



UMEÅ UNIVERSITET

# BARNNS RÄTT TILL KÖNSBEKRÄFTANDE VÅRD

Om mognad, konsekvenser och  
bestämmanderätt

Lucas Albrecht

Termin 9 HT 2020  
Examensarbete, 30 hp  
Juristprogrammet, 270 hp  
Handledare: Therese Enarsson

# Innehållsförteckning

<b>Förkortningar .....</b>	<b>4</b>
<b>1 Inledning .....</b>	<b>5</b>
1.1 Syfte och avgränsningar .....	6
1.2 Metod och material .....	7
1.4 Bakgrund och redogörelse för vissa könsrelaterade begrepp.....	12
<b>2 Barnperspektivet .....</b>	<b>16</b>
2.1 Barnkonventionen.....	16
2.1.1 Icke-diskrimineringsprincipen.....	17
2.1.2 Principen om barnets bästa.....	18
2.1.3 Barnets rätt till liv, överlevnad och utveckling.....	19
2.1.4 Barnets rätt att komma till tals.....	20
2.1.5 Allmänt skydd för barn inom hälso- och sjukvård .....	21
2.2 Könsdysfori och medicinsk forskning .....	26
2.2.1 Om ursprung och prevalens .....	26
2.2.2 Könsdysforikers generella psykiska hälsa.....	28
2.2.3 Hormonbehandling för könsdysforiker .....	29
2.2.4 Kirurgiska ingrepp.....	31
2.2.5 Medicinsk forskning sammanfattat .....	34
2.3 Övervägningar och analysramssyntes.....	34
<b>3 Rättsutredning.....</b>	<b>39</b>
3.1 Könstillhörighetslagen .....	39
3.1.1 Upplever sig tillhöra det andra könet .....	41
3.1.2 Uppträtt i enlighet med denna könsidentitet.....	44
3.1.3 Måste antas fortsätta leva i könsidentiteten.....	45
3.1.4 Beslutet .....	45
3.2 Övrig hälso- och sjukvård.....	46
3.2.1 Allmänna regler i hälso- och sjukvårdslagstiftning.....	47
3.3 Bestämmanderätt anseende eventuell vårdåtgärd .....	53
3.4 Beslutskompetens vid en eventuell sänkning av åldersgränsen i könstillhörighetslagen.....	57
<b>4 Analys.....</b>	<b>59</b>
4.1 Bestämmanderätt och beslutskompetens .....	60

4.1.1	Tillstånd till pubertetshämmande hormonbehandling .....	64
4.1.2	Tillstånd till könskonträr hormonbehandling för det enskilda barnet .....	67
4.1.3	Tillstånd till ingrepp i könsorgan och avlägsnande av könskörtlar .....	70
4.2	Bemötande och diskriminering .....	75
4.3	Sammanfattning .....	80
<b>5</b>	<b>Avslutning .....</b>	<b>82</b>
	<b>Käll- och litteraturförteckning.....</b>	<b>83</b>
	Offentligt tryck.....	83
	Litteratur.....	84
	Tryck från Förenta Nationerna.....	88
	Övriga källor .....	89

## Förkortningar

DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IVO	Inspektionen för vård och omsorg
FB	Föräldrabalk (1949:381)
HSL	Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)
LVU	Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga
PL	Patientlag (2014:821)
PSL	Patientsäkerhetslag (2010:659)
SBU	Statens beredning för medicinsk och social utvärdering

# 1 Inledning

Under det senaste decenniet har antalet barn och unga med könsdysfori världen runt ökat markant.<sup>1</sup> Antalet personer med könsdysfori som ansökt om könsbekräftande insatser har också ökat i takt med den ökande förekomsten av könsdysfori.<sup>2</sup> Orsaken till denna ökning är tills vidare oklar.<sup>3</sup>

Den ökande prevalensen av könsdysfori, särskilt bland barn och unga, medför att det blir aktuellt att se över hur personer med könsdysfori vårdas. I diskussionen gällande vården för unga könsdysforiker och transpersoner har från flera håll anförts att vården är för långsam och utsätter transpersoner för otillbörligt lidande i den långa väntan på att få ta del av könsbekräftande vårdåtgärder.<sup>4</sup> Väntan blir desto värre för unga och barn, som inte enbart måste vänta ut den långsamma processen, utan även är tvungna att leva upp till en viss åldersgräns. En del statliga utredningar har också under det senaste decenniet tagit tag i frågan, varav även en del vidhållit att en sänkning av åldersgränsen borde ske.<sup>5</sup>

