritet. Vad som är barnets bästa måste således avgöras i varje enskilt fall. Vidare anges att vårdpersonalens arbete i denna del är komplext då man, beroende på barnets ålder och mognad, både ska beakta barnets behov och önskningar, samverka med barnets vårdnadshavare och ge barnet skydd i utsatta situationer (se proposition 2013/14:106 *Patientlag* s. 62–63).

Barns inställning till vård

I patientlagen anges att patientens självbestämmande och integritet ska respekteras (4 kap. 1 § patientlagen). När patienten är ett barn ska barnets inställning till den aktuella vården eller behandlingen så långt som möjligt klarläggas. Barnets inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad (4 kap. 3 § patientlagen).

I förarbetena till patientlagen anges att de barn som har tillräcklig mognad för att tillgodogöra sig den behövliga informationen och överblicka konsekvenserna av sitt beslut i en viss vårdfråga också bör ges möjlighet att ge sitt samtycke till en vårdåtgärd. Det anges vidare att vilken mognad som krävs för att ett barns inställning ska tillmätas betydelse måste bedömas vid varje enskilt tillfälle och är beroende av åtgärdens art och angelägenhetsgrad. Det anges också att det inte bör införas särskilda åldersgränser när det gäller barns möjlighet till inflytande i hälso- och sjukvården. Fasta åldersgränser medför en risk för att vissa barn får ett större ansvar än de är mogna att bära, medan andra kan förvägras självbestämmande i frågor de skulle vara kapabla att själva besluta om. Skillnaden i individuell mognad kan vara stor under de år som här är aktuella. Fasta åldersgränser medför även svårigheter då hänsyn ska tas till arten och angelägenhetsgraden av den aktuella sjukvårdsåtgärden. Många barn kan vara mogna nog att samtycka till enklare sjukvårdsåtgärder långt tidigare än exempelvis vid 15 års ålder medan vissa barn inte ensamma bör kunna samtycka till mer omfattande ingrepp vid samma ålder (se prop. 2013/14:106 s. 66–67).

I speciallagstiftningen inom hälso- och sjukvården finns det i vissa fall särskilda bestämmelser om barns inflytande över sin vård och behandling –

se avsnittet *Åldersgränser i andra vård- och omsorgsrelaterade sammanhang* nedan.

Barns mognad

I lagrådsremissen föreslås att vid bedömningen av om det finns synnerliga skäl bör barnets personliga mognad för att kunna ta ställning till en oåterkallelig åtgärd beaktas (lagrådsremissen s. 70).

Begreppet mognad är inte definierat i hälso- och sjukvårdslagstiftningen men viss vägledning ges i bland annat förarbetena till patientlagen. I förarbetena anges att hälso- och sjukvårdspersonalen i det enskilda fallet ska göra en bedömning av om barnet kan anses ha uppnått den mognad som krävs för att hon eller han ska kunna ta ställning till en vårdåtgärd. Den individuella mognadsbedömningen får därmed ofta en helt avgörande betydelse för barns ställning i vården. Vilken mognad som krävs i det enskilda fallet beror på arten och på angelägenhetsgraden av den vårdåtgärd som beslutet avser. Det kan exempelvis, enligt förarbetena, vara skillnad mellan att samtycka till en undersökning och till en läkemedelsbehandling eller ett kirurgiskt ingrepp. Det centrala för bedömningen av om barnet ska anses moget nog att ensam få ge sitt samtycke till en sjukvårdsåtgärd, är om barnet förstår hälso- och sjukvårdsinsatsen samt vilka konsekvenser insatsen kan få. Redan ett litet barn bör kunna begära och få ett sår omplåstrat; det krävs emellertid en avsevärd mognad för att barnet ska anses ha ett självbestämmande över mer omfattande behandlingar och ingrepp (se prop. 2013/14: 106 s. 67).

Barnkonventionen

Frågan om kirurgiska ingrepp i könsorganen aktualiserar olika bestämmelser i barnkonventionen³, bland annat bestämmelserna om barnets bästa (artikel 3), barnets rätt att uttrycka sina åsikter och bli hörd (artikel 12) och barnets rätt till hälso- och sjukvård (artikel 24). Principen om barnets bästa och principen om barnets rätt att uttrycka sina åsikter och bli hörd är två av fyra grundläggande principer i barnkonventionen. De grundläggande principerna ska vara vägledande vid tolkningen och tillämpningen av de övriga bestämmelserna i konventionen, men har också en självständig betydelse (se proposition 2017/18:186 *Inkorporering av FN:s konvention om barnets rättigheter* s. 84). Ingen bestämmelse i konventionen behandlar uttryckligen frågan om kirurgiska ingrepp i könsorganen.

Barnombudsmannen har i sitt remissvar till departementspromemorian *Vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen* (Ds 2018:11) uttalat att möjligheten att genomföra kirurgiska ingrepp i könsorganen på barn aktualiserar ett antal rättigheter som barnet har i enlighet med barnkonventionen. Dessa rättigheter och hur de har tolkats av FN:s barnrättskommitté kan enligt Barnombudsmannen användas både som argument för och som argument emot att ge möjligheter för barn att genomgå dessa ingrepp [6].

³ Barnkonventionen är sedan den 1 januari 2020 lag i Sverige, se lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter.

Barnets bästa

I artikel 3 anges bland annat att vid alla åtgärder som rör barn ska i första hand beaktas vad som bedöms vara barnets bästa. Barnrättskommittén har uttalat att en bedömning av barnets bästa ska genomföras unikt i varje enskilt fall, med utgångspunkt i de specifika omständigheterna för det enskilda barnet, gruppen barn eller barn i allmänhet. Dessa omständigheter handlar om individuella egenskaper hos barnet eller barnen, som ålder, kön, mognad och erfarenhet (Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 14 p. 48).

Barnets rätt att uttrycka sina åsikter och bli hörd

Enligt artikel 12 ska konventionsstaterna tillförsäkra det barn som är i stånd att bilda egna åsikter rätten att fritt uttrycka dessa i alla frågor som rör barnet. Barnets åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad. Enligt Barnrättskommittén kompletterar artiklarna 3 och 12 varandra. Barnets åsikter är en viktig del i bedömningen av barnets bästa (Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 14 p. 43 och 89 och allmänna kommentar nr 12 p. 74).

Barnrättskommittén har uttalat att barnets åsikter måste ”tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad”. Denna mening hänvisar till barnets förmågor, som måste bedömas för att man ska kunna beakta barnets åsikter, och för att förmedla till barnet hur dessa åsikter har påverkat resultatet av processen. Av artikel 12 framgår att det inte räcker att enbart lyssna på barnet. När barnet är i stånd att bilda sig en egen uppfattning måste hans eller hennes åsikter noggrant beaktas (Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 12 p. 28).

Barnrättskommittén har vidare uttalat att mognad avser förmågan att förstå och bedöma konsekvenser av en särskild fråga, och måste därför övervägas när barnets individuella förmågor fastställs. Mognad är svårt att definiera, men i artikel 12 menas barns kapacitet att uttrycka sina åsikter om frågor på ett rimligt och självständigt sätt. Man måste också ta hänsyn till hur frågan påverkar barnet. Ju mer ett resultat påverkar ett barns liv, desto mer relevant är en korrekt bedömning av just det barnets mognad (Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 12 p. 30).

Barnets rätt till hälso- och sjukvård

Enligt artikel 24 ska konventionsstaterna erkänna barnets rätt till bästa möjliga hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård och rehabilitering. Konventionsstaterna ska sträva efter att säkerställa att inget barn berövas sin rätt att ha tillgång till sådan hälso- och sjukvård. I begreppet ”bästa uppnåeliga hälsa” ingår enligt barnrättskommittén bland annat barnets biologiska, sociala, kulturella och ekonomiska förutsättningar. Barns rätt till hälsa omfattar en uppsättning fri- och rättigheter. Friheterna blir viktigare i takt med att barnet utvecklas och mognar. De omfattar rätten att bestämma över den egna hälsan och kroppen, inklusive den sexuella och reproduktiva friheten att göra ansvarsfulla val (Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 15 p. 23 och 24).

Åldersgränser i andra vård- och omsorgsrelaterade sammanhang

De flesta åtgärder som genomförs inom svensk hälso- och sjukvård regleras i den vanliga hälso- och sjukvårdslagstiftningen och erbjuds patienter efter vårdpersonalens bedömning av patienters vårdbehov och kunskap om tillgängliga behandlingsmöjligheter. Vissa hälso- och sjukvårdsinsatser är reglerade i speciallagstiftning. På vissa av dessa områden finns det olika åldersgränser angivna i lag.

Socialstyrelsen har undersökt vilken syn lagstiftaren har haft på åldersgränser inom andra delar av vård- och omsorgsområdet. Nedan följer en redovisning av skälen för olika åldersgränser i lagstiftningen. Myndigheten redovisar uttalanden från äldre förarbeten, där det kan förekomma ord och begrepp som inte används i modernt språkbruk.

Åldersgränser för att få genomgå ingrepp

I normalfallet finns det inte fasta åldersgränser för att få genomgå ingrepp inom hälso- och sjukvården. De åldersgränser för att få genomgå ett ingrepp som Socialstyrelsen har identifierat är åldersgränserna i den nuvarande könstillhörighetslagen och i steriliseringslagen.

Åldersgräns i den nuvarande könstillhörighetslagen

I 4 § lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall anges att i samband med ansökan om fastställelse av ändrad könstillhörighet får tillstånd ges till ingrepp i könsorganen i syfte att göra dem mer lika det andra könets. Sådant tillstånd får ges endast om sökande har fyllt 18 år. I förarbetena anges följande som skäl för 18-årsgränsen, som föreslogs vara densamma som för fastställelse av ändrad könstillhörighet. Den som inte har uppnått denna ålder har i allmänhet inte tillräcklig erfarenhet och mognad för att fatta ett beslut med de vittgående konsekvenser som det här är fråga om (se proposition 1972:6 med förslag till lag om fastställande av könstillhörighet i vissa fall m.m. s. 23). Vidare anges att det givetvis förutsätts att sökanden är i sådant sinnestillstånd att han inser betydelsen av ett fastställelsebeslut. De krav på fast etablering i den eftersträlvade könsrollen som ställs upp och den långvariga observation som kommer att behövas innebär att förutsättningarna för ett fastställelsebeslut ofta ännu inte torde föreligga vid 18 års ålder. Någon säker bedömning torde inte kunna göras förrän efter puberteten (se prop. 1972:6 s. 49).

Även en person med medfödd avvikelse i könsutvecklingen kan i samband med en ansökan om ändrad könstillhörighet ansöka om tillstånd till ingrepp i könsorganen för att göra dem mer lika det andra könets. Vid medfödd avvikelse i könsutvecklingen kan ändrad könstillhörighet fastställas och ingrepp i könsorganen göras även för personer som inte har fyllt 18 år. Ansökan om fastställelse och ingrepp i könsorganen görs i sådana fall av vårdnadshavare. Barn som har fyllt 12 år måste samtycka till åtgärderna och i fråga om barn under 12 år ska hänsyn tas till barnets vilja med beaktande av barnets ålder och mognad.

I 4 a § anges att tillstånd får ges till att könskörtlarna avlägsnas, om förutsättningarna för fastställelse är uppfyllda. Om sökanden inte har fyllt 23

år får tillstånd ges endast om det finns synnerliga skäl. I förarbetena till bestämmelsen om ålder för avlägsnande av könskörtlar, som bestämdes till 23 år i likhet med åldersgränsen för kastrering i den dåvarande kastreringslagen, uttalades bland annat följande. Det är naturligt att den som ännu inte har nått sådan mognad att han eller hon helt inser konsekvenserna av ett avlägsnande av könskörtlar inte bör kunna få tillstånd till ett sådant ingrepp. Det är också av betydelse att individen är fullt fysiskt utvecklad. När detta inträffar är individuellt. Synnerliga skäl att medge tillstånd före 23 års ålder kan till exempel vara att den sökande kan befaras få allvarliga psykiska problem om han eller hon tvingas vänta flera år innan ingreppet kan utföras (se proposition 1992/93:197 om ändring i lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall, m.m. s. 9 och 13).

Åldersgränser i steriliseringslagen

Enligt steriliseringslagen (1975:580) är åldersgränsen för sterilisering 25 år, men i undantagsfall kan sterilisering ske vid 18 års ålder, till exempel i samband med en ansökan om fastställelse enligt lagen om fastställande av könstillhörighet i vissa fall (se 2 och 3 §§ steriliseringslagen). För att en person som har fyllt 18 år ska få steriliseras krävs att en ansökan om tillstånd till sterilisering godkänns av Socialstyrelsen.

I förarbetena till steriliseringslagen anges bland annat följande. För att förebygga risken för förhastade beslut är det motiverat att fastställa en nedre åldersgräns för sterilisering på egen begäran. Vidare anges att åldersgränsen bör anpassas till det förhållandet att ett välgrundat ställningstagande till frågan om sterilisering förutsätter inte bara intellektuell utan även emotionell och sexuell mognad. Sådan mognad utvecklas först i 20–25 årsåldern, och i vissa fall ännu senare. Den allmänna myndighetsåldern 18 år ansågs därför vara för låg. Det uttalades att det även för personer under 25 år bör finnas vissa möjligheter till sterilisering och att sterilisering vid könsbyte före 25 års ålder bör kunna ske också i fortsättningen. Den absoluta minimiåldern för sterilisering föreslogs vara 18 år (se proposition 1975:18 med förslag till steriliseringslag s. 57–58).

Enligt nuvarande regler gäller således en strikt åldersgräns för sterilisering och det finns ingen möjlighet till undantag för barn under 18 år. I lagrådsremissen föreslår regeringen att det ska vara möjligt för den som har fyllt 15 år att även ansöka om sterilisering i samband med en ansökan om tillstånd till kirurgiskt ingrepp i könsorganen (lagrådsremissen s. 121).

Åldersgränser för barns möjlighet till inflytande

För barn gäller för de flesta hälso- och sjukvårdsåtgärder att det är en individuell mognadsbedömning, kombinerad med en bedömning av beslutets art, komplexitet och konsekvenser, som avgör vem som får bestämma. På några områden finns det dock särskilda åldersgränser för när barnet har en självbestämmanderätt, till exempel etikprövning av forskning som avser människor. Även på socialtjänstområdet finns särskilda åldersgränser för när barnet kan föra sin egen talan. Socialstyrelsen anser att det är relevant att undersöka även sådana åldersgränser, då de kan ge en bild av hur lagstiftaren har resonerat i fråga om barns mognad att överblicka konsekvenser av ett

beslut, och i vilken omfattning barnets inställning ska tillmätas betydelse i olika sammanhang.

Etikprövning av forskning som avser människor

I lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor finns bestämmelser om etikprövning av forskning som avser människor och biologiskt material från människor. Om forskningspersonen är under 18 år finns särskilda bestämmelser om samtycke. Om forskningspersonen har fyllt 15 år men inte 18 år och inser vad forskningen innebär för hans eller hennes del, ska han eller hon själv informeras om och samtycka till forskningen. I andra fall när forskningspersonen inte har fyllt 18 år, ska vårdnadshavarna informeras om och samtycka till forskningen. Trots vårdnadshavarnas samtycke får forskningen inte utföras om en forskningsperson som är under 15 år inser vad den innebär för hans eller hennes del och motsätter sig att den utförs (18 § lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor).

I förarbetena till etikprövningslagen gjorde regeringen följande överväganden i fråga om samtycke för forskningspersoner under 18 år. Regeringen ansåg att ett ställningstagande till deltagande i forskning ställer stora krav på forskningspersonen och kräver viss mognad. Vidare anges att en vedertagen åldersgräns i flera andra sammanhang är femton år. Det kan vara lämpligt att vid bestämmande av en åldersgräns under vilken den underårige över huvud taget inte bör ha möjlighet att avge samtycke till deltagande i forskning, knyta an till en i flera andra sammanhang tillämpad åldersgräns. 15-årsgränsen bedöms i detta sammanhang utgöra en väl avvägd gräns. Om forskningspersonen har fyllt 15 år ska han eller hon själv lämna samtycke, under förutsättning att han eller hon inser vad forskningen innebär. I den situationen ska det alltså inte krävas något samtycke från vårdnadshavarna, utan den underårige avgör själv om han eller hon ska delta i forskningen. Om forskarens bedömning blir att den underårige inte inser vad forskningen innebär och därför inte kan samtycka, ska forskaren vända sig till vårdnadshavarna för att fråga om samtycke. Detta blir alltså aktuellt för ungdomar i åldern 15–18 år som inte har uppnått en sådan mognad att de kan inse vad forskningen innebär för deras del (se proposition 2002/03:50 *Etikprövning av forskning* s. 135).

I etikprövningslagen finns det således ingen nedre åldersgräns för att delta i forskning som omfattas av lagen, men det finns en särskild åldersgräns på 15 år då barnet har en självbestämmanderätt under förutsättning att hen har uppnått en sådan mognad att hen kan inse vad forskningen innebär.

Psykiatrisk tvångsvård

Enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, finns det ingen nedre åldersgräns för omhändertagande av ett barn för psykiatrisk tvångsvård. En förutsättning för psykiatrisk tvångsvård är att patienten motsätter sig kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård eller att det finns anledning att anta att vården inte kan ges med patientens samtycke. I LPT finns ingen bestämmelse om hur denna förutsättning ska bedömas när det handlar om barn. Det finns däremot särskilda bestämmelser om rätt för ett barn att föra sin egen talan från 15 års ålder (44 § LPT).

Enligt förarbetena till LPT är det patientens egen inställning till den vård som är nödvändig som är avgörande vid bedömningen av om förutsättningarna för tvångsvård är uppfyllda. Det framgår vidare att detta i princip även gäller om patienten är underårig och att vårdnadshavarens inställning till vården därmed inte är avgörande i detta hänseende (se proposition 1990/91:58 om psykiatrisk tvångsvård m.m. s. 242).

Socialtjänstlagstiftningen

Inom socialtjänstlagstiftningen gäller en åldersgräns på 15 år i olika situationer. Enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, får socialnämnden för barn som har fyllt 15 år besluta om öppna insatser även utan vårdnadshavarens samtycke, om det är lämpligt och barnet begär eller samtycker till det. Vad gäller insatsen kontaktperson, får en sådan utses bara om barnet självt begär eller samtycker till det, om barnet har fyllt 15 år (3 kap. 6 a § andra stycket och 6 b § första stycket §§ SoL). I förarbetena till bestämmelsen om öppna insatser anges att barn som har fyllt 15 år i regel har uppnått en sådan ålder och mognad att deras önskemål bör ha en avgörande betydelse vid en avvägning mellan vårdnadshavarens ansvar och rätt att bestämma vad som är bäst för deras barn och barnets egen bestämmanderätt (se proposition 2012/13:10 *Stärkt stöd och skydd för barn och unga* s. 106).

I socialtjänstlagen anges att ett barn ska ges möjlighet att framföra sina åsikter i frågor som rör barnet. Barnets åsikter och inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad. Ett barn som har fyllt 15 år har även rätt att föra sin egen talan i mål och ärenden enligt SoL (11 kap. 10 § SoL). Det innebär att ett barn som har fyllt 15 år kan agera mer självständigt och oberoende av vårdnadshavaren.

Enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, får barn som har fyllt 15 år samtycka till behövlig vård och föra sin egen talan i mål och ärenden enligt lagen (1 och 36 §§ LVU).

Insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, ska ges den enskilde endast om han eller hon begär det. Om den enskilde är under 15 år eller uppenbart saknar förmåga att på egen hand ta ställning i frågan, kan vårdnadshavare begära insatser för honom eller henne. I förarbetena till LSS anges att 15 år är den åldersgräns vid vilken en minderårig person kan anses vara tillräckligt mogen för att hans viljeyttring ska ha självständig betydelse. En 15-åring som själv förstår vad saken gäller och kan uttrycka en vilja, kan inte beredas särskilda insatser enligt lagen enbart på vårdnadshavarens eller annan legal ställföreträdarens begäran (se proposition 1992/93:159 om stöd och service till vissa funktionshindrade s. 173).