Idén om en sänkning av denna åldersgräns har dock inte mottagits utan motstånd. Trots de positiva effekterna könsbekräftande vårdåtgärder kan medföra för unga könsdysforiker, är dessa ofta mycket ingripande och kan orsaka långvariga eller livslånga konsekvenser. På grund härav finns också en viss oro gällande barn och deras förmåga att ta beslut om dessa vårdåtgärder. Denna oro har även lyfts i andra länder, inte minst Storbritannien, där deras högsta domstol nyligen bedömt att personer under sexton år gamla osannolikt har förmåga att själv

---

<sup>1</sup> Frisé, L., Söder, O., och Rydelius, P., Kraftig ökning av könsdysfori bland barn och unga, *Läkartidningen*, 2019; Landén, M., Ökningen av könsdysfori bland unga tarvar eftertanke, *Läkartidningen*, 2019. Enligt Landén har antalet unga personer diagnostiserade med så kallade könsidentitetsstörning ökat från år 2007 till 2017 med mer än 2300 %.

<sup>2</sup> Frisé, L., Söder, O., och Rydelius, P., Kraftig ökning av könsdysfori bland barn och unga, *Läkartidningen*, 2019.

<sup>3</sup> Trysell, K., SBU hittar ingen förklaring till att fler söker för könsdysfori, *Läkartidningen*, 2019; Landén, M., Ökningen av könsdysfori bland unga tarvar eftertanke, *Läkartidningen*, 2019.

<sup>4</sup> Se exempelvis SOU 2017:92, s. 596-601; Segelmark, L., Transvården bör förändras i grunden – och det måste gå fort, *Läkartidningen*, 2017; Feministiskt initiativ, *Könsidentitet och könsuttryck*, hämtat från [<https://feministisktinitiativ.se/politik/sexualpolitik/konsidentitet-och-konsuttryck/#:~:text=Transv%C3%A5rden%20och%20intersexv%C3%A5rden%20%C3%A4r%20idag,som%20%C3%A4r%20tillg%C3%A4nglig%20och%20ickediskriminerande.>] den 16 november 2020.

<sup>5</sup> Se exempelvis SOU 2014:91, s. 295.

samtycka till användning av pubertetshämmande hormonbehandling<sup>6</sup> i könsbekräftande syfte, en i jämförelse tämligen lindrig könsbekräftande vårdåtgärd.<sup>7</sup>

På grund av de stora fördelarna, men också de stora riskerna involverade, finns skäl att kritiskt granska huruvida barn och ungas tillstånd att undergå pubertetshämmande hormonbehandling och andra mer ingripande könsbekräftande vårdåtgärder bör regleras annorlunda.

## 1.1 Syfte och avgränsningar

I uppsatsen genomförs en kritisk granskning av ikraftvarande lagstiftning gällande tillstånd till könsbekräftande vård för personer under aderton år. Detta görs utifrån ett mångdisciplinärt perspektiv som kombinerar klinisk medicinsk forskning och barnets bästa tolkat utifrån Förenta Nationernas konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen).

I nuläget saknar personer som inte fyllt aderton år möjlighet till vissa könsbekräftande vårdåtgärder, häribland kirurgiska ingrepp i könsorgan samt avlägsnande av könskörtlar. Annan könsbekräftande vård kan administreras personer som inte ännu fyllt aderton år, dock är även dessa till viss del beroende av den tillståndsreglering som gäller för ovannämnda kirurgiska ingrepp. Således är de åldersrelaterade rekvisiten för tillstånd till könsbekräftande vårdåtgärder och hur dessa överensstämmer med valt perspektiv av särskilt intresse för uppsatsens syfte, då personer under aderton år i huvudregel anses vara barn enligt barnkonventionen.