Andra särreglerade ingrepp

Det finns andra särreglerade ingrepp som inte har någon nedre åldersgräns för att få genomgå ett ingrepp. I fråga om transplantation från levande som är underåriga och omskärelse av pojkar finns det ett krav på vårdnadshavarens samtycke men ingrepp får inte ske mot barnets vilja. I fråga om abort gäller att det är den gravida själv som bestämmer om eventuell abort och det finns ingen åldersgräns eller krav på vårdnadshavarens samtycke enligt lagen.

Transplantation av biologiskt material från levande

I 8 § lagen (1995:831) om transplantation finns bestämmelser om ingrepp för att ta biologiskt material för transplantationsändamål från en levande person som är underårig. Samtycke till ingreppet ska lämnas av vårdnadshavare. Ingrepp får inte göras mot givarens vilja. Ingrepp får endast göras med Socialstyrelsens tillstånd. Om tagandet avser biologiskt material som inte återbildas, får tillstånd lämnas endast om det finns synnerliga skäl.

I förarbetena till lagen om transplantation uttalades bland annat följande. Det är redan för en rättskapabel vuxen en komplicerad sak att besluta om organdonation. Det kan vara svårt att överblicka konsekvenser och risker. När det gäller underåriga ansågs att man får en rimlig garanti för välgrundade och genomtänkta överväganden om man behåller den 18 årsgräns som för närvarande gäller. Den som inte fyllt 18 år bör sålunda inte själv kunna lämna ett medgivande som utgör enda förutsättning för att ett ingrepp ska få göras. Den allmänna principen att barns önskemål bör beaktas alltmer i takt med stigande ålder och ökad mognad bör gälla även på detta område. Om barnet förstår vad ingreppet innebär och vill att det ska göras, bör det naturligtvis vara en omständighet av stor betydelse för föräldrarnas ställningstagande (se proposition 1994/95:148 *Transplantationer och obduktioner m.m.* s. 35). Det anges vidare att en underårig i åldern 15–18 år i allmänhet torde ha uppnått en viss grad av mognad. Med hänsyn till de svåra ställningstaganden en enskild kan ställas inför i samband med en ifrågasatt transplantation är det dock rimligt att vårdnadshavaren och inte den unge får ta ställning till frågan om ett transplantationsingrepp ska få företas (prop. 1994/95:148 s. 81).

I fråga om donation från en person som är avliden finns det inga särskilda bestämmelser när det gäller barn. För donationsregistret finns däremot särskilda bestämmelser om barn. Om ett barn är under 15 år, får anmälan till registret göras enbart av hans eller hennes vårdnadshavare. Om ett barn har fyllt 15 år får anmälan göras enbart av honom eller henne själv (6 § förordning (2018:307) om donationsregister hos Socialstyrelsen).

Det finns således ingen nedre åldersgräns för att ingrepp för att ta biologiskt material för transplantationsändamål från ett levande barn ska få genomföras, men det finns ett krav på vårdnadshavarens samtycke, och ingrepp får inte ske mot barnets vilja.

Omskärelse av pojkar

I lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar finns bestämmelser om sådana kirurgiska ingrepp i syfte att helt eller delvis avlägsna förhud runt penis som inte anses utgöra hälso- och sjukvård i den mening som avses i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Lagen tillämpas på omskärelse av pojkar upp till 18 års ålder. Omskärelse får utföras på begäran av eller efter medgivande av pojkens vårdnadshavare och efter det att vårdnadshavaren har informerats om vad ingreppet innebär. Pojkens inställning till ingreppet ska så långt det är möjligt klarläggas. Ett ingrepp får inte utföras mot en pojkes vilja.

I förarbetena till lagen fördes – med anledning av regeringens förslag om krav på att ingreppet endast skulle få göras på begäran av vårdnadshavaren – ett resonemang om huruvida en pojke som inte omskurits som liten, har rätt att göra det mot föräldrarnas vilja när han är större, men fortfarande är

omyndig. Regeringen framhöll att huvudregeln ska vara att det är vårdnadshavaren som ska begära omskärelse. I det fall en 17-årig pojke själv skulle uppsöka en läkare för att få en omskärelse utförd, ligger det i läkarens ansvar att förvissa sig om att vårdnadshavaren är överens med pojken om ingreppet och att vårdnadshavaren får den information som föreskrivs. Om det inte är vårdnadshavaren som begär omskärelse, ska i vart fall vårdnadshavaren medge ingreppet (se proposition 2000/01:81 *Omskärelse av pojkar* s. 23).

I lagen om omskärelse finns det således ingen nedre åldersgräns för att genomföra ingreppet. Det finns ett krav på vårdnadshavarens samtycke, men ett ingrepp får inte utföras mot pojkens vilja.

Abort

Enligt abortlagen (1974:595) är det den gravida själv som bestämmer om eventuell abort. Någon åldersgräns eller annan begränsning i denna bestämmanderätt anger inte lagen. Det finns inte heller några bestämmelser om att en vårdnadshavare ska samtycka till åtgärden.

I Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:15) om abort finns det särskilda krav på vårdgivare gällande gravida under 18 år. Vårdgivaren ska bland annat ansvara för att det fastställs rutiner för hur en bedömning ska göras för att avgöra huruvida information ska lämnas till vårdnadshavarna när kvinnan som begär abort är under 18 år.

Sammanfattning om åldersgränser inom vård och omsorg

Ett fåtal behandlingsåtgärder regleras i särskild lagstiftning som inkluderar en specifik åldersgräns för när behandlingen får genomföras eller för när ett barn kan förväntas kunna lämna samtycke, alternativt själv bestämma om en åtgärd.

Sterilisering är den enda behandlingsåtgärd (vid sidan av dem som regleras av den nuvarande könstillhörighetslagen och bland dem som Socialstyrelsen närmare har studerat) där det finns en fast åldersgräns (18 år) under vilken personer *inte får genomgå* ingreppet. I förarbeten till lagen motiveras detta av att en sådan åldersgräns kan ”förebygga risken för förhastade beslut” och att ”ett välgrundat ställningstagande förutsätter inte bara intellektuell utan även emotionell och sexuell mognad”. En lagreglerad åldersgräns är således här tänkt att ge ett visst skydd på gruppnivå mot att individer fattar beslut om åtgärder med långtgående konsekvenser, utan att ha uppnått tillräcklig mognad och förmåga att kunna fatta sådana beslut.

Bortsett från för sterilisering saknas, för de särskilt reglerade behandlingsåtgärder som Socialstyrelsen har undersökt, lagreglerade åldersgränser för att *få genomgå* ingreppen. Det handlar dels om enklare ingrepp (omskärelse av pojkar), dels om ingrepp med potentiellt större konsekvenser (transplantation från levande, deltagande i forskning som avser människor), där nedre åldersgränser för att få genomgå ingreppen helt saknas.

För deltagande i forskning som omfattas av etikprövningslagen anges en åldersgräns (15 år) över vilken personer kan förväntas *kunna samtycka till* och själva besluta om deltagandet. En förutsättning är att ungdomen inser vad forskningen innebär för hans eller hennes del. Även inom socialtjänstlagstiftningen finns en fast nedre åldersgräns (15 år i flera olika situationer) för när barn kan förväntas ha uppnått sådan mognad att de får agera

självständigt i förhållande till vårdnadshavare och till exempel har rätt att föra sin egen talan. Vid transplantation från levande som är underåriga och vid omskärelse av pojkar gäller däremot att en person inte självständigt kan besluta om att få genomföra ingreppet förrän vid myndig ålder (18 år). En mogen tonåring får således inte bestämma själv om sådan transplantation eller omskärelse, utan det krävs att vårdnadshavaren samtycker till ingreppet.

Underlag till Socialstyrelsens bedömning

Socialstyrelsen redovisar nedan de kunskapsunderlag om medicinska och psykologiska förhållanden samt medicinetiska aspekter som myndighetens analys och bedömning utgår ifrån.

Socialstyrelsen har hämtat in de kunskapsunderlag som bedömts relevanta och möjliga att ta fram, utifrån uppdragets avgränsning och förutsättningar. I kapitlet belyser vi följande:

- behovet av de kirurgiska ingrepp som omfattas av lagrådsremissens förslag
- transungdomars syn på möjligheten till kirurgi före 18 års ålder
- antal personer med könsdysforidiagnos
- psykisk ohälsa hos barn och unga med könsdysfori
- risk för suicid
- generella konsekvenser av de kirurgiska ingrepp som omfattas av lagrådsremissens förslag
- påverkan på möjligheten att bli förälder
- ändringar av förutsättningar för kirurgin vid en sänkt åldersgräns
- vetenskapligt underlag om nytta och risker med de kirurgiska ingrepp som omfattas av lagrådsremissens förslag
- dokumentation från klinisk verksamhet i andra länder
- barns mognad och utveckling under tonår och pubertet
- mognadsbedömningar inom hälso- och sjukvård
- medicinetiska aspekter

Behovet av de kirurgiska ingrepp som omfattas av lagrådsremissens förslag

Könsdysfori innebär ett psykiskt lidande eller en försämrad förmåga att fungera i vardagen som orsakas av att könsidentiteten inte stämmer överens med det registrerade könet eller kroppen [1]. Det lidande som unga med könsdysfori kan ha sammanfattas utifrån samtal med intresseorganisationer och sakkunniga på sidan 70 i departementspromemorian *Vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen* (Ds 2018:11) på följande sätt.

För många människor är tonåren en tid i livet då relationer, sexualitet och känslor utforskas och då det sker en intensiv personlig utveckling. Om det finns ett avsevärt lidande som är kopplat till att kroppen inte överensstämmer med könsidentiteten riskerar denna utveckling att allvarligt hämmas, eftersom ungdomen kan gå miste om viktiga milstolpar i sin utveckling. Lidandet kan t.ex. leda till att ungdomen inte kan gå i skolan, umgås med vänner, inleda relationer, känns sig bekväm med att

visa sin kropp, eller ha sex. Ibland är underlivskirurgi det enda som gör det möjligt för ungdomen att leva i enlighet med sin könsidentitet och få en "normal" tonårstid.

Enligt remissvar till samma departementspromemoria från RFSL och RFSL Ungdom (som även Transammans står bakom) känner organisationerna till flera fall där den unga personen, vårdnadshavare och läkare gemensamt ser att det finns ett akut behov av en underlivsoperation för att minska den unga personens allvarliga lidande. Enligt samma remissvar har behandlande läkare vid flertalet tillfällen rekommenderat att familjen själva ska betala för att genomföra ingreppet utomlands. RFSL och RFSL Ungdom skriver också att det i dag förekommer att ungdomar skadar sig själva i könsorganen eller på andra sätt far illa när de inte ser en annan utväg ur sitt lidande och sin dysfori [7].

Socialstyrelsen har ställt frågan till de team som utreder barn och unga om hur ofta respektive mottagning ser situationen med "synnerliga skäl", såsom detta beskrivs i lagrådsremissen. Fyra av teamen har svarat. Av svaren framgår att det sällan eller aldrig förekommer önskemål om kirurgi före 18 års ålder, och att teamen sällan eller aldrig bedömt att det vore en lämplig behandling [8-11]. Företrädare för ett team uttrycker att "för de flesta ungdomar hos teamet är detta inte en högt prioriterad fråga och det är mer centralt att få tillgång till annan behandling, framför allt hormonbehandling, bröstkirurgi och hårborttagning. Det finns en förståelse för att kirurgiska ingrepp i könsorganen får vänta på grund av de stora konsekvenserna" [10]. Ett liknande resonemang förs i remissvaren till departementspromemorian från Karolinska sjukhuset: "Hos dessa generellt mer lättbedömda patienter med tydlig könsdysfori och tydligt behov av medicinska könsbekräftande åtgärder är könskonträr hormonbehandling mer centralt än underlivskirurgi för bättre psykisk hälsa och förbättrad funktionsförmåga" [12, 13]. Företrädare för ett annat team uttrycker att "om någon skulle ställa tydliga "krav" på att få genital kirurgi i den åldern finns det andra sätt att hantera det på, bland annat genom samtalsstöd till barnet och dess nätverk" [8].

Några transungdomars syn på möjligheten till kirurgi före 18 års ålder

Barnombudsmannen (BO) har regeringens uppdrag att inhämta erfarenheter från barn och unga om frågor som rör könsidentitet och intersexvariationer (regeringsbeslut A2019/01276/MRB). BO har, tillsammans med Statens medicin-etiska råd, inom ramen för detta uppdrag genomfört två fokusgrupper med totalt sju personer i åldrarna 15–17 år. De deltagande ungdomarna identifierar sig som kille, tjej och ickebinär och har sammanlagt erfarenheter av vård vid tre könsutredningsteam. Fokusgrupperna genomfördes under december 2019, och syftet var att ur ett barnrättsligt och medicinsk-etiskt perspektiv skaffa kunskap om hur transungdomar upplever den könsbekräftande vården [14]. Det går inte att dra några generella slutsatser om hela populationen av transungdomar utifrån dessa fokusgrupper, men Socialstyrelsen bedömer att det har ett eget värde att redovisa erfarenheter från dem som lagrådsremissens förslag närmast berör.

Några frågor som ställdes (på uppdrag av Socialstyrelsen) gällde hur ungdomarna ser på möjligheten att få genomgå kirurgiska ingrepp i könsorganen före 18 års ålder, hur viktigt detta kan vara och om till exempel en 15-åring är tillräckligt mogen för att förstå och bedöma konsekvenserna av sådana ingrepp. Runt dessa frågor uppstod två helt olika diskussioner i de båda grupperna. Svaren i grupperna redovisas därför separat i nedanstående dokumentation från BO.

Grupp 1

En av ungdomarna i grupp 1 uttrycker att denna fråga inte är så relevant eller viktig för honom just nu. Han är mer fokuserad på att få tillgång till hormoner: *"Om jag redan hade hormoner kanske jag hade sett det annorlunda. Mitt perspektiv är påverkat av min situation"* Han uttrycker också att det inte spelar någon roll för resultatet om man gör kirurgiska ingrepp nu eller senare, och att frågan därför inte är så viktig för honom. En annan ungdom uttrycker att han inte litar på att vården skulle kunna göra rätt och informera om allt: *"Jag litar inte på vården och att det skulle finnas tillräckligt med resurser."* Han fortsätter: *"Ingen kommer kunna nyttja lagen, en hinner inte komma dit."* De andra instämmer.

Två av ungdomarna säger att det behövs mer pengar till transvården generellt och att fokus inte bör läggas på denna fråga. En tredje ungdom delar inte denna bild helt – hen anser att det är en viktig politisk fråga och uttrycker att: *"Kirurgiska ingrepp kan vara livräddande."*

Även om ingen av ungdomarna i gruppen är i en situation nu där kirurgiskt ingrepp är aktuellt för dem personligen, uttrycker de att det är en fråga som kan vara väldigt viktig för andra transungdomar som mår dåligt: *"Att behöva vänta kan vara livsavgörande. Det är orimligt att behöva vänta."*

De två killarna i denna grupp säger att även om det var möjligt skulle de inte vara intresserade av operation i nuläget. De förklarar att de två alternativa sätt som finns idag för att genomföra underlivskirurgi för transkillar inte ger så bra resultat, och är förknippade med risker. De menar att det inte finns någon läkare i Sverige som kan genomföra sådana operationer bra. Båda uttrycker också att om de hade varit transtjejer kanske de hade sett annorlunda på denna fråga.

Grupp 2

Ett par av ungdomarna i grupp 2 lyfter kirurgiska ingrepp som en av de viktigaste frågorna för dem. Diskussion om detta uppstår alltså spontant, varvid vi stannar upp diskussionen och ställer Socialstyrelsens fråga.

En av ungdomarna inleder med att svara: *"Personer under och över 18 år är inte olika arter."* En annan av ungdomarna flikar in: *"Det är inte så att en får mer hormoner när en är 18. Cis-människor borde inte ha något med det här att göra! Dessa frågor borde vi få bestämma!"* Ett argument som också framkommer är att ingreppet inte är farligt.

Om att kunna operera sig från 15 års ålder säger en ungdom: *"Det skulle kunna rädda liv – självmord är på grund av detta."* *"Det går inte att skylla på risker eller att man kan ändra sig."* En av de andra ungdomarna tar upp att det är få som ångrar sig. *"0,3 procent ångrar sig"* samtidigt som transpersoner löper hög risk för suicid.

För de två tjejerna i gruppen är denna fråga mycket viktig: ”Hur viktigt som helst” och ”Livsviktigt”. En av tjejerna säger att: ”Hormoner kan göra lite” men att operationen har varit ett mål för henne sedan hon var liten. För henne handlar det om identitet: ”Få känna mig som den kvinna jag är.” Den andra tjejen uttrycker att hon inte vill vänta två år tills hon är 18 år och sedan behöva vänta ytterligare lång tid innan förutsättningarna för att få genomgå underlivskirurgi är uppfyllda. ”Om jag tar livet av mig innan så skulle det vara på grund av detta!” En tredje ungdom flickar in: ”Om Socialstyrelsen inte sänker gränsen utifrån detta”...” En av tjejerna kompletterar: ”Då ger jag upp! Det finns inget skäl.”

På frågan om mogenhet svarar en av ungdomarna att det är en medicinsk nödvändig behandling som inte handlar om mogenhet. Han säger: ”Att växa upp med könsdysfori känns som att uppleva en våldtäkt som aldrig slutar.” ”Vad är skillnaden om jag ska operera bort min livmoder? Man glömmer ofta att självmord är något man dör av. Det är resultat av skadan på den fysiska hälsan.” En annan deltagare kommenterar att: ”Man får inte diagnosen om man inte är mogen.” En ungdom lyfter också att: ”Varje människa har rätt till sin kropp.”

Antal personer med könsdysforidiagnos

Socialstyrelsen har genomfört en registerstudie [3] med syftet att belysa utveckling och förekomst av könsdysfori i Sverige, samtidig psykiatrisk sjuklighet, självskadebeteende och dödlighet i suicid. År 2018 hade knappt 6 000 personer (sex promille av befolkningen) någon könsdysforidiagnos (ICD-10 F64, se även sidan 10 under rubriken *Könsdysfori*) i Sverige. Antalet nya fall per år av könsdysforidiagnoser har ökat de senaste åren och var (grovt räknat) cirka sex gånger fler för personer med registrerat kön kvinna vid födseln och knappt fyra gånger fler för personer med registrerat kön man vid födseln 2018 jämfört med 2008. Ökningen har varit störst bland barn (13–17 år), i synnerhet bland personer med registrerat kön kvinna vid födseln [3].

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) hade 2019 regeringens uppdrag att bland annat samla kunskap om orsakerna till den ökning av barn och unga i höginkomstländer som vänder sig till vården för utredning av könsdysfori. Enligt SBU är bakgrunden till ökningen av antalet barn och unga som remitteras för utredning av könsdysfori oklar. Det finns inget i den vetenskapliga litteraturen som säkert förklarar ökningen. Studierna är få. Vi vet inte om förekomsten av könsdysfori ökar i befolkningen eller om ökningen beror på faktorer i samhället som gör att en större andel av dem som upplever könsdysfori söker vård för detta [15].

Psykisk ohälsa hos barn och unga med könsdysfori

Enligt Socialstyrelsens registerstudie från 2020 var det bland personer 13–17 år med registrerat kön kvinna vid födseln och med könsdysforidiagnos 2018 exempelvis omkring tio gånger vanligare att ha en depressionsdiagnos (28,9 jämfört med 2,8 procent), åtta gånger vanligare med en ångestdiagnos (32,4 jämfört med 4,2 procent) och omkring nio gånger vanligare med självskador

inklusive suicidförsök (7,8 jämfört med 0,9 procent), jämfört med motsvarande grupp i befolkningen. Det var också tolv gånger vanligare med autismdiagnos bland personer 13–17 år med registrerat kön kvinna vid födseln med en könsdysforidiagnos (15,2 jämfört med 1,3 procent), jämfört med motsvarande grupp i befolkningen [3].

Bland personer 13–17 år med registrerat kön man vid födseln och med en könsdysforidiagnos 2018 var det exempelvis omkring tretton gånger vanligare med en depressionsdiagnos (13,8 jämfört med 1,1 procent), tolv gånger vanligare med en ångestdiagnos (21,0 jämfört med 1,7 procent) och nio gånger vanligare med självskador inklusive suicidförsök (4,4 jämfört med 0,5 procent), jämfört med motsvarande grupp i befolkningen. Det var också fem gånger vanligare med autismdiagnos (12,3 jämfört med 2,4 procent), jämfört med motsvarande grupp i befolkningen [3].

SBU har inom ramen för sitt regeringsuppdrag identifierat studier som beskriver en ökad förekomst av autismspektrumtillstånd (ASD) och annan psykiatrisk sjuklighet hos barn och unga med könsdysfori. Omvänt beskriver andra studier en högre förekomst av könsidentitetsstörning hos ungdomar med ASD än i den omgivande befolkningen [15].

Risk för suicid

Enligt Socialstyrelsens registerstudie från 2020 är det bland de totalt 6 334 personerna i Sverige som fått en könsdysforidiagnos (F64) mellan 1998 och 2018 totalt 39 personer (i stort sett samtliga över 18 år) som har dött i suicid. Förekomsten av olika psykiatriska tillstånd är mycket hög inom gruppen (exempelvis skadligt bruk eller beroende av olika beroendeframkallande substanser, schizofreni eller personlighetssyndrom såsom emotionellt instabilt personlighetssyndrom). Det finns ingen information om dessa dödsfall i suicid har inträffat före eller efter behandling för könsdysfori, eller om vilken eventuell behandling dessa personer fått [3].

För att närmare analysera risken för suicid bland personer med könsdysfori, jämfört med befolkningen, har Socialstyrelsen använt standardiserade relativa dödstal i suicid (så kallade SMR-tal). SMR definieras genom att det observerade antalet suicid bland personer som har diagnostiserats med könsdysfori jämförs med det förväntade antalet suicid, om dödligheten i suicid hade varit samma som i befolkningen. Standardiseringen är gjord med hänsyn till ålder och kön, och över en tioårsperiod. Som en jämförelse har även SMR-tal beräknats för personer som har vårdats inom slutenvården eller den specialiserade öppenvården med olika typer av diagnoser.

Bland personer med registrerat kön man vid födseln med könsdysforidiagnos var det cirka 5 gånger vanligare med död i suicid än förväntat, utifrån befolkningens risk för död i suicid. Samtidigt var det mellan omkring 6 och 16 gånger vanligare med död i suicid bland personer med registrerat kön man vid födseln med andra psykiatriska tillstånd (skadligt bruk eller beroende, schizofreni, depression, bipolär, autism, personlighetssyndrom), än förväntat utifrån befolkningens risk.

Bland personer registrerat kön kvinna vid födseln) med könsdysforidiagnos var det cirka 14 gånger vanligare med död i suicid än förväntat

utifrån befolkningens risk för död i suicid. Samtidigt var det mellan 11 och 25 gånger vanligare med död i suicid bland personer med registrerat kön kvinna vid födseln med andra psykiatriska tillstånd (skadligt bruk eller beroende, schizofreni, depression, bipolär sjukdom, autism, personlighets-syndrom) än förväntat utifrån befolkningens risk [3].

Resultaten från Socialstyrelsens registerstudie indikerar således att det kan vara svårt att tolka risken för död i suicid bland personer med könsdysfori. Dödlighet i suicid är högre bland personer med könsdysfori i jämförelse med befolkningen. Samtidigt har personer med könsdysfori, som begår suicid, en mycket hög förekomst av samtidiga allvarliga psykiatriska diagnoser som i sig innebär kraftigt förhöjda risker för suicid. Därför går det inte att uttröna i vilken mån könsdysfori ensamt kan bidra till suicid, eftersom dessa psykiatriska diagnoser ingår som en del i vad som föregår suicid.

Generella konsekvenser av de kirurgiska ingrepp som omfattas av lagrådsremissens förslag

En extern sakkunnig har haft Socialstyrelsens uppdrag att beskriva generella konsekvenser av aktuella kirurgiska ingrepp i könsorganen. Enligt den sakkunniga har samtliga av de tidigare beskrivna ingreppen mer eller mindre irreversibla effekter. Ingrepp som innebär avlägsnande av kroppsdelar så som vid penektomi, orchidektomi, vaginektomi, hysterektomi och salpingo-ooforektomi är helt irreversibla då dessa organ inte kan återskapas medan man efter en metoidioplastik eller falloplastik till viss del kan återställa könsorganet till dess ursprung, dock med irreversibla ärrbildningar.

Avlägsnandet av testiklar och äggstockar innebär sterilitet och därmed förlust av fortplantningsförmågan såvida könsceller inte frusits ned pre-operativt [5].

Påverkan på möjligheten att bli förälder

Tekniska möjligheter att frysa och använda könsceller

En extern sakkunnig har haft Socialstyrelsens uppdrag att, utifrån beskrivningen i Socialstyrelsens kunskapsstöd för god vård av vuxna med könsdysfori [4], ge en aktuell beskrivning av tekniska möjligheter att frysa och använda könsceller i samband med könsbekräftande behandling [16]. Enligt den sakkunniga är nedfrysning av spermier och, när graviditetsönskan är aktuell, upptining för användning i en fertilitetsbehandling, i dag ett förhållandevis rutinmässigt och effektivt sätt att åstadkomma en graviditet. Spermierna kan användas antingen vid insemination eller provrörsbefruktning, båda väletablerade behandlingsmetoder för att uppnå en graviditet. Även möjligheterna till graviditet med upptinade frysta obefruktade och befruktade ägg är förhållandevis goda. Men att ta ut äggen som blir mogna och kan bli befruktningsbara från kroppen är mer krävande än tillvaratagandet av spermier, och hormonbehandling och vissa invasiva ingrepp är nödvändiga i dessa fall.

Hos ungdomar med registrerat kön man vid födseln som är i tidig pubertet är det inte säkert att man hittar spermier i sädesvätskan för nedfrysning, eftersom spermieproduktionen startar i samband med pubertetsutvecklingen.

Ungdomen bör informeras om detta innan man inleder pubertetsbromsande behandling med GnRH-analoger, men också om att det senare kan finnas möjligheter att tillfälligt återuppta spermieproduktionen för frysning innan en eventuell östrogenbehandling påbörjas. Spermieproduktionen kan då återupptas genom spontan gonadotropinåterhämtning efter ett uppehåll i behandlingen med GnRH-analoger, eller initieras genom en gonadotropinbehandling.

När testikelvolymen på minst en sida är 6 ml eller mer, och en barn-endokrinologisk bedömning visar att pubertetsutvecklingen har startat, kan man, om det inte finns spermier i sädesvätskan, överväga ett invasivt ingrepp i form av en testikelbiopsi för analys och eventuellt efterföljande nedfrysning av spermier, om spermier finns.

Personer med registrerat kön kvinna vid födseln har möjlighet att spara egna ägg för framtida fertilitetsbehandling genom nedfrysning av obefruktade eller befruktade ägg (embryo: proceduren gäller enbart personer med partner). Äggen kan även sparas genom att man fryser ned bitar av äggstocksvävnad som kan tillvaratas genom en operation. Dessa ägg är dock underutvecklade och kan inte användas för provrörsbefruktning utan att vävnaden först behöver återtransplanteras tillbaka in i kroppen för att äggen ska kunna utvecklas. För att kunna plocka ut utvecklade ägg krävs att personen genomgår hormonstimulering och ultraljudsassisterad vaginal punktion av äggstockarna. Sådana behandlingar har rapporterats från 14 års ålder hos personer med registrerat kön kvinna vid födseln som har genomgått fertilitetsbevarande åtgärder på andra indikationer än könsdysfori. Användning av såväl frysta obefruktade ägg som frysta embryon ger i dag förhållandevis goda graviditetsresultat.

För ungdomar med registrerat kön kvinna vid födseln som inte fått sin första menstruation, är det enligt nuvarande praxis inte genomförbart att genomgå hormonstimulering och vaginal punktion för att frysa in ägg. Ungdomar i den situationen bör informeras om detta innan den pubertetsbromsande behandlingen med GnRH-analoger inleds. De behöver också få information om att det senare finns möjligheter att temporärt initiera ägglossning i syfte att frysa ägg, innan en eventuell könskonträr hormonbehandling med testosteron påbörjas. Ungdomarna bör även informeras om att ägglossning kan återupptas spontant efter avslutad pubertetsbromsande behandling, men att tidpunkten inte går att fastställa.

Sammanfattningsvis är det möjligt med nedfrysning av både ägg och spermier, och frågan uppstår idag redan inför eller under hormonell behandling (som kan ges före 18 års ålder), eftersom hormonbehandlingen påverkar äggstockar och testiklar och hindrar könsceller från att utvecklas.

Juridiska förutsättningar för att få biologiska barn för personer som genomgått kirurgiska ingrepp i könsorganen
Könsceller (både ägg och spermier) kan frysas och sparas för att senare kunna användas i en fertilitetsbehandling (assisterad befruktning). Assisterad befruktning får dock bara utföras inom den svenska hälso- och sjukvården när de juridiska förutsättningarna för detta är uppfyllda. Assisterad befruktning regleras i 6 kap. (insemination) och 7 kap. (befruktning utanför

kroppen) lagen (2006:351) om genetisk integritet samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:32) om användning av vävnader och celler i hälso- och sjukvården och vid klinisk forskning. Det finns ingen reglering av hur länge obefruktade ägg eller spermier får sparas nedfrysade.

Sedan den 1 januari 2019 är även assisterad befruktning med dubbel-donation tillåten i Sverige, vilket innebär att donerade ägg och donerade spermier från olika donatorer används. Det är dock ännu oklart vilka juridiska möjligheter som finns för en person som har fryst ner sina könsceller (oavsett orsak) och som senare vill använda dessa i en sådan assisterad befruktning.

Ändringar av förutsättningar för kirurgin vid en sänkt åldersgräns

En extern sakkunnig har haft Socialstyrelsens uppdrag att bedöma hur förutsättningarna att genomföra aktuella kirurgiska ingrepp i könsorganen skulle förändras om åldersgränsen sänktes från 18 till 15 år [5].

Enligt den sakkunniga innebär könsbekräftande kirurgi på en person som inte är fullvuxen och inte gått igenom en fullständig pubertet helt andra förutsättningar än samma kirurgi på en fullvuxen person. När det gäller en transkvinna (person som tilldelats manligt kön vid födseln) innebär de anatomiska förutsättningarna med en inte fullt utvecklad penis att den metod för vaginoplastik som varit förhärskande under flera decennier, invaginering av penishuden, inte kan ge ett fullgott resultat. Alternativ som står till buds är att i stället använda tarm, bukhinna eller tunna hudtransplantat för att skapa vaginan vilket är metoder som i dagsläget ger ett sämre resultat. Det är även oklart hur väl en vagina skapad innan personen är fullt utvecklad kroppsligen fungerar senare i livet. De mindre anatomiska förhållandena hos en person i 15-årsåldern innebär begränsningar i storleken av den vagina som kan skapas och därmed en osäkerhet om vaginan kommer att kunna användas till penetrerande samlag.

Vid peniskonstruktion på en transman bygger den idag vanligaste metoden, metoidioplastik, på att man använder en av testosteronbehandling förstörd klitoris till att bygga upp penis. Vid kirurgi vid 15 års ålder innebär det att klitoris inte är fullt utvecklad och att personen inte hunnit genomgå testosteronbehandling tillräckligt länge för en maximal tillväxt av klitoris. Det är möjligt att denna problematik kan kringgås genom tidigt insätta könskonträra hormoner, men det är osannolikt att en dylik åtgärd helt skulle kunna kompensera för den begränsade tillväxten. Den skulle även kunna innebära ej acceptabla biverkningar. Metoden falloplastik kan användas för peniskonstruktion vid 15 års ålder men den inte fullt utvecklade kroppen skulle innebära begränsningar i tillgången på vävnad och därmed begränsad storlek på penis.

Sammanfattningsvis skulle, enligt den sakkunniga, en sänkt åldersgräns till 15 år för genital könsbekräftande kirurgi ur ett rent kirurgiskt perspektiv innebära betydligt svårare omständigheter att uppnå ett fullgott resultat. Det skulle också kräva förändringar i den kirurgiska tekniken [5].

Ändrade medicinska förutsättningar för genital könsbekräftande kirurgi efter pubertetsstoppande behandling i tidig pubertet

Pubertetsstoppande behandling med efterföljande könskonträr hormonbehandling under puberteten innebär både fördelar och nackdelar ur ett rent kirurgiskt perspektiv även om kirurgin utförs efter helt genomgången pubertet, det vill säga med kvarvarande åldersgräns för kirurgin vid 18 år.

Avseende transmän skulle den uteblivna bröstutvecklingen innebära att mastektomi inte skulle vara nödvändigt, och den tidiga testosteronbehandlingen kan förväntas leda till en större klitoris med bättre förutsättningar för en optimal metoidioplastik. Således finns i detta fall flera fördelar ut ett kirurgiskt perspektiv.

Hos transkvinnor kan man förvänta sig en stimulerad brösttillväxt vilket skulle minska behovet av bröstförstorande kirurgi, men den hämmade penisutvecklingen skulle innebära stora problem med vaginalkonstruktion i linje med vad som beskrivits ovan. För att kunna skapa en funktionell vagina skulle andra metoder än de nu tillämpade behöva användas, troligen med sämre resultat än vad som nås idag.

Sammanfattningsvis innebär, enligt den sakkunniga, pubertetsstoppande behandling och behandling med könskonträra hormoner såväl fördelar som nackdelar ur ett rent kirurgiskt perspektiv [5].

Vetenskapligt underlag om nytta och risker med de kirurgiska ingrepp som omfattas av lagrådsremissens förslag

SBU hade 2019 regeringens uppdrag att genomföra en systematisk kunskapsöversikt över det vetenskapliga underlaget för utredning av diagnos och behandling av barn och unga med könsdysfori och vad som är känt om långtidseffekter på fysisk och psykisk hälsa avseende vård och behandling [15].

När det gäller könsbekräftande kirurgi hos barn och unga med könsdysfori har SBU identifierat några observationsstudier [17-20] där unga som genomgått kirurgisk behandling följts upp vid olika tidpunkter i förhållande till behandlingen. Studierna är små och det är delvis ottydligt vid vilken ålder kirurgiska ingrepp genomförts och precis vilka kirurgiska ingrepp som genomförts (i flera fall endast bröstkirurgi). Egentliga jämförelsegrupper saknas. Socialstyrelsens bedömning är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma nytta och risker med kirurgiska ingrepp i könsorganen hos personer med könsdysfori under 18 år. För beskrivning av studierna, se SBU:s rapport [15].

SBU ger följande övergripande kommentar när det gäller psykosociala effekter på längre sikt av könsbekräftande behandling (för alla åldrar, inklusive både hormonell och kirurgisk behandling):

Den litteratur som identifierats innehåller uteslutande observationsdata från tvärsnittsstudier, eller longitudinella studier före och efter könsbekräftande behandling, där de senare är i minoritet. I

tvärsnittsstudierna använder man ibland kontroller ur den omgivande befolkningen som jämförelse. Då transsexuella personer redan från början uppvisar en ökad psykosocial problematik, blir dessa jämförelser mindre värdefulla när det gäller att utvärdera effekten av könsbekräftande behandling. Studier före och efter könsbekräftande behandling kan ge en bättre bild av hur behandling av könsdysfori påverkar psykosociala förhållanden, men dessa studier är få. I de flesta före- och efterstudier sågs en förbättring av personernas psykosociala status. Sammanfattningsvis är dock litteraturen svag i detta område. Resultaten är svårtolkade och man kan inte säkert säga att könsbekräftande behandling förbättrar livskvaliteten och psykisk sjuklighet. Antalen fullbordade självmord är få i studierna vilket gör att resultaten i studierna blir osäkra.

När det gäller barn och unga konstaterar SBU vidare att ”till följd av att könsdysfori hos barn och unga har kommit att öka under det senaste decenniet, är den möjliga uppföljningstiden kort. Det är få studier som konkret studerar psykosociala effekter av könsbekräftande behandling hos barn och unga. Det finns studier där barn och unga är inkluderade men där resultaten för dessa inte redovisas separat.

HTA-centrum i Västra Götalandsregionen publicerade 2018 en systematisk översikt om könsbekräftande kirurgi vid könsdysfori hos vuxna [21]. Rapportförfattarna ger följande sammanfattande kommentar:

Denna översikt visar att det vetenskapliga underlaget för könsbekräftande kirurgi är litet, litteraturen är begränsad till observationsstudier med generellt sett låg kvalitet, jämförande studier är mycket få och långtidsdata saknas varför evidensläget för nyttan av genitala, övriga kroppsliga ingrepp inklusive i ansiktet, generellt är otillräckligt, medan allvarliga komplikationer troligen är vanliga efter genital könsbekräftande kirurgi (GRADE ⊕⊕⊕□). De flesta patienter värderar effekterna av ingreppen högt. Könsbekräftande kirurgiska ingrepp behöver utföras inom ramen för forskningsprojekt för att förbättra kunskapen om nytta och risker.

Förekomst av ånger efter könsbekräftande behandling

SBU har även studerat förekomst av ånger efter könsbekräftande behandling [15]. Litteraturen består i huvudsak av observationsdata från kohorter som undersökts retrospektivt. Begreppet ånger (regret) har olika innebörd i litteraturen, från att det uttrycks i journaler eller enkäter till att man ansöker om återkonvertering till ursprungligt kön. Besvikelse är också beskrivet, oftast så att man inte är nöjd med någon del av den könsbekräftande behandlingen, till exempel det kosmetiska resultatet av olika typer av kirurgi, men utan att man för den skull ångrar sitt byte av kön [15].

SBU har inte funnit någon studie som beskriver utvecklingen av ånger över tid efter könsbekräftande behandling och inte heller över kalendertid.

SBU har inte heller kunnat identifiera några publikationer, vare sig hos barn och ungdomar eller hos vuxna, som specifikt beskriver ånger eller besvikelse efter könsbekräftande behandling i de grupper som tillkommit det senaste decenniet. Det finns studier som omfattar tiden från 2009 och framåt, men i dessa särskiljer författarna inte individer som påbörjat sin behandling som barn och unga från dem som startat behandlingen som vuxna [15].

SBU har identifierat några studier av vuxna där ånger i form av återkonvertering eller som uttryckt i enkäter eller journaler har undersökts. Efter studien av Dhejne och medförfattare från 2014 [22] tycks inga studier utifrån svenska patienter ha publicerats. Dhejne och medförfattare undersökte i en retrospektiv journalstudie de 767 personer som under perioden 1960–2010 ansökt om könsbekräftande kirurgi i Sverige. Kirurgin utfördes hos 681 av dessa personer. Av dem ansökte 15 personer (2,2 procent) om återkonvertering till ursprungligt kön efter genital kirurgi [22]. En större studie av Wiepjes och medförfattare från 2018 [23] inkluderar alla 6793 patienter som sökt sig till en klinik i Amsterdam mellan 1972 och 2015, och som utvärderades retrospektivt i en journalstudie. Bland de totalt 2627 personer där testiklar eller äggstockar tagits bort uttryckte 0,6 procent av transkvinnorna och 0,3 procent av transmännen ånger i någon form. För beskrivning av samtliga studier, se SBU:s rapport [15].

Sammanfattningsvis saknas i stort vetenskapligt underlag när det gäller nytta och risk av aktuella kirurgiska ingrepp hos personer under 18 år. SBU konstaterar att den litteratur som kunnat identifieras rörande könsdysfori generellt är sparsam. Det är få studier som specifikt undersöker barn och ungdomar. Det kan förklaras av att den stora ökningen av remitterade till hälso- och sjukvården för utredning av könsdysfori har skett under det senaste decenniet, vilket medför att uppföljningstiden för dessa grupper är kort [15].

Dokumentation från klinisk verksamhet i andra länder

Socialstyrelsen har undersökt tillgången till eventuellt material som belyser utfall av aktuella ingrepp i könsorganen på unga personer med könsdysfori, i form av utvärderings- eller uppföljningsrapporter, sammanställningar av registerdata eller liknande [24]. De länder som inkluderades i undersökningen var Nederländerna, Storbritannien, Kanada, Australien och USA. I denna del ingick inte att samla in vetenskapliga publikationer, och inte heller behandlingsriktlinjer (guidelines).

Undersökningen genomfördes genom sökningar på internet och genom kontakt med relevanta myndigheter, kliniker, organisationer och personer som på olika sätt är involverade i frågor om transsexualitet, könsdysfori och underlivskirurgi. Vi efterfrågade material som belyste utfall av kirurgin på personer under 18 eller 25 år.

De övergripande slutsatserna av undersökningen är att aktuella kirurgiska ingrepp som regel inte genomförs på personer under 18 år, och att det därmed inte heller inte finns någon uppföljning eller rapportering av utfall. Referenspersoner och andra organisationer som har kontaktats i respektive land känner inte till att det förekommer strukturerad uppföljning av utfallen

på underlivskirurgi för unga under 25 år. Myndigheter hänvisar direkt till kliniker som utför kirurgin, och klinikerna i sig har ingen uppföljning eller vill inte lämna ut uppgifter. Socialstyrelsen har således inte, inom ramen för den undersökning som genomförts, kunnat identifiera något material från klinisk verksamhet i andra länder som belyser utfall av aktuella ingrepp i könsorganen på unga personer [24]. Enligt internationella riktlinjer är också uppnådd myndighetsålder ett kriterium för att genomgå genital kirurgi [25].

Enligt vad Socialstyrelsen erfar (februari till mars 2020) diskuteras ett lagförslag i Tyskland som innebär att barn från 14 års ålder kan prövas för kompetens att besluta om irreversibla ingrepp inklusive genital kirurgi. Lagförslaget diskuteras för närvarande och kommer sannolikt att revideras [26].

Barns mognad och utveckling under tonår och pubertet

Enligt lagrådsremissens förslag ska barnets bästa vara avgörande vid beslut om tillstånd till aktuella kirurgiska ingrepp i könsorganen. Barnet måste ge sitt samtycke till ingreppet, och barnets personliga mognad för att kunna ta ställning till en oåterkallelig åtgärd bör beaktas i bedömningen av om synnerliga skäl föreligger (lagrådsremissen s. 70).

Olika aspekter av mognad

Individens mognad kan bedömas utifrån olika aspekter: *fysisk, kognitiv* och *socioemotionell* mognad. Dessa delar utvecklas delvis parallellt men inte alltid. Ibland kan en individ till exempel vara socialt och språkligt väl utvecklad men se yngre ut än sina jämnåriga. Likaså kan en person vara fysiskt välutvecklad (med till exempel en puberterad kropp), utan att för den skull ha en fullt utvecklad kognitiv förmåga.

Den *fysiska* utvecklingen hos tonåringar styrs främst av pubertetsutvecklingen. Puberteten startar vanligtvis i 10–12-årsåldern och pågår i 4–6 år. Personer med registrerat kön kvinna vid födseln fortsätter oftast växa till 17 års ålder, och personer med registrerat kön man vid födseln ett par år till [27]. Den fysiska utvecklingen genom puberteten påverkar också den psykologiska utvecklingen. Hur man ser ut påverkar hur andra bemöter en och vilka krav som ställs, men också hur man ser på sig själv och sin kropp [28].

Den *kognitiva utvecklingen* berör ett flertal processer i hjärnan, såsom uppmärksamhet, minne, språk och logiskt och abstrakt tänkande. Vissa av dessa delar fortsätter utvecklas upp i tidig vuxenålder. Under tonåren utvecklas framförallt den främre delen av hjärnans pannlob. Könshormonerna som utsöndras påverkar hjärnans struktur och funktion. Likaså förändras hur signalsubstanser som serotonin och dopamin utsöndras, något som är viktigt för upplevelser av olika sinnesstämningar. Under tonåren gör dessa förändringar individen mer känslomässig, mer sårbar för stress och ofta mer nyfiken och spänningssökande. Likaså utvecklas de områden som styr sociala beteenden under puberteten. Det gör ungdomar mer lyhörda för sociala signaler, mer fokuserade på att läsa av andra människor och mer känsliga för att bli bedömda eller göra något som kan uppfattas som pinsamt eller avvikande från normen [28-30]. De olika delarna

i hjärnan kompletterar varandra och koordineras genom det som brukar benämnas som *exekutiva funktioner*. De exekutiva funktionerna har en överordnad funktion och styr kognitioner, emotioner och beteenden hos individen [31, 32]. Exekutiva funktioner är viktiga för att planera, bedöma risker och balansera impulser, och är således centrala för individens möjlighet att fatta genomtänkta beslut. Funktionerna hjälper exempelvis individen att hålla fler steg i fokus och motstå kortsiktig tillfredsställelse till fördel för mer långsiktiga belöningar [30]. De exekutiva funktionerna utvecklas successivt under uppväxten och utvecklingen är delvis beroende av individens erfarenheter [31].

Den *socioemotionella utvecklingen* handlar om att lära sig förstå och reglera känslor, samspela och förstå både sig själv och andra. Den utvecklas under hela uppväxten och hänger tätt samman med den kognitiva utvecklingen. I den socioemotionella utvecklingen ingår att utveckla en identitet och förstå hur man skiljer sig från andra. Identiteten och självbilden utvecklas i samspel med andra, och beroende på övrig utveckling blir den successivt mer avancerad. Med de tidiga tonårens stora biologiska, kognitiva och sociala förändringar blir vanligtvis frågorna om den egna identiteten på ett mer abstrakt sätt centrala: Vem är jag? Vad skiljer mig från andra? För de allra flesta är tonåren den period i livet då funderingarna kring identitet är som allra intensivast, och då man har störst behov av att pröva sig själv i förhållande till nya attityder och ageranden [30]. Vidare innebär den socioemotionella utvecklingen att reflektera kring och förstå moral och övergripande regler, lära sig fungera i olika sociala sammanhang, kunna ta olika perspektiv och tänka kring både sig själv och andra på ett mer abstrakt sätt [28, 30].

Tonårstiden

Människans hjärna utvecklas under hela tonårstiden och delar av den kognitiva utvecklingen fortsätter ända upp i 25-årsåldern [28-30]. Hjärnans utveckling under tonårstiden kännetecknas framför allt av mer avancerat logiskt tänkande och förfinad självregleringsförmåga. Under tonåren förbättrar individen successivt sin förmåga att fatta självständiga och genomtänkta beslut. Samtidigt är tonåringen ofta mer känslig för påverkan av andra, har högre riskbenägenhet och är ofta mer självkritisk och mer ”i nuet” än en vuxen person. Det finns fortfarande en svårighet hos många tonåringar att hålla långsiktiga perspektiv, och mindre förståelse för att saker kan upplevas annorlunda senare eller i en annan kontext [30].

Påverkan på barns mognad av psykisk ohälsa och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar

Eventuell psykisk ohälsa och funktionsnedsättningar inom uppmärksamhet, koncentration eller socialt samspel kan påverka individens förmåga att fatta självständiga och genomtänkta beslut.

Det finns inga enkla samband mellan hur ett visst psykiatriskt tillstånd eller funktionsnedsättning påverkar den enskilde individen. Det som kan vara en försvårande aspekt i ett sammanhang kan vara en tillgång i ett annat. Individuella skillnader inom samma tillstånd är stora och påverkas bland annat av ålder, erfarenhet och vilket stöd individen fått att hantera eventuella

begränsningar. Det finns ändå symtom på gruppnivå som är vanliga för respektive tillstånd:

- *Depression*: Depression kännetecknas av sänkt stämningsläge, irritabilitet, minskad energi och nedsatt aktivitetsnivå. Trötthet, minskat intresse och svårt att koncentrera sig är vanligt. Likaså påverkan på sömn och aptit samt minskad självkänsla och självtillit (ICD-10). En depression kan således påverka individens förmåga att göra en realistisk bedömning av sin situation och syn på framtiden. Vid svår depression kan kognitiva förmågor försämrats vilket kan märkas på tankeförmåga, beslutsfattande, planering och minne [33].
- *Ångestsyndrom*: Ångestsyndrom inbegriper ett brett spektrum av tillstånd såsom social fobi, panikångest och tvångssyndrom (ICD-10). Tillstånden har mycket varierande grad av påverkan på den generella funktionen. Social fobi eller generaliserat ångestsyndrom kan exempelvis påverka individens uppfattning om sig själv, andra människor och möjligheten att adekvat bedöma fara [34].
- *Autismspektrumtillstånd (ASD)*: ASD kännetecknas av brister i förmågan till social kommunikation och interaktion i ett flertal olika sammanhang. Det innebär också att man ofta har begränsade repetitiva mönster i beteende, intressen eller aktiviteter. Det är också vanligt att vara känslig för olika sinnesintryck. ASD kan påverka upplevelsen av kroppen och synen på sig själv och andra. Likaså kan det försvåra abstrakt tänkande och perspektivtagande. Det finns en 3-gradig svårighetskala, vilket ger ett relativt stort spann på funktionsnivå inom patientgruppen [35].

Sammanfattning om barns utveckling under tonår och pubertet

Sammanfattningsvis finns olika aspekter av mognad, där särskilt den kognitiva utvecklingen har betydelse för förmågan att planera, bedöma risker och överblicka konsekvenser. Tonåren är en utvecklingsfas då den egna identiteten utforskas. Personer i tonåren har ofta en högre riskbenägenhet och är ofta mer självkritiska och mer ”i nuet” än vuxna personer. Det finns en svårighet hos många tonåringar att hålla långsiktiga perspektiv och mindre förståelse för att saker kan upplevas annorlunda senare eller i en annan kontext. Psykisk ohälsa och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, som är vanligt hos barn och ungdomar med könsdysfori, kan påverka individens mognad och beslutsförmåga.

Mognadsbedömningar inom hälso- och sjukvård

I lagrådsremissen anges att vid bedömningen av om det föreligger synnerliga skäl att medge tillstånd till kirurgiska ingrepp i könsorganen bör bland annat barnets personliga mognad att kunna ta ställning till en oåterkallelig åtgärd beaktas (lagrådsremissen s. 70).

I hälso- och sjukvård som bedrivs enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) görs bedömningar av ett barns mognad eftersom barnets inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska i det enskilda fallet göra en bedömning av om ett barn är tillräckligt moget för att själv kunna ta ställning till en

vårdåtgärd (se även avsnittet *Barns mognad* i kapitlet om juridiska aspekter samt prop. 2013/14:106 s. 67).

Mot bakgrund av mognadsbegreppets komplexitet blir det svårt att sätta upp några exakta kriterier för att avgöra när ett barn har uppnått tillräcklig mognad i en viss vårdssituation. En bedömning måste göras från fall till fall, utifrån vad det är för åtgärd, hur stort ingrepp den innebär respektive hur angelägen den är, och hur komplicerad frågan är att ta ställning till [30].

Enhetliga och standardiserade eller validerade sätt att göra mognadsbedömningar tycks saknas inom den barn- och ungdomspsykiatriska vården [12, 13, 36].

Att bedöma barnets mognad

För att bedöma barnets mognad behöver man ha generell kunskap om barns fortlöpande utveckling, behov och förmåga (prop. 2012/13:10 s. 39) [30]. Man behöver också skaffa sig aktuell kunskap från barnets föräldrar och andra vuxna personer i barnets närhet; kunskap om hur de uppfattar barnets mognad. Men framför allt behöver man kunskap från barnet själv. Man behöver träffa och samtala med barnet, för att skaffa sig kunskap om barnets egenskaper, intressen, identitet och relationer [30, 37].

En bedömning av barnets mognad sker kontinuerligt under hela tiden barnet är aktuellt inom hälso- och sjukvården. Mognadsbedömningen sker både kontinuerligt *inför* till exempel ett samtal eller en behandling, och *under* till exempel samtalet och behandlingen. En kontinuerlig lyhördhet för barnets förmågor och erfarenheter är av central betydelse för en bedömning av barnets mognad [30, 38].

I de flesta fall är det hälso- och sjukvårdspersonalen som får bedöma om det enskilda barnet är tillräckligt moget för att själv kunna ta ställning till den aktuella vårdfrågan. Personalens grund för att bedöma barnets mognad i det enskilda fallet kan se olika ut. Om ett barn har varit sjukt länge har hälso- och sjukvårdspersonalen ofta byggt upp en långvarig relation med barnet. En sådan relation i kombination med en kunskap om de åtgärder som är aktuella ger en bra grund för att bedöma om barnet har den mognad som krävs för att han eller hon ska kunna vara delaktig i beslutet om en vårdåtgärd (se prop. 2013/14:106 s. 67).

Att samtycka till kirurgiska ingrepp i könsorganen

Utifrån uttalanden i förarbetena till patientlagen krävs rimligen en hög nivå av mognad för att kunna samtycka till kirurgiska ingrepp i könsorganen. För att kunna samtycka till en vårdinsats krävs ett genomtänkt beslut av individen. De olika delarna i ett mer komplext beslutsfattande för att samtycka till vård kan beskrivas utifrån fyra kriterier: förståelse, värdering, resonemang och val. Detta innebär att patienten ska kunna förstå information som är relevant för situationen och beslutet, kunna värdera denna information i ljuset av sina egna önskningar och värderingar, överväga och överlägga med sig själv (och eventuellt andra) om vad som talar för olika beslut utifrån information och individens önskningar och värderingar. Slutligen måste individen kunna fatta ett beslut baserat på och motiverat av en sådan överläggning (som idealt speglar individens önskningar och

värderingar) [39]. För ett moget beslutsfattande om kirurgiska ingrepp i könsorganen kan individen således exempelvis behöva ha följande förmågor:

- Individen behöver förstå information om ingreppet och vad det kan innebära rent praktiskt och medicinskt. Det kan handla om förståelse för utfall av kirurgin (estetiskt och funktionellt) och att komplikationer kan uppstå.
- Individen behöver kunna värdera informationen och resonera med sig själv och eventuellt andra kring konsekvenser av ingreppet på både kort och lång sikt. Det kan exempelvis handla om påverkan på fertilitet, sexuell funktion och att kunna sätta det i perspektiv till den egna utvecklingen och det faktum att identitet och behov kan förändras över tid. Många personer som är i tonåren har rimligen liten eller ingen erfarenhet av intimitet och relationell sexualitet, utifrån både kroppsdysfori och sin låga ålder – och ska således ta beslut om något som har konsekvenser på ett område som de kan ha mycket liten reell erfarenhet av.
- Individen behöver kunna fatta ett genomtänkt beslut utifrån de ovanstående delarna. I detta ingår också att kunna kommunicera sitt val och att det framstår som stabilt över tid.

Medicinetiska aspekter

En extern sakkunnig har på Socialstyrelsens uppdrag genomfört en etisk analys av förslaget om sänkt åldersgräns för aktuella kirurgiska ingrepp i könsorganen [40]. Nedanstående beskrivning är hämtad från denna etiska analys. I huvudsak är det frågeställningar utifrån de etiska principerna om att göra gott och inte skada, autonomi samt rättvisa och jämlikhet som aktualiseras av förslaget.

Göra gott och inte skada

Principerna kring att göra gott och inte skada kan översättas i termer av balansen mellan nytta och risk för patienten. All skada som det finns risk att tillfoga patienten måste kunna berättigas i termer av en potentiellt större nytta (med tillräcklig grad av evidens). Det ställs högre krav på hälso- och sjukvården att undvika att skada patienten än att faktiskt gagna patienten. Några frågeställningar som blir aktuella här är följande:

- Skiljer sig underlivskirurgi vid könsbekräftande vård på ett sådant sätt att det kräver specifika åldersgränser och särskild reglering?
- Hur förändras risk- och nyttobalansen av att förskjuta möjligheten för underlivskirurgi från 18 år till 15 år – och kan en sådan förändring anses etiskt försvarbar?
- Hur ska risken att en person kan ångra beslutet att ha genomgått underlivskirurgi betraktas?

Det finns inte, enligt den etiska analysen, en tydlig och uppenbar skillnad mellan underlivskirurgi vid könsinkongruens och andra ingrepp som genomförs inom hälso- och sjukvården under generell hälso- och sjukvårdslagstiftning och utan specifika åldersgränser. Det som trots detta talar för en särskild reglering med specifika åldersgränser är en försiktighetsprincip (se nedan) samt de skäl som lyfts fram i lagrådsremissen: vården ska ges efter

noggrant övervägande från vårdpersonal och den berörda personen och att vårdbehovet tydliggörs, vilket minskar risken för nedprioritering. Även de stora konsekvenserna av vården för individen kan bidra till motiven.

Förändringen av risk- och nytto-balansen vid en sänkning av åldersgränsen från 18 till 15, utifrån bland annat att ett svagt evidensläge för en population ska överföras till en annan och att det rör sig om irreversibla ingrepp med stora konsekvenser talar för att hälso- och sjukvården bör utöva en försiktighetsprincip när det gäller personer mellan 15 och 18 år, jämfört med gruppen över 18 år. Andra faktorer som stärker den slutsatsen i den etiska analysen är att utfallet av behandlingen är beroende av personens könsidentitet, vilket skapar större osäkerhet för en population som är under kognitiv och emotionell utveckling, samt att det finns osäkerhet kring om suicid på grund av fördröjd behandling förekommer och i så fall i vilken utsträckning. Skulle det visa sig att det finns en sådan koppling bör det övervägas om försiktighetsprincipen snarare talar för att erbjuda behandling.

Vårdbehovets karaktär när det gäller aktuella kirurgiska ingrepp lyfts också fram i den etiska analysen. Vårdpersonalens bedömning av behovet måste här till stor del utgå från personens egen uppfattning om vilka ingrepp som krävs för att minska lidandet, vilket skapar en större osäkerhet om vad som gör nytta hos en grupp som är under utveckling.

När det gäller risken för att en person ångrar behandlingen finns det olika synsätt. Även om en person ångrar ett beslut så visar det inte nödvändigtvis att det var något fel på beslutsprocessen eller att beslutet som togs var fel. Om patienten hade tillgång till och förstod den tillgängliga kunskapen om vad ingreppet innebär (inklusive risken för att ångra sig) och på basis av det fattade det beslut som bäst överensstämde med hans dåvarande preferenser, värderingar, identitet etc. – då var det beslutet berättigat oavsett om personen sedan ångrar sig.

Ytterligare ett argument kopplat till risken för ånger är att vårdgivaren kanske inte bör erbjuda irreversibla behandlingar om behandlingseffekten blir kortvarig (om personer ångrar sig). I första hand eftersom det innebär att vi har orsakat irreversibel skada på en person, även om ingreppet var berättigat när beslutet om det fattades. Om det skulle vara så att en stor andel av personerna som genomgår underlivskirurgi skulle ångra sig, skulle balansen mellan patientnytta och risk för skada förändras till det sämre på populationsnivå, och vid någon punkt kan det innebära att balansen mellan risk och nytta inte längre motiverar behandlingsinsatsen. För de personer över 18 år där detta studerats förefaller inte risken för att ångra sig vara särskilt stor, men i nuläget förefaller vi sakna kunskap kring en yngre åldersgrupp, och det kan finnas vissa skäl att tro att risken för ånger är större i gruppen med yngre tonåringar. I andra hand eftersom det kan innebära att resursanvändningen inte var rimlig, det vill säga att vi lade resurser på något som visade sig ha en mer begränsad nytta än vad vi förutsåg eller förväntade oss. Utifrån detta drar den sakkunniga i den etiska analysen slutsatsen att när det gäller yngre personer kan dels risken att ångra sig vara större på grund av de speciella förutsättningar som tonåringar har (se nedan), dels att ånger kan vara väsentligt att väga in generellt, kopplat till ansvaret att inte skada

patienter och att använda begränsade resurser på ett klokt sätt, även om det inte påverkar det faktum att patienten har fattat ett autonomt beslut.

Autonomi

Andra etiska frågeställningar hör samman med frågor om individens autonomi:

- Har den som fyllt 15 år en tillräcklig grad av autonom förmåga för att samtycka till underlivskirurgi efter vårdnadshavares samtycke?
- Går det att sätta en åldersgräns för när en person har en tillräcklig grad av autonom förmåga?

Autenticitet och beslutsförmåga är två beståndsdelar i autonom förmåga som beskrivs. En sammanfattning om tonåringars autonoma förmåga är att ”det finns neurobiologiska och beteendemässiga skillnader mellan tonåringar och vuxna personer som kan påverka den autonoma förmågan att fatta komplexa beslut med irreversibel inverkan på personens liv. Huruvida det innebär att 15-åringens autonoma förmåga generellt faller under gränsvärdet för att ges möjlighet att fatta beslut är svårt att uttala sig om. Detta dels för att det inte finns några väldefinierade gränsvärden för de olika dimensionerna av autonom förmåga, dels för att det förefaller variera starkt inom populationen och beroende på beslutssituation.” I den etiska analysen görs sedan en jämförelse med ungdomars självbestämmande inom etikprovningsslagen, där 15 år är en nedre åldersgräns för ungdomar att självständigt ge sitt informerade samtycke för deltagande i forskningsprojekt, utan att vårdnadshavare tillfrågas. Ett forskningsprojekt kan innebära avancerade och delvis riskabla medicinska ingrepp, men innan den yngre personen ges möjlighet att delta i ett sådant projekt finns krav på noggrann granskning av Etikprovningssmyndigheten när det gäller förhållandet mellan risk och nytta, hur informationen utformas, och hur samtycket inhämtas för att minimera risken för otillbörlig påverkan. En sådan kontrollfunktion kan motivera att man tillåter personer med en lägre grad av autonom förmåga att självständigt ge sitt informerade samtycke till medverkan. På motsvarande sätt, när en yngre person tillåts fatta beslut om att genomgå en behandling inom hälso- och sjukvården, handlar det normalt om att samtycka till en behandling som utifrån diagnos samt vetenskap och beprövad erfarenhet rekommenderas av vårdprofessionen, eller där behandlingen åtminstone i de flesta fall är dokumenterat patientsäker. Återigen kan denna typ av kontrollfunktion motivera att beslutet fattas av en person som har en lägre grad av autonom förmåga.

Utifrån att en åldersgräns för att samtycka till kirurgi borde vara kongruent med att samtycka till deltagande i forskningsprojekt förefaller det inte orimligt att hävda att 15 år skulle kunna vara en nedre åldersgräns för när tonåringar potentiellt självständigt (utan samtycke från vårdnadshavare) skulle kunna fatta beslut om att genomgå underlivskirurgi. Ett argument för detta skulle kunna vara att en kontrollfunktion motsvarande den som finns för forskningsprojekt i form av etikprovning inom Etikprovningssnämnden föreslås i form av Socialstyrelsens rättsliga råd. Flera argument emot finns:

- Det saknas evidens: personen måste i detta fall ta hänsyn till större grad av osäkerhet och därmed större risker, vilket kräver en mer utvecklad autonom förmåga, där framför allt den yngre personens sämre riskbedömning kan spela in.
- Vårdbehovet av underlivskirurgi vid könsbekräftande vård följer delvis en annan logik än andra vårdbehov: könsinkongruens bygger i större grad än andra diagnoser på personens egen uppfattning om vilka ingrepp som krävs för att minska könsinkongruensen. Detta sammantaget med att tonårstiden är en tid av utforskande av identitet, och med tanke på tonåringens sämre förmåga att överblicka konsekvenserna av sitt handlande, talar för försiktighet när det gäller att låta 15-åringar självständigt fatta beslut kring underlivskirurgi.
- Det rör sig om en irreversibel och personligt transformativ behandling. Att behandlingen är ”personligt transformativ” innebär att den ändrar en persons identitet och att det kan bli svårt att på förhand förstå vad behandlingen kan komma att innebära.

Psykiatrisk sjuklighet och autismspektrumtillstånd är inte ovanligt hos personer som upplever könsinkongruens och kan påverka den autonoma förmågan.

Det är rimligt att kräva samtycke från personen som ska genomgå aktuella kirurgiska ingrepp. En lägsta åldersgräns för att samtycka till kirurgin kan ses som ett sätt att minimera risken att en person som saknar tillräcklig autonom förmåga ger sitt samtycke till sådana ingrepp, och det förefaller rimligt att sätta en sådan åldersgräns i nivå med den ålder när personer självständigt kan fatta beslut om att ingå i forskningsprojekt – 15 år.

Om tillgång till aktuella kirurgiska ingrepp ska ges till personer under 18 finns det, ur etisk synvinkel, skäl att sådan behandling endast ges inom ramen för kliniska studier som genomgått etikprövning vid Etikprövningsmyndigheten, utifrån behovet att stärka evidensen för behandling av den yngre populationen och som en kontrollfunktion. En sådan kontrollfunktion kan också ur en etisk synvinkel motivera att personer med lägre grad av autonom förmåga får fatta beslut med stora konsekvenser.

Jämlikhet och rättvisa

Ytterligare en etisk frågeställning är jämlikhets- eller rättviseaspekten:

- Finns det en skillnad, ur jämlikhets- eller rättvisesynpunkt, i att ge olika tillgång till aktuella kirurgiska ingrepp i könsorganen före eller efter 15 år respektive före eller efter 18 år?

Enligt tolkningen av svensk lagstiftning anses det inte som åldersdiskriminerande att sätta upp åldersgränser inom vården, men dessa ska då kunna kopplas framförallt till beslutsförmågan och det måste finnas andra relevanta skillnader än enbart kronologisk ålder. När det gäller en 18-årsgräns kan den motiveras av andra sådana skillnader:

- personens autonoma förmåga
- evidensläget

- tonårstidens speciella kännetecken och dess potentiella inverkan på personens könsidentitet (som har betydelse för behandlingsresultatet).

Det är därmed inte uppenbart att en 18-årsgräns strider mot människo-värdesprincipens likabehandlingstanke. På samma sätt kan en 15-årsgräns motiveras av ett potentiellt legitimt skydd mot att en person som saknar tillräcklig förmåga att ge samtycke till underlivskirurgi ges möjlighet att fatta ett sådant beslut (och just 15 år motiverades tidigare av att det ska vara kongruent med att samtycka till att delta i forskningsprojekt).

Ytterligare ett argument som kan kopplas till orättvisa eller ojämlikhet och som framkommer i både lagrådsremissen och tidigare statliga utredningar och förarbeten är att vissa yngre personer har sökt sig utomlands för att på egen (eller vårdnadshavares) bekostnad genomgå behandling (ibland på rekommendation från svensk hälso- och sjukvård). Detta förefaller, tillsammans med risken för suicid i frånvaro av behandling, ha varit ett av de avgörande skälen till att sänka åldersgränsen för tillgång till underlivskirurgi. Samtidigt är det inte generellt ett skäl som accepteras för att erbjuda behandling i en svensk hälso- och sjukvårdskontext. Det finns ett antal exempel på när behandling erbjuds utomlands men trots det inte erbjuds i Sverige av olika skäl: att vi gjort en annan risk- och nyttovärdering, att vi lägger annan vikt vid evidens, att vi inte bedömer kostnaden som rimlig i relation till nyttan av behandlingen, eller att vi gör andra etiska ställningstaganden.

Socialstyrelsens analys och bedömning

Sammantagen bedömning

Socialstyrelsen bedömer att det i dagsläget är mer som talar emot än som talar för att möjliggöra de aktuella kirurgiska ingreppen före 18 års ålder. Av de underlag som Socialstyrelsen har inhämtat framgår att det finns enstaka individer med ett stort lidande som riskerar att förlängas i väntan på kirurgiska ingrepp i könsorganen. Personer under 18 år kan dock få annan könsbekräftande behandling och stöd inom könsdysforivården.

Socialstyrelsens bedömning utgår från dagens kunskapsläge – det saknas vetenskaplig och erfarenhetsbaserad kunskap om nytta och risker med ingreppen före 18 års ålder. Antalet unga och sårbara patienter har också ökat kraftigt i könsdysforivården de senaste åren, och det saknas kunskap om orsakerna. Socialstyrelsen bedömer därmed att det vid en sänkt åldersgräns i dagsläget skulle bli svårt att säkerställa en fördelaktig balans mellan nytta och risk, såväl för enskilda individer som på gruppnivå. Det blir dock viktigt att följa kunskapsutvecklingen, och att anpassa lagstiftningen om kunskapsläget förändras.

Utgångspunkter för analys och bedömning

Socialstyrelsens analys och bedömning utgår ifrån förslaget i lagrådsremissen från 2018 *Vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen och ändring av det kön som framgår av folkbokföringen* – se utgångspunkterna under rubriken *Förslag till bestämmelser enligt lagrådsremissen* ovan.

Socialstyrelsens bedömning utgår vidare från de kunskapsunderlag om medicinska och psykologiska förhållanden samt den analys av medicinetiska aspekter som vi inhämtat och görs primärt utifrån konsekvenser för patienten (barnet).

Nyttan och risker – kunskap saknas

Ur en etisk synvinkel ställs större krav på hälso- och sjukvården att undvika att skada patienten än att faktiskt gagna patienten, och all potentiell skada som det finns risk att tillfoga patienten måste kunna berättigas i form av en potentiellt större nytta, med tillräcklig grad av evidens [40]. När det gäller aktuella kirurgiska ingrepp i könsorganen saknas kunskap om nytta och risker med ingreppen för personer under 18 år, utifrån de underlag som Socialstyrelsen inhämtat inom ramen för uppdraget. Utifrån de vetenskapliga studier som SBU har identifierat i sin kartläggning från 2019 [15] är vår bedömning att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma nytta och risker med kirurgiska ingrepp i könsorganen hos personer med könsdysfori under 18 år.

Socialstyrelsen har heller inte, i den undersökning av klinisk verksamhet i andra länder som vi genomfört inom ramen för uppdraget, kunnat identifiera något material som belyser utfall av aktuella ingrepp på unga personer [24]. Det tycks finnas en osäkerhet om överförbarheten av de kirurgiska tekniker som i dag används på vuxna till yngre personer, och en osäkerhet om vilka resultat som kan gå att uppnå vid en sänkning av åldersgränsen, utifrån till exempel yngre personers anatomiska förhållanden [5]. Utfallet av behandlingen är vidare beroende av personens könsidentitet, vilket skapar en större osäkerhet om nytta och risk för personer under utveckling [40].

Risk för ånger

Det kan vara viktigt att väga in risken för ånger efter kirurgiska ingrepp i könsorganen, enligt den etiska analysen. En person som ångrar ett ingrepp har fått en irreversibel skada, och dessutom har vården då också lagt resurser på något som hade en mer begränsad nytta än vad som förutsågs. Samtidigt behöver inte det faktum att en person ångrar sig betyda att beslutet var felaktigt ur ett autonomiperspektiv [40]. Socialstyrelsen kan dock inte bedöma hur stor förekomsten av ånger skulle kunna vara i gruppen personer med könsdysfori under 18 år, om den gruppen gavs möjlighet till aktuella kirurgiska ingrepp i könsorganen.

Risk för förlängt lidande

Det kan bedömas vara förenat med större nytta än risk för *enstaka individer* att genomgå aktuella kirurgiska ingrepp under 18, även om vi på gruppnivå saknar underlag om nytta och risker. Enligt en systematisk översikt från 2018 [21] av det vetenskapliga underlaget för könsbekräftande kirurgi hos vuxna värderar också de flesta patienter effekterna av ingreppen högt, trots att komplikationer tycks vara vanliga. Det lidande som unga med könsdysfori kan ha kan leda till att ungdomens utveckling hämmas, att ungdomen inte kan gå i skolan, umgås med vänner, inleda relationer, känna sig bekväm med att visa sin kropp eller ha sex [41]. Att få vänta på kirurgin kan medföra att lidandet förlängs. Annan könsbekräftande behandling kan dock ges inom

könsdysforivården före 18 års ålder. Enligt Socialstyrelsens kunskapsstöd *God vård av barn och ungdomar med könsdysfori* bör hälso- och sjukvården också erbjuda samtalsbehandling, rådgivning och stöd till ungdomar med könsdysfori som genomgår somatisk behandling. Stöd från vårdnadshavare har också visat sig ha stor betydelse för den psykiska hälsan [1].

Risk för suicid

I lagrådsremissen anges att många transpersoner har psykisk ohälsa i form av suicidtankar och suicidförsök, att denna andel är betydligt högre än i befolkningen i allmänhet och att suicidförsök är vanligare i de yngre åldersgrupperna (lagrådsremissen s. 66). Av Socialstyrelsens statistik [3] kan vi utläsa att risken för självskadande beteende (inklusive suicidförsök) är förhöjd bland unga personer med könsdysforidiagnos. Det är samtidigt svårt att tolka risken för död i suicid bland personer med könsdysfori – andra samtida psykiatriska diagnoser kan vara mer uttalat bidragande faktorer till död i suicid än det faktum att en person har könsdysfori. Mellan 1998 och 2018 fick 6 334 personer någon könsdysforidiagnos i Sverige. Av dem har 39 personer dött i suicid (0,6 procent). Dessa personer hade samtidigt en mycket hög förekomst av allvarliga psykiatriska diagnoser, exempelvis skadligt bruk eller beroende av olika beroendeframkallande substanser, schizofreni eller personlighetssyndrom (såsom emotionellt instabilt personlighetssyndrom). I stort sett alla var över 18 år.

Oavsett orsakerna har hälso- och sjukvården ett generellt uppdrag att försöka förhindra suicid, liksom ett specifikt ansvar att erbjuda bästa möjliga vård, behandling och omhändertagande till personer med tankar eller planer på suicid.

Stora konsekvenser kräver hög grad av mognad

De kirurgiska ingrepp som lagrådsremissens förslag omfattar medför stora konsekvenser för den berörda individen. Ingrepp där kroppsdelar avlägsnas är irreversibla, då dessa organ inte kan återskapas. Efter skapande av en penis eller mikropenis kan till viss del könsorganet återställas, dock med irreversibla ärrbildningar [5]. Ingreppen kan också påverka personens möjlighet att bli förälder.

Utifrån att ingreppen har stora konsekvenser för den enskilde krävs en hög grad av mognad och beslutsförmåga hos den berörda individen för att kunna lämna samtycke. Eftersom det saknas kunskap om nytta och risker för personer under 18 år måste individen samtycka utifrån en större grad av osäkerhet, vilket ställer än större krav på mognad och beslutsförmåga [40].

Personer i tonåren befinner sig dock generellt i en fas av kognitiv utveckling. Detta påverkar förmågan att planera, bedöma risker och överblicka konsekvenser. Många personer i tonåren har också svårt att se långsiktiga perspektiv och mindre förståelse för att saker kan upplevas annorlunda senare eller i en annan kontext. De kan därmed, på gruppnivå, ha en sämre förmåga att fatta komplexa beslut [30].

Den mognadsbedömning som behöver göras inom vården är svår och komplex. Det går inte att sätta upp några exakta kriterier för när ett barn har nått tillräcklig mognad i förhållande till en viss vårdssituation.

Jämlikhet och rättvisa

Ur en etisk synvinkel skulle en åldersgräns kunna strida mot människovärdesprincipens likabehandlingstanke. En 18-årsgräns i det här sammanhanget kan dock motiveras genom att det finns andra relevanta skillnader än kronologisk ålder:

- personens autonoma förmåga (18 år är myndighetsåldern, då personer förväntas vara beslutskapabla i de flesta sammanhang)
- evidensläget (mer är känt om nytta och risker med ingreppen över 18 år jämfört med under 18 år) [40].

Lagrådsremissen tar också upp att vissa yngre personer har sökt sig utomlands för att på egen (eller vårdnadshavares) bekostnad genomgå behandling, ibland på rekommendation från svensk hälso- och sjukvård. Generellt accepteras dock inte ett sådant skäl för att erbjuda behandling i svensk hälso- och sjukvård. Det finns ett antal exempel på när svensk hälso- och sjukvård inte erbjuder behandling, trots att den erbjuds utomlands, av olika skäl:

- att vi har gjort en annan värdering av nytta och risk
- att vi lägger annan vikt vid evidens
- att vi inte bedömer kostnaden som rimlig i relation till nyttan
- att vi gör andra etiska ställningstaganden [40].

Allt fler unga får en könsdysforidiagnos

Sedan en sänkning av åldersgränsen för kirurgiska ingrepp i könsorganen först föreslogs i betänkandet *Juridiskt kön och medicinsk könskorrigering* (SOU 2014:91) har förutsättningarna för vården av barn och unga med könsdysfori delvis förändrats. Fler personer söker sig till vården och får en könsdysforidiagnos. Ökningen av antalet nya fall av diagnostiserade per år har framförallt skett efter 2014, även om en viss ökning sågs även tidigare. Ökningen ses främst bland unga personer (13–17 år) och särskilt bland unga med registrerat kön kvinna vid födseln [3]. Orsakerna till ökningen är okända. Vi vet inte om förekomsten av könsdysfori ökar i befolkningen, eller om ökningen beror på faktorer i samhället som gör att en större andel av dem som upplever könsdysfori söker vård för detta.

Få vetenskapliga studier har specifikt undersökt barn och unga med könsdysfori, vilket kan förklaras av att den stora ökningen har skett det senaste decenniet och den möjliga uppföljningstiden för dessa grupper är kort [15].

Förekomsten av samtidigt psykiatriska diagnoser som depressioner, ångestsjukdomar och självskadebeteende inklusive suicidförsök är hög bland de unga. Även autismdiagnoser är vanligare jämfört med befolkningen i övrigt [3]. Det handlar således om en sårbar grupp som vi i dagsläget saknar mycket kunskap om.

Eftersom det samtidigt saknas vetenskaplig och erfarenhetsbaserad kunskap om nytta och risker med ingreppen före 18 års ålder, och utifrån den osäkerhet som är förknippad med mognadsbedömningar inom vården, kan de bedömningar som kan behöva göras inom vården inför ansökan om att få

genomgå ingreppen bli svåra. I dagsläget kan det därmed bli svårt att säkerställa en fördelaktig balans mellan nytta och risker såväl för enskilda individer som på gruppnivå.

Enligt SBU:s kunskapskartläggning är den vetenskapliga aktiviteten inom könsdysforiområdet generellt hög och mer kunskap kan förväntas under de närmaste åren [15]. Ett nationellt kvalitetsregister (Könsdysforiregistret) har startat sin verksamhet och kommer med tiden att möjliggöra långsiktig uppföljning av vården och ge underlag för forskning, men är i nuläget under uppbyggnad [2].

Om tillgång till aktuella kirurgiska ingrepp ska ges till personer under 18 år finns det, ur etisk synvinkel, skäl att sådan behandling ges inom ramen för forskning utifrån behovet att stärka evidensen för behandling av den yngre populationen [40]. Det har dock inte dock ingått i Socialstyrelsens uppdrag att bedöma förutsättningarna för att bedriva sådan forskning. Ett alternativ till forskning kan vara systematisk uppföljning.

Socialnämndens roll vid ändring av det kön som framgår av folkbokföringen

Lagrådsremissens förslag

Förslag till bestämmelser enligt lagrådsremissen

Socialstyrelsens uppdrag utgår från det förslag till lag om ändring av det kön som framgår av folkbokföringen som finns i lagrådsremissen från 2018 *Vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen och ändring av det kön som framgår av folkbokföringen*:

Den som fyllt 12 år ska efter ansökan få ändra det kön som framgår av folkbokföringen. Vid en första ändring ska det inte ställas något krav på prövning av sökandes könsidentitet. Om ansökan avser ett barn som har fyllt 12 år ska ansökan göras av barnets vårdnadshavare. Ansökan ska inte få göras utan barnets skriftliga samtycke (lagrådsremissen s. 85). Ett barn som har fyllt 15 år ska ha rätt att föra sin egen talan i mål och ärenden om ändring av det kön som framgår av folkbokföringen efter egen ansökan (lagrådsremissen s. 97).

Står ett barn som har fyllt 12 år under vårdnad av två vårdnadshavare och samtycker endast den ena till en åtgärd till stöd för barnet, ska socialnämnden få besluta att åtgärden får vidtas utan den andra vårdnadshavarens samtycke om det krävs med hänsyn till barnets bästa och åtgärden gäller en ansökan om ändring av det kön som framgår av folkbokföringen (lagrådsremissen s. 117).

Barns behov av att ändra juridiskt kön

Socialstyrelsens kartläggning

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att kartlägga behovet av det förslag som lämnats i lagrådsremissen och som innebär att socialnämnden ska kunna besluta om en ansökan om ändring av det kön som framgår av folkbokföringen när en av vårdnadshavarna inte samtycker. I uppdraget anges att Socialstyrelsen ska beakta de synpunkter som Lagrådet i sitt yttrande (Lagrådet – Utdrag ur protokoll vid sammanträde 2018-10-23) lämnat i denna fråga.

Lagrådet skriver bland annat följande (sidan 39–40 i Lagrådets yttrande):

I den proposition som föregick införandet av 6 kap. 13 a § föräldrabalken (prop. 2011/12:53 s. 15 ff.) konstateras att beslut om insatser för ett barn trots att en av vårdnadshavarna motsätter sig det är ingrepp i vårdnadshavarens rättigheter. För att vara konventionsenligt måste ett sådant ingrepp vara dels nödvändigt för att tillgodose ett legitimt intresse, dels

proportionerligt på det sätt som krävs enligt artikel 8.2 i Europakonventionen. Utgångspunkten bör därför enligt propositionen vara att en inskränkning av den ena vårdnadshavarens beslutanderätt görs bara på de områden där det framkommit ett klart praktiskt behov.”
”Någon utredning som ger stöd för att så skulle vara fallet finns inte i detta lagstiftningsärende utan behovet grundas på antaganden.

Med utgångspunkt från ovan tolkar Socialstyrelsen uppdraget som att kartlägga hur behovet ser ut för barn av en sådan här lagförändring.

Det har inte varit möjligt att fokusera kartläggningen på barns behov av att få möjlighet att ändra juridiskt kön just när den ena vårdnadshavaren inte samtycker, så som uppdraget beskriver. I stället redovisas en kartläggning av hur barns behov av att ändra juridiskt kön kan se ut generellt. Detta ger ett underlag för att ge svar på det som Lagrådet efterfrågar, nämligen hur det praktiska behovet av lagförslaget ser ut.

Kartläggningen består i huvudsak av en genomgång av sådant som framkommit i remissvaren till departementspromemorian *Ändring av det kön som framgår av folkbokföringen* (Ds 2018:17) samt i svar på Socialstyrelsens mejlförfrågan till berörda intresseorganisationer och mottagningarna i landet för könsdysfori hos barn och ungdomar. Ingår gör även till exempel resultat från fokusgrupper med ungdomar som Barnombudsmannen genomfört. I Socialstyrelsens uppdrag ligger inte att göra en sammanvägd bedömning utifrån kartläggningen. För beskrivning av metod, se bilaga 1.

Lagrådsremissen

I lagrådsremissen (sidan 118) beskrivs följande:

Frågor om könsidentitet kan vara av avgörande betydelse för barns hälsa och välmående. Frågan är också en viktig del av barnets privatliv. Att barn får möjlighet att ändra det kön som framgår av folkbokföringen är något som underlättar för dem att leva i sin könsidentitet. Det finns ett klart praktiskt behov av en inskränkning i vårdnadshavarens bestämmanderätt i dessa fall. Intresset av att det kön som framgår av folkbokföringen bättre återspeglar barnets könsidentitet väger tyngre än vårdnadshavarens bestämmanderätt i frågan. Detta särskilt med hänsyn till barnets behov i en fråga av sådan privat och personlig karaktär som könsidentitet är samt den stora betydelse den har för barnets hälsa, välmående och utveckling.

SOU 2014:91

I betänkandet *Juridiskt kön och medicinsk könskorrigering* (SOU 2014:91, s. 21, 22 respektive 284) förs liknande resonemang:

Utredningens bedömning är att barn och unga inte kan ställas utan möjligheter till ändring av juridiskt kön enbart på den grunden att de är barn. Ett barnperspektiv, med utgångspunkt i barnets bästa, mänskliga rättigheter och principen om icke diskriminering innebär att ungas behov av att i förekommande fall kunna ändra juridisk kön måste erkännas.

Det är en åtgärd som skulle förenkla för unga transpersoner att röra sig i det offentliga rummet samtidigt som det kan bidra till ökad livskvalitet för gruppen, inte minst för att den unge erhåller en bekräftelse eller ett rättsligt erkännande av den egenidentifierade könsidentiteten. En möjlighet att ändra juridiskt kön kan enligt utredningen anses ha stor betydelse ur ett mänskligt perspektiv.

På grund av den betydelse som ett rättsligt erkännande av en persons egenidentifierade könsidentitet kan ha för den unge är det viktigt att socialnämnden kan besluta att en ändring får ske utan den andra vårdnadshavarens samtycke, om det krävs med hänsyn till barnets bästa.

Barnombudsmannen

Även Barnombudsmannen pekar på vilken stor betydelse det kan ha för barnet och beskriver även dess koppling till barnkonventionen.

”Att ha möjlighet att ändra det kön som framgår av folkbokföringen för att bättre återspegla könsidentiteten har stor betydelse för barns uppväxt, hälsa, välmående och förutsättningar att delta i samhällslivet.” ”Detta är helt i enlighet med barnkonventionens intentioner gällande barnets rätt till liv, överlevnad och utveckling (artikel 6), barnets rätt att behålla sin identitet (artikel 8) samt barnets rätt till bra hälsa och sjukvård (artikel 24).”

Barnombudsmannen ”vill betona vikten av att vårdnadshavarens bestämmanderätt måste ställas i relation till barnets bästa. Vid eventuell konflikt mellan vårdnadshavare och barnets vilja och behov bör inte barnets bästa åsidosättas på grund av vårdnadshavarens bestämmanderätt gällande en insats som underlättar för barnet att leva i sin rätta könsidentitet.” [42].

Barnombudsmannen har inhämtat erfarenheter från barn och unga om frågor som rör könsidentitet och intersexvariationer under två fokusgrupper med totalt sju ungdomar mellan 15 och 17 år. Ungdomarna fick bland annat diskutera utifrån följande frågeställning: *Hur ser du på behovet av att få ändra juridiskt kön innan en fyller 18 år? Hur viktigt kan det vara? Vad är det som gör det viktigt/inte viktigt?*

Samtliga ungdomar uttryckte att detta är en viktig fråga. På frågan om vad det är som gör det viktigt svarar ungdomarna att det handlar om att de blir felkönade varje gång de använder sitt personnummer, att exempelvis bli kallad för ”miss” när man reser eller att bli felkönad i vården. Det handlar, enligt ungdomarna, också om att bli rätt behandlad, att inte ifrågasättas, om empowerment och om att bli bekräftad.

Flera ungdomar delar med sig av personliga erfarenheter av utsatthet på grund av sitt juridiska kön. En tjej berättar exempelvis hur hon möts av att andra elever i skolan påpekar att ”du är inte tjej, du är kille”, och när hon rest utomlands har hon blivit indragen i ett annat rum och ifrågasatt på grund av att hennes juridiska kön inte överensstämmer med hennes könsuttryck [14].

MUCF

Myndigheten för civil- och samhällsfrågor (MUCF) förordar en lägre åldersgräns än 12 år [43]:

Myndigheten saknar övertygande argument för att den nedre åldersgränsen ska sättas vid 12 år. Ur ett barnrättsperspektiv bör barnets behov sättas i främsta rummet. Inga argument ges för att barn under 12 år med en tydligt förankrad könsidentitet som skiljer sig från det kön som framgår av folkbokföringen har ett mindre behov av att ändra detta kön än äldre barn, unga och vuxna.

Ändring av det kön som framgår av folkbokföringen är en rent administrativ process, med få potentiellt negativa konsekvenser för barnet, samtidigt som det kan förbättra levnadsvillkor och hälsa för de barn som verkligen behöver detta.

Folkhälsomyndigheten

Även Folkhälsomyndigheten är positiv till förslaget. Myndigheten beskriver att psykisk ohälsa och suicidalt beteende är vanligare bland transpersoner än befolkningen i övrigt och att unga transpersoner är särskilt utsatta. De menar att rätten att själv definiera sin könstillhörighet är ett sätt att främja hälsa och förebygga ohälsa bland personer i gruppen. [44].

Västra Götalandsregionen

Västra Götalandsregionen stödjer förslagen om att barn över 12 år ska kunna söka med endast en vårdnadshavares medgivande. De menar att detta är i enlighet med barnkonventionen och förstärker barnet som bärare av mänskliga rättigheter [45].

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

Hälso- och sjukvårdsnämnden tillstyrker inte förslagen i de delar som de menar innebär att ingen saklig prövning ska göras vid den första ansökan, trots att den sökande är under 18 år. Nämnden menar att en ändring av det juridiska könet inte bör komma i fråga innan den sökande fått tillfälle att tala igenom situationen med en medicinskt och psykologiskt sakkunnig. Nämnden menar vidare att detta är särskilt viktigt när det gäller mycket unga personer med begränsad livserfarenhet vilka kanske inte kan överblicka alla framtida konsekvenser [46].

Justitieombudsmannen

Justitieombudsmannen, JO, beskriver en tveksamhet till förslaget att den som har fyllt 12 år ska kunna få ändra juridiskt kön utan bedömning av skälen. JO menar att det framstår som oklart hur man i det enskilda fallet försäkras sig om att barnet och dess vårdnadshavare har haft ett tillräckligt underlag för sitt ställningstagande att en ändring av barnets kön i folkbokföringen skulle vara till barnets bästa [47].

RFSL och RFSL Ungdom

Flera av de organisationer som engagerar och företräder barn och ungdomar med könsdysfori pekar på vilket tydligt behov barn kan ha av att ändra sitt juridiska kön.

RFSL och RFSL Ungdom beskriver att de ser ett starkt behov hos dessa barn att ändra juridiskt kön. De grundar detta på organisationernas mångåriga kontakt med unga transpersoner, till exempel via stöd- och infomejl samt läger och träffar. Organisationen beskriver vidare att det förmodligen berör ett väldigt litet antal personer, men är väldigt viktigt för dessa. Det är en viktig del av den sociala transitionen. Det innebär en trygghet att bli korrekt bemött och omnämnd, till exempel vid uppvisande av id-handling och vid idrott och träning. Eftersom man nu kan ändra namn men inte juridiskt kön, så finns risken att den unga tvingas komma ut som trans vid uppvisande av id-handling – juridiskt kön stämmer inte med namn och könsuttryck. En del barn är väldigt oroade över detta – att bli misstrodd, ifrågasatt eller utsatt för transfobi – vilket skapar stress och kan leda till psykisk ohälsa [48, 49]. Organisationerna hade gärna sett ett slopande av åldersgränsen, eller liknande åldersgräns som i Norge, där barn från 7 år får byta juridiskt kön med en målsmans godkännande. De refererar till samtal med Föreningen FRI (Föreningen för kjønns- og seksualitetsmangfold), som bekräftar att förändringen har fått väldigt goda konsekvenser. Föräldrar till transbarn är väldigt glada att de på detta sätt kan hjälpa sina barn att må bättre och att barnen själva är glada över att få leva som de vill leva [50].

Rädda Barnens Ungdomsförbund

Rädda Barnens Ungdomsförbund resonerar på liknande vis som RFSL. De beskriver att det är mycket efterlängtat att åldersgränsen för att ändra juridiskt kön sänks. De menar att reformen kommer öka rättsskyddet för transbarn och deras specifika rättigheter och fungera suicidpreventivt och allvarligt öka folkhälsan hos denna grupp transbarn. Även Rädda Barnens ungdomsförbund förespråkar en åldersgräns på 7 år för att ändra juridiskt kön, liknande den i Norge [51].

Organisationen FPES (Föreningen för Transpersoner)

Även organisationen FPES (Föreningen för Transpersoner) resonerar på jämförbart vis. De svarar på följande sätt gällande behovet hos barn av att ändra juridiskt kön: ”Att ändra juridiskt kön är ett stort steg på vägen att må bättre, därför viktigt. Okomplicerad åtgärd som löser många psykologiska och sociala problem för den unge transpersonen. Om önskan att få leva i den andra könsrollen skulle gå tillbaka – så är åtgärden reversibel, görs med ett penndrag. Under tiden har personen mått bra, vilket är en rimlig målsättning.” Organisationen beskriver också att de förespråkar ingen åldersgräns alls nedåt för att ändra juridiskt kön [52].

RFSU

Även RFSU beskriver vikten av att barn får möjlighet att ändra juridiskt kön. ”Den bekräftelse barn kan få tidigt har en stor betydelse för barns uppväxt, hälsa, välmående och förutsättningar att delta i samhällslivet. Att unga människor inte haft tillgång till denna insats tidigare får också anses ha medfört utpräglade negativa konsekvenser för enskildas psykiska hälsa och välbefinnande. Tonåren är en viktig del av livet. För den som lider av könsdysfori är varje könsbekräftande insats vid behov av betydelse, så även en ändring av det kön som framgår av folkbokföringen.” [53].

Transammans

Transammans (Förbundet för transpersoner och närstående) ställer sig bakom remissvar från både RFSL och RFSU (se ovan) [54]. I svar på mejlförfrågan från Socialstyrelsen har organisationen beskrivit att deras erfarenheter visar att många barn och ungdomar tycker att detta med juridiskt kön är en viktig fråga, och att upplevelsen av att få vara sig själv och att andra ska se och bekräfta en som en faktiskt känner sig inte är beroende av ålder.

Transammans spred Socialstyrelsens mejlförfrågan till olika berörda Facebook-grupper. De har sedan skickat vidare femton svar till Socialstyrelsen. Svaren är framförallt från föräldrar till barn med transidentitet, men även från ungdomar och vuxna med egen erfarenhet. I alla femton svaren framkommer ett starkt och tydligt behov av att ändra det juridiska könet, ofta just kopplat till ett barn i den aktuella åldern. Tre exempel från dessa beskrivningar [55]:

Att redan som barn behöva slåss för sin rätt att vara sej själv är förödande på självbilden och självförtroendet. Att med hjälp av lagen kunna finna stöd för den egna identiteten skulle stärka många barn istället för att som nu tvingas må dåligt av att "spela upp" någon de inte känner sej som.

Jag har en 13 årig son som är född med en flickas kropp. Han har nyligen bytt namn till A. Han känner sån ångest varje gång det handlar om personnummer. Han vill inte att någon ska veta att "han är som han är" som han själv uttrycker det. Hade verkligen underlättat om man hade fått ändra sitt juridiska kön redan nu.

Livsviktigt! För mig, som nu är 16 (kom ut när jag var 12) är det jätteviktigt. Att ibland se på passet och i sammanhang där könet spelar roll vilket kön som tillskrivits en gör ont. Det är viktigt för ens egen syn på sig själv och för att dysforin skall lätta. Hade det stått att jag vore man i passet hade jag kunnat gå lite rakare.

Akademikerförbundet SSR

Akademikerförbundet SSR beskriver att de delar bedömningen att som lägst 12 år är en lämplig ålder för ändra juridiskt kön. De noterar emellertid att förhållandet när vårdnadshavarna av någon anledning inte ger samtycke är betydligt mer komplext. De vill mot denna bakgrund betona vikten av att socialtjänstens personal och förtroendevalda får kompetensutveckling i området [56].

Genid (Gender Identity Challenge Scandinavia)

Genid (Gender Identity Challenge Scandinavia) är ett nordiskt nätverk av anhöriga och föräldrar till personer med könsdysfori. Nätverket har fått möjlighet att till Socialstyrelsen beskriva sin bild av barns behov av att ändra juridiskt kön. Deras bild står i tydlig kontrast till intresseorganisationerna ovan. Om barns mer direkt uttalade behov skriver de så här [57]: "Vi har frågat hela vårt nätverk om vad de har uppfattat från sina barn vad gäller juridiskt könsbyte. Inga av våra barn eller ungdomar har överhuvudtaget

uttryckt en önskan om att byta juridiskt kön. Inte heller har de uttryckt en svårighet med att tillhöra sitt juridiska kön. Det enda som efterfrågas från barnen är den medicinska behandlingen och att få byta namn.” Därtill hänvisar GENID till Harry Benjamin Ressurssenter, en norsk organisation för transpersoner, som för nätverket har beskrivit att ”de har inte erfårit någon önskan från sina medlemmar att driva frågan om byte av juridiskt kön för barn. De har heller aldrig hört om något barn som lidit på grund av sin juridiska könstillhörighet.” Därutöver för GENID en rad resonemang som på olika sätt argumenterar för nackdelar och risker med utökade möjligheter för barn att ändra juridiskt kön. Bland annat skriver de följande: ”Ett byte av juridiskt kön kan försvåra det utforskande förhållningssättet, leda till sämre mående i ett längre perspektiv, och försvåra en återidentifiering till det biologiska könet. Vi vet också från personer som återidentifierat sig, att varje steg i transitionsprocessen gör att det succesivt blir svårare att erkänna för sig själv att könsbyte inte förbättrar det dåliga måendet. Vi anser att barn ska ges tid och möjlighet till eftertanke och att ett juridiskt könsbyte riskerar att minska den möjligheten.”

Nationella nätverket för DSD-team och Svenska barnläkarföreningen

I remissvar beskriver det nationella nätverket för DSD-team att det vore direkt olämpligt att tillåta juridiskt könsbyte för ett barn under 15 år. De hänvisar bland annat till studier som visar att en majoritet (cirka 80 procent) av de barn som uttryckt önskan om att byta kön innan puberteten, ändå stannar sedan i det ursprungliga könet.⁴ De menar också att aspekter gällande barnets mognad och möjlighet att förstå konsekvenserna av sina beslut och handlingar är viktiga i sammanhanget. Mot den bakgrunden menar de att det inte kan anses förenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet att ungdomar under 15 år ska ges möjlighet att byta juridiskt kön utan föregående psykiatrisk, psykologisk och medicinsk utredning [58]. Även Svenska barnläkarföreningen i sin helhet står bakom remissvaret. I sitt remissvar kompletterar de med bland annat följande [59]: ”Att från samhället förmedla att man från 12 år respektive 15 års ålder kan fatta välgrundade beslut om könsidentitet är inte vetenskapligt grundat och strider mot medicinsk praxis.” Även Karolinska institutet står bakom remissvaret från Nationella nätverket för DSD-team [60].

BUP Team för könsidentitetsutredningar (Region Stockholm)

Även BUP Team för könsidentitetsutredningar (Region Stockholm) avstyrkte i sitt remissvar lagförslaget, med delvis liknande resonemang som ovan från DSD-teamen [61]. Vid Socialstyrelsens möte med ansvarig chef och överläkare på BUP Team för könsidentitetsutredningar beskrevs att det utifrån deras långa kliniska erfarenheter aldrig hade framkommit att ett barn eller en ungdom lidit på grund av just fel juridiskt kön. I stället beskrev de en risk för att lagförslaget ökar risken för inlåsningseffekt, det vill säga att tröskeln för att barnet eller ungdomen ska kunna ändra sig höjs, vilket skapar ett ökat lidande. Att just ändra sig från en tidigare uppfattning om sin könsidentitet

⁴ Även exempelvis utredningsbetänkandet Transpersoner i Sverige (SOU 2017:92) hänvisar till samma studier.

beskrev de ofta leder till en existentiell kris. Med högre trösklar skulle denna kris bli mer allvarlig och svårhanterlig. De menade vidare att ur ett utvecklingspsykologiskt perspektiv är det helt normalt att ungdomar kan uppleva sig som tvärsäkra på sin könsidentitet, för att sedan ändra sig, och att det därför skulle vara viktigt att inte öka risken att låsa in dem i olika ställningstaganden [62].

Lundströmmottagningen i Alingsås (Västra Götalandsregionen)

Lundströmmottagningen beskriver att bland personer under 15 år har man inte upplevt något tryck alls i frågan om att ändra juridiskt kön. Samtidigt beskrivs att några av deras patienter säkert med glädje skulle ta möjligheten om den fanns. Man beskriver vidare att det stora trycket på att ändra juridiskt kön är hos de som är från 15 år [63]: ”Kanske skulle en del av dem vara hjälpta av att få byta kön och då inte fortsatt lägga lika mycket tryck på utredning och behandling, men kanske skulle möjligheten att få byta juridiskt kön istället förstärka/befästa situationen för andra.”

Könsidentitetsmottagningen på Akademiska sjukhuset i Uppsala

Från Könsidentitetsmottagningen på Akademiska beskriver man att fram till cirka 10–12 års ålder är det vissa som inte har funderat på juridiskt kön alls och andra som tidigt uppger att det är viktigt och att deras mående påverkas av att inte kunna ändra juridiskt kön. Man beskriver vidare att det förefaller bli viktigare ju äldre barnen och ungdomarna blir, att de då hamnar i fler situationer där de förväntas visa upp sin legitimation och själva ha kontakt med myndigheter, och att det i enstaka fall kan vara viktigt även för yngre barn, men att det inte är fallet för merparten av de yngre barn de träffar. När mottagningen ombeds att sätta ord på varför det kan vara viktigt för vissa barn och ungdomar, så beskriver de att den upplevda och faktiska risken att felkönas och ifrågasättas för många leder till stark oro i alla situationer med vård, myndigheter, resor mm. En del utvecklar starka undvikanden utifrån detta, och blir i vissa fall socialt isolerade. ”Att möjliggöra juridiskt könsbyte för ungdomar skulle troligen minska risken för ökad oro/ångest hos ungdomen och stigmatisering från omgivningen.” Vid en förfrågan till mottagningen att resonera kring eventuella risker eller nackdelar med lagförslaget skriver de bland annat att de har haft ett fåtal patienter som upplevt att det var jobbigt att ”komma ut igen” och haft en oro för hur omgivningen skulle reagera vid en andra social transition. Samtidigt hänvisar man till dialog med kollegor i Norge⁵, som beskriver att de inte kommit i kontakt med några unga som ångrat sin ändring av juridiskt kön. Könsidentitetsmottagningen avslutar med att konstatera att man ser stora vinster med att tidigare kunna ändra juridiskt kön på ett smidigt sätt, som inte behöver involvera vården. Men att man är mer fundersamma till att det för unga personer skulle krävas en utredning för att få en andra ändring. Man menar att den delen av förslaget riskerar att leda till ”inlåsningseffekter” [64].

⁵ Det har i Norge sedan 2016 varit möjligt för barn från 7 år att ändra sitt juridiska kön.

Akademiska sjukhuset i Uppsala

I remissvar från Akademiska sjukhuset i Uppsala beskrevs bland annat följande [65]:

Att enkelt ändra kön i folkbokföringen för barn och ungdomar redan från 12 års ålder ser vi inte som självklart. Tonåren är per definition en intensiv tid då identiteten utvecklas, en process med olika faser. Möjligheten eller rättigheten till ändring i folkbokföringen i ung ålder kan bidra till ökad förvirring i den känsliga åldern.

Ytterligare en viktig aspekt är att en ökande andel av vårdsökande för könsdysfori (nu kring 30 procent) har en neuropsykiatrisk komorbiditet (framförallt med autism), något som är förenlig med en försening av kognitiv och sexuell utveckling med flera år jämfört med ungdomar utan komorbiditet. Det betyder att för dessa ungdomar blir det ännu svårare att fatta livsavgörande beslut när deras psykosexuella mognad och identitet är långt ifrån färdigutvecklade.

Resultat från litteratursökning

Socialstyrelsen har kunnat ta del av resultatet av den litteratursökning som gjorts på uppdrag av regeringens utredare inom *Uppdrag inför fortsatt lagstiftningsarbete om ändring av det kön som framgår av folkbokföringen S2019/03901/FS*) på temat ”ungas hälsa och välmående kopplat till att kunna få ändra det juridiska könet” [66]. Sökningen gav inga träffar som berörde just kopplingen mellan att ändra juridiskt kön och barnets eller ungdomens hälsa och välmående. Däremot hittades några studier som berörde barn och ungdomars erfarenheter av social transition i samband med könsdysfori och dess koppling till den psykiska hälsan. Social transition är begreppet för när en person lever i enlighet med sin könsidentitet (se utredningsbetänkandet *Transpersoner i Sverige* (SOU 2017:92) s. 226). Var och en av studierna tyder på att social transition är positivt för barnets eller ungdomens psykiska hälsa. Liknande resultat pekar man på i utredningsbetänkandet (s. 227). Att ändra juridiskt kön kan ses som en konkret och praktisk del av en social transition.

Hur många barn och ungdomar kan vara i behov av att ändra juridiskt kön?

Antalet barn och ungdomar som skulle kunna vara intresserade av att ändra sitt juridiska kön är väldigt svårt att få en uppfattning om. Antalet personer som definierar sig som transpersoner är okänt [67]. Vissa studier kan möjligen ge en fingervisning om hur många barn och ungdomar som definierar sig som transperson eller är osäkra gällande sin könsidentitet. Studier från Nya Zeeland respektive USA visar på att drygt 1 procent av ungdomar definierade sig transpersoner [68]. Resultaten från Folkhälso-myndighetens nationella representativa folkhälsoundersökning, Hälsa på lika villkor (HLV) från år 2015, visade att i befolkningen i stort rapporterade 0,4 procent transidentitet [69]. Större populationsstudier från Nederländerna och Belgien visar att cirka 2–4 procent av befolkningen har ambivalent

könsidentitet [67]. Enligt folkhälsoenkäten i Stockholms län svarade år 2014 cirka 6 procent av de mellan 22–29 år att det stämde till viss del eller helt att de skulle vilja leva som eller bli behandlad som en person av annat kön (motsvarande siffra för hela befolkningen var knappt 3 procent) [70]. I MUCF:s nationella ungdomsenkät år 2018 var knappt 4 procent av de svarande unga (16–25 år) som definierade sig som transpersoner, var osäkra eller som inte definierade sig som kille/tjej [71].

Notera att när det gäller lagförslaget så är det en mer begränsad grupp än i studierna ovan som det berör. Lagförslaget berör enbart barn som önskar att ändra juridiskt kön och där den ena vårdnadshavaren inte samtycker.

Sammanfattning kartläggning

Socialstyrelsen har gjort en kartläggning av hur behovet ser ut för barn av de föreslagna lagförändringarna.

Kartläggningen består i huvudsak av en genomgång av sådant som framkommit i remissvaren till departementspromemorian *Ändring av det kön som framgår av folkbokföringen* (Ds 2018:17) samt i svar på Socialstyrelsens mejlförfrågan till berörda intresseorganisationer och mottagningarna i landet för könsdysfori hos barn och ungdomar. Ingår gör även till exempel resultat från fokusgrupper med ungdomar som Barnombudsmannen genomfört.

Kartläggningen visar att det råder tydligt skilda meningar i frågan.

De flesta intresseorganisationer (till exempel RFSL, FPES, Rädda barnen) beskriver hur betydelsefullt det skulle vara för barn att ha möjligheten att ändra kön, och vilken risk det innebär för deras psykiska hälsa att som nu behöva leva med ett annat juridiskt kön än det upplevda. Liknande resonemang förs av flera myndigheter (till exempel MUCF, Barnombudsmannen och Folkhälsomyndigheten) och framkommer även i betänkandet *Juridiskt kön och medicinsk könskorrigering* (SOU 2014:91). Barn och ungdomars egna beskrivningar av hur viktigt det kan vara med att ändra juridiskt kön framkommer bland annat från Barnombudsmannen och organisationen Transammans.

Samtidigt finns flera andra aktörer som tydligt argumenterar emot de aktuella förslagen, och i stället ser risker och nackdelar.

BUP Team för könsidentitetsutredningar inom Region Stockholm och Nationella nätverket för DSD-team är de inom hälso- och sjukvården som tydligast argumenterar mot de aktuella förslagen. De pekar bland annat på att förslagen innebär högre trösklar för de som ändrar sig efter att ha önskat att byta kön, vilket leder till ett ökat lidande. BUP Team för könsidentitetsutredningar inom Region Stockholm beskrev att det utifrån deras erfarenheter aldrig framkommit att ett barn eller en ungdom lidit på grund av just fel juridiskt kön. Remissvaret från Nationella nätverket för DSD-team står även Karolinska institutet och Svenska barnläkarföreningen bakom.

Andra mottagningar för könsdysfori hos barn och ungdomar är inte på samma sätt tydligt emot förslagen. Lundströmsmottagningen i Alingsås och Könsidentitetsmottagningen på Akademiska sjukhuset i Uppsala beskriver både risker och möjligheter med förslagen.

Justitieombudsmannen och Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd är de enda två nationella myndigheter som i remissvaren tydligt argumenterat emot förslagen.

Ytterligare en aktör som tydligt är emot förslagen är Genid – ett nordiskt nätverk av anhöriga och föräldrar till personer med könsdysfori. De resonerar på liknande vis som BUP Team för könsidentitetsutredningar inom Region Stockholm och Nationella nätverket för DSD-team, enligt ovan.

I kartläggningen har även ingått en litteratursökning. Sökningen gav inga träffar som berörde just kopplingen mellan att ändra juridiskt kön och barnets eller ungdomens hälsa och välmående. Däremot hittades några studier som berörde barn och ungdomars erfarenheter av social transition, som tyder på att social transition är positivt för barnets eller ungdomens psykiska hälsa. Att ändra juridiskt kön kan ses som en konkret och praktiskt del av en social transition.

Antalet barn och ungdomar som skulle kunna vara intresserade av att ändra sitt juridiska kön är svårt att få en uppfattning om. Skilda studier pekar på att mellan 0,4–6 procent av ungdomar och unga vuxna på olika sätt beskriver en ambivalens kring sin könsidentitet. Lagrådsremissens förslag berör enbart barn som önskar att ändra juridiskt kön och där den ena vårdnadshavaren inte samtycker.

Analys av om kompetensen finns inom socialtjänsten

Socialstyrelsen har även fått i uppdrag att analysera om den kompetens som krävs för att socialnämnden ska kunna besluta om en ansökan om ändring av det kön som framgår av folkbokföringen när en av vårdnadshavarna inte samtycker finns inom socialtjänsten.

Lagrådet lyfte i sitt yttrande upp dåvarande SKL:s remissvar och skrev bland annat följande. ”För att socialnämnden ska kunna besluta i en fråga där vårdnadshavare normalt har både rätten och skyldigheten att bestämma och komma överens, krävs beslutsunderlag som påvisar att en ändring av kön i folkbokföringen är till barnets bästa. För att socialnämnden ska kunna ta ställning behövs kompetens och kunskap. SKL:s bedömning är att detta i dagsläget inte finns i landets kommuner” (sidan 39 i Lagrådets yttrande).

Lagrådet uttryckte också följande vad gäller 6 kap. 13 a § föräldrabalken. ”Till detta kommer att de åtgärder som omfattas av dagens reglering avser att se till att olika nödvändiga utredningar kommer till stånd eller att behandling och stöd ges. Att ge ett medgivande till att en ansökan om ändring av det kön som framgår av folkbokföringen får lämnas in till Skatteverket är av en helt annan karaktär. Som framgått begränsas Skatteverkets prövning till en rent formell sådan. I den situation som den föreslagna paragrafen reglerar så kommer det således i realiteten att vara socialnämnden som beslutar om ett barn ska få ett ändrat kön eller inte” (sidan 41 i Lagrådets yttrande).

Kompetensen inom socialtjänsten och socialtjänstens bedömningar

Av socialtjänstlagen (2001:453), SoL, framgår att det inom socialtjänsten ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet för utförande av uppgifter inom socialtjänsten (3 kap. 3 §).

Enligt 3 kap. 3 a § SoL ska socialnämnden använda handläggare som har avlagt svensk socionomexamen eller annan relevant examen på minst grundnivå i högskolan för utförande av sådana uppgifter inom socialtjänsten rörande barn och unga som innefattar

1. bedömning av om utredning ska inledas
2. utredning och bedömning av behovet av insatser eller andra åtgärder, eller
3. uppföljning av beslutade insatser.

Socialnämnden ansvarar för att den handläggare som självständigt utför arbetsuppgifter som avses i andra stycket har tillräcklig erfarenhet för uppgiften.

Det professionella arbetet i den sociala barn- och ungdomsvården styrs av barnets eller den unges bästa och genomförs tillsammans med barn, unga och deras närstående. Kärnan i det sociala arbetet är möten för positiva och varaktiga förändringar. Det gäller också i komplexa situationer där förhållandena kan vara osäkra och det kanske inte går att få samtycke till insatser [72].

Inom socialnämndens ansvarsområde finns olika verksamheter och frågor med en stor variation av uppgifter som riktar sig till olika målgrupper och problemområden. I sitt remissvar inför införandet av 6 kap. 13 a § föräldrabalken ansåg Socialstyrelsen att det finns starka skäl som talar för att socialnämnden har störst förutsättningar att göra en helhetsbedömning av barnets situation och besitter den särskilda kompetens som krävs för att göra svåra avvägningar som är nödvändiga för att kunna fastställa vad som är bäst för barnet [73].

Handläggare inom socialtjänsten hanterar ofta komplexa sociala problem och gör kvalificerade bedömningar. Arbetet handlar många gånger om att fatta svåra beslut, som för barn och deras föräldrar innebär ett stort ingripande. Ansvaret omfattar ett stort antal arbetsuppgifter, från att bedöma om en utredning ska inledas eller inte, till att utreda och bedöma behovet av insatser, föreslå insatser eller andra åtgärder och sedan följa upp de beslutade insatserna och åtgärderna (se proposition 2012/13:175, *Vissa frågor om behörighet för personal i hälso- och sjukvården och socialtjänsten*, s 51).

Av SoL framgår att barnets bästa särskilt ska beaktas vid åtgärder som rör barn, samt att vad som är bäst för barnet ska vara avgörande vid beslut eller andra åtgärder som rör vård- eller behandlingsinsatser för barn (1 kap. 2 §). I förarbetena anges att vad som är barnets bästa inte är närmare definierat i SoL och att det inte heller i barnkonventionen finns någon definition. Bedömningen av barnets bästa är en process med flera steg. Dels ska man beakta vetenskap och beprövad erfarenhet samt inhämta underlag från närstående och yrkespersoner som har kunskap om barnet. Dels ska man beakta det som barnet själv ger uttryck för i enlighet med barnkonventionens artikel 12 (prop. 2012/13:10, *Stärkt stöd och skydd för barn och unga*, s 36).

När vårdnadshavare inte är överens om vissa åtgärder till stöd för ett barn, får socialnämnden enligt 6 kap. 13 a § föräldrabalken besluta att åtgärden får vidtas utan den andra vårdnadshavarens samtycke, om det krävs med hänsyn till barnets bästa.

Inför införandet av bestämmelsen resonerade regeringen om varför det var lämpligt att just socialnämnden skulle ges uppgiften att ta dessa beslut. Regeringen menade att socialnämnden har bäst förutsättningar att utreda frågorna och göra en helhetsbedömning av barnets situation. Socialnämnden har också erfarenhet av att i samband med samarbetsamtal och vårdnadsutredningar hjälpa föräldrar att komma överens. Vidare kan socialnämndens beslut fattas relativt snabbt, vilket är betydelsefullt i de här fallen. Dessutom får nämnden en god överblick över barnets situation och kan avgöra om det, utöver eller i stället för ett beslut om samtycke till en insats, krävs initiativ till ensam vårdnad eller till insatser enligt LVU (se proposition. 2011/12:53, *Barns möjlighet att få vård*, s 17).

Vad gäller de bedömningar av barnets bästa som behöver göras uttryckte regeringen (prop. 2011/12:53 s 16–17) att det bör ske en prövning av barnets behov med beaktande av omständigheterna i det enskilda fallet. Vårdnadshavarens inställning och anledningen till den får vägas mot åtgärdens betydelse för barnet. Vårdnadshavaren kan ha beaktansvärda skäl för sin inställning. Den ena vårdnadshavaren kan i och för sig instämma i att barnet behöver vård men anse att vården bör ges på annat sätt eller inte bör inledas förrän senare. En utgångspunkt bör vara att båda vårdnadshavarnas uppgifter ska tas på lika stort allvar. Liksom när det gäller andra beslut som rör barn bör barnets egen vilja beaktas med hänsyn tagen till hans eller hennes ålder och mognad. Risken att barnet hamnar i en lojalitetskonflikt gentemot föräldrarna bör också beaktas.

Vad gäller vård och behandling enligt hälso- och sjukvårdslagen konstaterade regeringen att socialnämnden inte är involverad på samma sätt. Men även när det gällde beslut om samtycke gällande åtgärder inom hälso- och sjukvården kunde regeringen, även om det inte var lika givet, se fördelar med att besluten skulle fattas av socialnämnden. Det rör sig, menade regeringen, om utredningar och behandlingar som ligger nära de insatser som kan ges inom socialtjänsten. Det kan till exempel behöva bedömas om det är en insats inom BUP eller en insats inom socialtjänsten som krävs. Socialnämnden har också vana att se till barnets hela livssituation på det sätt som här behövs. Nämndens bedömning får förstås baseras på uppgifter som hämtats in från vårdgivaren (prop. 2011/12:53 s 17–18).

Ansökan om ändring av det kön som framgår av folkbokföringen

Socialtjänsten besitter, som har beskrivits ovan, kunskap om att utreda barns behov av stöd och bedöma barnets bästa. För att utreda barnets bästa då socialnämnden ska kunna besluta om en ansökan om ändring av det kön som framgår av folkbokföringen när en av vårdnadshavarna inte samtycker, behöver socialtjänsten utgå från sedvanligt utredningsförfarande. Mot bakgrund av att ansökan om ändring av juridiskt kön sannolikt kommer vara relativt ovanligt som frågeställning i socialtjänstens utredningar (och endast relevant vad gäller barn där en av vårdnadshavarna inte samtycker) kommer utredande socialsekreterare ha varierande kunskap om området.

En utmaning, som Socialstyrelsen förstår det, kan också bli att socialnämnden kan komma att behöva ta ställning utan underlag från

exempelvis en vårdgivare. I varje fall när det rör sig om en första ändring, då det enligt lagrådsremissens förslag i dessa fall inte ska ställas något krav på prövning av sökandes könsidentitet. Detta utgör såvitt Socialstyrelsen kan förstå en skillnad gentemot situationen vad gäller den ovan beskrivna situationen som rör åtgärder inom hälso- och sjukvården, där regeringen i förarbetena konstaterade att nämndens bedömning får baseras på uppgifter som hämtats in från vårdgivare.⁶

Utifrån detta bedömer Socialstyrelsen att socialtjänsten kan antas komma att behöva viss specifik kunskap och information vad gäller denna typ av ärenden. Det handlar dels om viss juridisk kunskap. Förutom information om innehållet i 6 kap. 13 a § föräldrabalken kan det handla om information om lagstiftningen kring barn och unga som reglerar frågor dels om kön i folkbokföringen, dels om kirurgiska ingrepp och annan vård och behandling, för att sätta beslutet om juridiskt kön i sitt sammanhang.

Dels handlar det om kunskap om själva sakfrågan. Socialtjänsten kan antas behöva övergripande kunskap om könsidentitetsutveckling och könsdysfori hos barn, samt hur barnets mående och utveckling kan påverkas. Likaså vilka variabler som indikerar att en önskan om att ändra juridiskt kön är väl grundad. Även kortfattad information om olika typer av behandling som ges före 18 års ålder respektive efter 18 års ålder kan antas behövas, liksom viss kännedom om vanliga konsekvenser av en ändring av juridiskt kön samt en översikt av vilka instanser som besitter specifik kompetens inom området för konsultation till en utredande socialsekreterare eller information till det barn och/eller förälder det gäller.

Socialstyrelsens förslag på åtgärder som krävs för att genomföra bestämmelsen.

I uppdraget anges att Socialstyrelsen vid behov ska lämna förslag på åtgärder som myndigheten bedömer krävs för att genomföra bestämmelsen. Socialstyrelsen bedömer att socialtjänsten kan antas komma att behöva viss specifik kunskap och information vad gäller denna typ av ärenden. Detta har beskrivits ovan.

Då bestämmelsen i 6 kap 13 a § föräldrabalken nyligen hade införts, tog Socialstyrelsen fram meddelandebladet ”Barnets möjligheter att få hälso- och sjukvård samt sociala insatser när vårdnadshavarna inte är överens (Nr 10/2012)”. Förslagsvis kan detta meddelandeblad kompletteras i de delar det behövs. Socialstyrelsens meddelandeblad innehåller nyheter från myndigheten, ofta om juridiska frågor. Som ovan har beskrivits bedömer Socialstyrelsen att socialtjänsten kommer behöva också annan information är juridisk. En lämplig plats för publicering av sådan information kan vara Kunskapsguiden.se eller Socialstyrelsens webbplats.

⁶ I sitt remissyttrande (dnr 6139/2011) ansåg Socialstyrelsen, vad gällde psykiatrisk eller psykologisk utredning eller behandling, att det många gånger kan bli svårt för socialnämnden att utan föregående yttrande från hälso- och sjukvården avgöra om ett barn behöver behandling. Däremot, angav Socialstyrelsen vidare, bör det för nämnden vara möjligt att göra en bedömning av barnets behov och ta ställning till om det behövs en psykiatrisk eller psykologisk utredning.

Referenser

1. God vård av barn och ungdomar med könsdysfori : nationellt kunskapsstöd. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
2. Årsrapport Könsdysforiregistret 2018.
3. Utvecklingen av diagnosen könsdysfori. Förekomst, samtidiga psykiatriska diagnoser och dödlighet i suicid 2020.
4. God vård av vuxna med könsdysfori : nationellt kunskapsstöd. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
5. Kratz, G. PM. Kirurgiska ingrepp i genitalia vid könsbekräftande kirurgi. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
6. Barnombudsmannens yttrande över departementspromemoria Vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen (Ds 2018:11).
7. Yttrande från RFSL och RFSL Ungdom (som även Transammans ställer sig bakom) över departementspromemoria Vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen (Ds 2018:11).
8. Mejlsvar från Lundströmmottagningen, Alingsås, till Socialstyrelsen, 2020.
9. Mejlsvar från könsidentitetsteamet BUP Västerbotten, Umeå, till Socialstyrelsen. 2020.
10. Mejlsvar från Könsidentitetsmottagningen, Akademiska sjukhuset, Uppsala, till Socialstyrelsen. 2020.
11. Mejlsvar från BUP mottagning för könsinkongruens och könsdysfori, Karolinska Institutet. 2020.
12. Karolinska universitetssjukhusets yttrande över departementspromemoria Vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen (Ds 2018:11).
13. Yttrande från BUP Team för könsidentitetsutredningar över departementspromemoria Vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen (Ds 2018:11).
14. PM. Redovisning av Socialstyrelsens frågeställningar till Barnombudsmannens fokusgrupper. BO dnr 2019-0271. 2020.
15. Könsdysfori hos barn och unga - En kunskapskartläggning. SBU bereder. Rapport 307/2019.
16. Rodriguez-Wallberg, K. PM. Tekniska möjligheter att frysa in och använda könsceller. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
17. Cohen-Kettenis, PT, van Goozen, SH. Sex reassignment of adolescent transsexuals: a follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1997; 36(2):263-71.
18. de Vries, ALC, McGuire, JK, Steensma, TD, Wagenaar, ECF, Doreleijers, TAH, Cohen-Kettenis, PT. Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*. 2014; 134(4):696-704.
19. Smith, YL, van Goozen, SH, Cohen-Kettenis, PT. Adolescents with gender identity disorder who were accepted or rejected for sex reassignment surgery: a prospective follow-up study. *Journal of the*

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2001; 40(4):472-81.
20. Yolanda L. S, S, Leo, C, Peggy T, C-K. Postoperative Psychological Functioning of Adolescent Transsexuals: A Rorschach Study. *Archives of Sexual Behavior*. 2002; (3):255.
 21. Georgas, K. Gender affirmation surgery for gender dysphoria : effects and risks. Göteborg: [HTA-centrum], Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Västra Götalandsregionen; 2018.
 22. Dhejne, C, Oberg, K, Arver, S, Landen, M. An analysis of all applications for sex reassignment surgery in Sweden, 1960-2010: prevalence, incidence, and regrets. *Arch Sex Behav*. 2014; 43(8):1535-45.
 23. Wiepjes, CM, Nota, NM, de Blok, CJM, Klaver, M, de Vries, ALC, Wensing-Kruger, SA, et al. The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972-2015): Trends in Prevalence, Treatment, and Regrets. *The journal of sexual medicine*. 2018; 15(4):582-90.
 24. Sirona. Internationell utblick avseende kirurgiska ingrepp i underlivet på barn och unga med könsdysfori. Rapport på uppdrag av Socialstyrelsen. 2019.
 25. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People. 2012. Hämtad 20200312 från: <https://wpath.org/publications/soc>
 26. Claudia Wiesemann, presentation vid Smers konferens den 6 februari 2020 samt mejl till Socialstyrelsen februari 2020.
 27. Svenska barnläkarföreningen. Hämtad från: <https://endodiab.barnlakarforeningen.se/tillvaxt/barnets-tillvaxt-och-mognadsperioder/pubertetsutveckling/>
 28. Hwang, P, Frisén, A, Nilsson, B. Ungdomar och unga vuxna : utveckling och livsvillkor. Stockholm: Natur & Kultur; 2018.
 29. Sapolsky, R. Varför betar vi oss som vi gör. *Biologin bakom människans bästa och sämsta sidor*. Stockholm: Natur och kultur; 2018.
 30. Bedöma barns mognad för delaktighet : kunskapsstöd för socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt tandvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
 31. Eslinger, PJ, Flaherty, C. Executive functions and behavior across the lifespan. I: Rizzo M, Anderson S, Fritsch B, red. *The Wiley handbook on the aging mind and brain*: Wiley-Blackwell; 2018. s. 255-69.
 32. *Executive functions and the frontal lobes*. Taylor & Francis New York [u.a.] United States; 2008.
 33. SFBUP Riktlinje Depression 2014. 2014. Hämtad från: <http://www.sfbup.se/wp-content/uploads/2017/01/SFBUPRiktlinjeDepression2014.pdf>
 34. SFBUP riktlinje ångest- och tvångssyndrom 2017. Hämtad från: <http://www.sfbup.se/wp-content/uploads/2017/04/Riktlinje-A%CC%8Angest-och-tva%CC%8Ang-Webb3.pdf>
 35. Riksförbundet Attention. Hämtad 20200311 från: <https://attention.se/npf/aspergers-syndrom/>

36. Socialstyrelsens dialogmöte med professionen inför uppdatering av kunskapsstöd om könsdysfori, Stockholm 2019-06-14.
37. Dokumentation av barnets bästa inom socialtjänsten. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
38. Att samtala med barn : kunskapsstöd för socialtjänsten, hälso- och sjukvården och tandvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
39. Appelbaum, PS, Grisso, T. Assessing patients' capacities to consent to treatment. The New England journal of medicine. 1988; 319(25):1635-8.
40. Sandman, L. PM. Etisk analys av sänkt åldersgräns vid underlivskirurgi. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
41. Socialdepartementets promemoria Vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen (Ds 2018:11).
42. Barnombudsmannens yttrande över departementspromemoria Ändring av det kön som framgår av folkbokföringen (Ds 2018:17).
43. Myndighetens för civil- och samhällsfrågor (MUCF) yttrande över departementspromemoria Ändring av det kön som framgår av folkbokföringen (Ds 2018:17).
44. Folkhälsomyndighetens yttrande över departementspromemoria Ändring av det kön som framgår av folkbokföringen (Ds 2018:17).
45. Yttrande från Västra Götalandsregionen över departementspromemoria Ändring av det kön som framgår av folkbokföringen (Ds 2018:17).
46. Yttrande från Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd över departementspromemorian Ändring av det kön som framgår av folkbokföringen (Ds 2018:17).
47. Justitieombudsmannens yttrande över departementspromemoria Ändring av det kön som framgår av folkbokföringen (Ds 2018:17).
48. Mejlsvar från RFSL till Socialstyrelsen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
49. Mejlsvar från RFSL Ungdom till Socialstyrelsen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
50. Yttrande från RFSL och RFSL Ungdom (som även Transammans ställer sig bakom) över departementspromemoria Ändring av det kön som framgår av folkbokföringen (Ds 2018:17).
51. Yttrande från Rädda barnens Ungdomsförbund över departementspromemorian Ändring av det kön som framgår av folkbokföringen (Ds 2018:17).
52. Mejlsvar från FPES till Socialstyrelsen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
53. RFSU:s yttrande (som även Transammans ställer sig bakom) över departementspromemoria Ändring av det kön som framgår av folkbokföringen (Ds 2018:17).
54. Transammans yttrande över departementspromemoria Ändring av det kön som framgår av folkbokföringen (Ds 2018:17).
55. Mejlsvar från Transammans till Socialstyrelsen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
56. Yttrande från Akademikerförbundet SSR över departementspromemoria Ändring av det kön som framgår av folkbokföringen (Ds 2018:17).

57. Mejlsvar från nätverket GENID till Socialstyrelsen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
58. Yttrande från Nationella nätverket för DSD-team över departementspromemoria Ändring av det kön som framgår av folkbokföringen (Ds 2018:17)
59. Yttrande från Svenska barnläkarföreningen över departementspromemoria Ändring av det kön som framgår av folkbokföringen (Ds 2018:17)
60. Karolinska institutets yttrande över departementspromemoria Ändring av det kön som framgår av folkbokföringen (Ds 2018:17).
61. Yttrande från BUP-team för könsidentitetsutredningar (SLL) över departementspromemoria Ändring av det kön som framgår av folkbokföringen (Ds 2018:17)
62. Möte med ansvariga på BUP team för könsidentitetsutredningar, Karolinska universitetssjukhuset, Solna, 2019-12-06. Socialstyrelsen; 2019.
63. Mejlsvar från Lundströmmottagningen, Alingsås, till Socialstyrelsen. Socialstyrelsen; 2019.
64. Mejlsvar från Könsidentitetsmottagningen, Akademiska sjukhuset i Uppsala, till Socialstyrelsen 2019-12-16, 2019-12-17 och 2020-02-07. Socialstyrelsen; 2019.
65. Yttrande från Akademiska sjukhuset över departementspromemoria Ändring av det kön som framgår av folkbokföringen (Ds 2018:17).
66. Dokumentation av litteratursökning, från Socialdepartementets utredare till Socialstyrelsen december 2019. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
67. Rätten till hälsa: hur normer och strukturer inverkar på transpersoners upplevelser av sexuell hälsa. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2016.
68. Connolly, MD, Zervos, MJ, Barone, CJ, 2nd, Johnson, CC, Joseph, CL. The Mental Health of Transgender Youth: Advances in Understanding. The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine. 2016; 59(5):489-95.
69. Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner: en rapport om hälsoläget bland transpersoner i Sverige. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2015.
70. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin. Faktablad 2018:3. Hämtad från:
<https://www.ces.sll.se/globalassets/verksamheter/forskning-och-utveckling/centrum-for-epidemiologi-och-samhallsmedicin/folkhalsoguiden/rapporter-och-faktablad/faktablad-2018.3.konsinkongruens.pdf>
71. Olika verkligheter. Unga hbtq-personer om sina levnadsvillkor. MUCFPOCKET. 2019. Hämtad 20200131 från:
https://www.mucf.se/sites/default/files/publikationer_uploads/olika-verkligheter-2019.pdf
72. Ensamkommande barn och unga. Handbok för socialtjänsten. Socialstyrelsen. 2020.
73. Socialstyrelsens yttrande över departementspromemorian Barns rätt till vård och sociala insatser stärks (Ds 2011:5, Dnr 6139/2011).

Bilaga 1. Metodbeskrivning

Åldersgräns för vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen

Beskrivningen av de ingrepp i könsorganen som omfattas av lagrådsremissens förslag utgår ifrån den beskrivning som finns i Socialstyrelsens kunskapsstöd från 2015 *God vård av vuxna med könsdysfori* [4] och har uppdaterats av extern sakkunnig (Gunnar Kratz, professor och överläkare, Universitetssjukhuset i Linköping samt vetenskapligt råd vid Socialstyrelsen) som deltog i arbetet med kunskapsstödet.

Beskrivningen av behovet av de kirurgiska ingrepp som omfattas av lagrådsremissens förslag utgår ifrån den sammanfattning utifrån samtal med intresseorganisationer och sakkunniga som återfinns i departementspromemorian *Vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen* (Ds 2018:11) och remissvar till samma promemoria från intresseorganisationer. Socialstyrelsen har här också inhämtat information från de team som utreder barn och unga med könsdysfori.

Transungdomars syn på möjligheten till kirurgi före 18 års ålder har inhämtats genom Barnombudsmannens och Statens medicin-etiska råds fokusgrupper med unga transpersoner under december 2019. Syftet med fokusgrupperna var att skaffa kunskap om hur transungdomar upplever den könsbekräftande vården. Totalt deltog sju personer mellan 15 och 17 år, uppdelade i två grupper. Socialstyrelsen fick möjlighet att skicka med några frågor till fokusgrupperna, bland annat om ungdomarnas syn på möjligheten till kirurgi före 18 års ålder. Barnombudsmannen har återrapporterat svaren på dessa frågor till Socialstyrelsen i en separat skrivelse [14]. Se vidare denna skrivelse för fullständig metodbeskrivning.

Underlaget om vad som är känt om antal personer med könsdysforidiagnos, psykisk ohälsa inom gruppen och risk för suicid har hämtats från Socialstyrelsens rapport från 2020 *Utvecklingen av diagnosen könsdysfori* [3]. Den rapporten baseras i sin tur på individbaserade uppgifter som inrapporteras till myndighetens nationella register. Se vidare Socialstyrelsens rapport.

Extern sakkunnig (Gunnar Kratz, professor och överläkare, Universitetssjukhuset i Linköping samt vetenskapligt råd vid Socialstyrelsen) har tagit fram en beskrivning av generella konsekvenser av de kirurgiska ingrepp som omfattas av förslaget enligt lagrådsremissen samt en bedömning av hur förutsättningarna att genomföra aktuella ingrepp i könsorganen skulle förändras om åldersgränsen sänktes från 18 till 15 år.

Beskrivningen av tekniska möjligheter att frysa och använda könsceller utgår ifrån den beskrivning som finns i Socialstyrelsens kunskapsstöd från 2015 *God vård av vuxna med könsdysfori* [4] och har uppdaterats av extern sakkunnig (Kenny Rodriguez-Wallberg, överläkare, Karolinska universitetssjukhuset) som deltog i arbetet med kunskapsstödet.

Vetenskapligt underlag om nytta och risker av kirurgiska ingrepp i könsorganen vid könsdysfori är hämtat från SBU:s kunskapskartläggning från 2019 *Könsdysfori hos barn och unga* [15].

Underlaget om erfarenheter från klinisk verksamhet i andra länder är framtaget av extern konsult på uppdrag av Socialstyrelsen. Konsulten fick i uppgift att identifiera, samla in och sammanfatta eventuellt material som belyser utfall av de aktuella kirurgiska ingreppen i underlivet på unga personer med könsdysfori, primärt personer under 18 år men även under 25 år. Utvärderings- eller uppföljningsrapporter, sammanställningar av registerdata (till exempel årsrapporter från register) och liknande eftersöktes från Nederländerna, Storbritannien, Kanada, Australien och USA. Utifrån sökningar på internet och kontaktpersoner skapades en lista på myndigheter, kliniker, organisationer och personer som på olika sätt var involverade i frågor gällande transsexualitet, könsdysfori och underlivskirurgi. Till dessa ställdes frågor via telefon och mejl. Samtliga svar inklusive vissa längre intervjuer sammanställdes i en rapport. För fullständig dokumentation av metod, se konsultrapporten [24].

En etisk analys av sänkt åldersgräns för kirurgiska ingrepp i könsorganen har tagits fram av professor Lars Sandman, Linköpings universitet och ledamot i Socialstyrelsens etiska råd, på uppdrag av Socialstyrelsen [40].

Övriga delar av kunskapsunderlagen, beskrivningen av juridiska aspekter och Socialstyrelsens analys och bedömning har tagits fram av Socialstyrelsens utredare utifrån förarbeten till lag, remissvar till tidigare lagförslag, Socialstyrelsens tidigare publikationer m.m. Socialstyrelsens projektgrupp har bestått av sex personer som genomfört arbetet med stöd av en styrgrupp bestående av bland annat sakkunniga och samordnare inom myndigheten. Även Socialstyrelsens etiska råd har konsulterats och lämnat synpunkter under arbetets gång. Socialstyrelsen har även inhämtat underlag från professor emeritus/ överläkare Per-Anders Rydelius, Karolinska institutet.

Socialnämndens roll vid ändring av det kön som framgår av folkbokföringen

Socialstyrelsen har gjort en kartläggning av hur behovet ser ut för barn av de föreslagna lagförändringarna. Kartläggningen består av sådant som framkommit i vissa remissvar avseende promemorian *Ändring av det kön som framgår av folkbokföringen* (Ds 2018:17). Övriga remissinstanser, som inte refereras till i kartläggningen, har i remissvaren i korta ordalag ställt sig bakom de aktuella förslagen alternativt valt att inte lämna något yttrande.

Socialstyrelsen har kompletterat remissvaren med en mejl-förfrågan till de intresseorganisationer som besvarat remissen – Transammans, FPES, RFSL och RFSL Ungdom. Dessutom skickades en mejlförfrågan till nätverket GENID. Samtliga dessa har svarat. Även Autism- och Aspergerförbundet mejlades en förfrågan, men utan svar.

En mejlförfrågan har också skickats till mottagningarna i landet för könsdysfori hos barn och ungdomar – Lundströmsmottagningen i Alingsås,

Könsidentitetsmottagningen på Akademiska sjukhuset i Uppsala och Psykiatri Skåne. Svar har kommit från de två förstnämnda.

Mejlförfrågan till organisationerna och mottagningarna bestod av en uppmaning att fundera över frågeställningen – *Hur viktigt kan det vara för ett barn att ändra det juridiska könet, och på vilka sätt är det viktigt och vad är det som gör det viktigt?* Vi uppmanade dem att i svaret i huvudsak utgå ifrån vad barn och ungdomar själva har uttryckt kring detta.

Gällande BUP Team för könsidentitetsutredningar (Region Stockholm) så har Socialstyrelsens genomfört ett möte på plats på Karolinska sjukhuset med ansvariga, med utgångspunkt från samma frågeställning som ovan.

Socialstyrelsen har tagit del av de erfarenheter som Barnombudsmannen har inhämtat från barn och unga om frågor som rör könsidentitet och intersexvariationer under två fokusgrupper med totalt sju ungdomar mellan 15–17 år [14]. Ungdomarna fick bland annat diskutera utifrån följande frågeställning: *Hur ser du på behovet av att få ändra juridiskt kön innan en fyller 18 år? Hur viktigt kan det vara? Vad är det som gör det viktigt/inte viktigt?*

Utöver detta har Socialstyrelsen tagit del av resultatet från en litteratursökning som gjorts på uppdrag av regeringens utredare inom *Uppdrag inför fortsatt lagstiftningsarbete om ändring av det kön som framgår av folkbokföringen* (S2019/03901/FS) på temat ”ungas hälsa och välmående kopplat till att kunna få ändra det juridiska könet”.

Socialstyrelsens analys av om den kompetens som krävs för denna uppgift finns inom socialtjänsten samt beskrivning av förslag på åtgärder som myndigheten bedömer krävs för att genomföra bestämmelsen har tagits fram av Socialstyrelsens utredare utifrån förarbeten till lag, kunskap om förhållanden inom socialtjänsten med mera.