Därutöver är också av intresse att granska tillgängligheten av de könsbekräftande vårdåtgärderna som inte är strikt begränsade för personer under aderton år för att studera om tillgängligheten är i enlighet med barnets bästa enligt det valda perspektivet. Könsbekräftande vård kan inkludera en mängd olika vårdåtgärder, varierande från röstträning, olika former av hormonbehandling och kirurgi. Uppsatsen avgränsas här till ingrepp i könsorgan och avlägsnande av könskörtlar, samt de vårdåtgärder som är mest centrala och oftast förekommande i den könsbekräftande vården för personer under aderton, nämligen pubertetshämmande hormonbehandling och könskonträr hormonbehandling.<sup>8</sup> En sådan analys

---

<sup>6</sup> Pubertetshämmande hormonbehandling är en form av hormonterapi som avser hämma eller stoppa pubertetsutvecklingen.

<sup>7</sup> R (on the application of) Quincy Bell and A v. Tavistock and Portman NHS Trust and others, Case no. CO/60/2020, den 1 December 2020, p. 145, 151.

<sup>8</sup> Se Ds 2018:11, s. 35.

medför en helhetsgranskning av lagstiftning i de delar könsbekräftande vård berörs utifrån nämnda perspektiv.

## 1.2 Metod och material

Initialt kommer en kartläggande rättsdogmatisk metod<sup>9</sup> användas för att etablera gällande rätt kring tillstånd till könsbekräftande vårdåtgärder, inklusive ingrepp i könsorgan eller avlägsnande av könskörtlar för barn under aderton år. Utifrån denna metod kommer rättskällor som författningar, förarbeten, praxis och doktrin tolkas i enlighet med den sedvanliga rättskällehierarkin<sup>10</sup>. Utöver detta prioriteras mer detaljerade och klara källor över andra källor av liknande hierarkisk auktoritet. Exempelvis ges förarbeten med mer utförlig förklaring och argumentation större inflytande i tolkningen än förarbeten som saknar samma kvaliteter. Källor vars argumentation och innehåll harmoniserar med andra relevanta källor ges även mer inflytande än andra; upprepade resonemang och slutsatser anses bestyrkta av repetitionen. Detta inkluderar också auktoritativa källor som hänvisas till av andra auktoritativa källor, exempelvis doktrin som hänvisas till i förarbeten.

Som källor till denna preliminära materiella utredning har valts könstillhörighetslagen och hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL) med därtill hörande förarbeten. HSL har valts eftersom denna reglerar huvudsakliga aspekter kring den medicinska vården för personer som önskar undergå somatiskt könsbyte.<sup>11</sup> En del av dessa aspekter, häribland exempelvis patientens möjlighet att påverka sin egen vård, har överförts till patientlag (2014:821) (PL), varefter även denna är en relevant källa för uppsatsens ändamål.<sup>12</sup> Viss tangerande reglering återfinns även i patientsäkerhetslag (2010:659) (patientsäkerhetslagen) och lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga. Könstillhörighetslagen har valts eftersom denna reglerar just ingrepp i könsorgan och avlägsnande av könskörtlar och kan anses åtnjuta status av speciallagstiftning vid denna typ av hälso- och sjukvårdsprocedurer och går i sådana fall före HSL.<sup>13</sup>

---

<sup>9</sup> Med kartläggande rättsdogmatisk metod hänvisas i denna uppsats till den benämning som Hjerstedt använt för en metod som "... (1) avser att analysera vad som är gällande rätt i ett avseende genom att (2) tolka innehållet i de rättskällor som åtnjuter auktoritet." För mera om rättsdogmatisk metod se *Festskrift till Örjan Hedström, Hjerstedt, M.*, 2019, s. 165–173. Citat från s. 167 i förevarande verk.

<sup>10</sup> Ordningen går som följande från mest inflytelserik till minst inflytelserik: författning, förarbeten, praxis och doktrin.

<sup>11</sup> SOU 2014:91, s. 142.

<sup>12</sup> Se prop. 2013/14:106, s. 1, 40.

<sup>13</sup> SOU 2014:91, s. 20.

Författningen relaterad till hälso- och sjukvård är omfattande, och en heltäckande utredning av denna hade gått långt utöver vad som är nödvändigt för att tillgodose syftet. Den valda författningen kommer därför inte utredas i sin helhet, utan utredningen är begränsad till den reglering som är av relevans för könsbekräftande vårdåtgärder, samt även den reglering som är av relevans vid bestämmandet av vårdåtgärd för barn i allmänhet. Reglering relaterad till bestämmandet av vårdåtgärd för barn inkluderas eftersom denna reglering blir av betydelse vid bedömningen om ett barn kan få tillstånd att undergå könsbekräftande vård som inte direkt regleras av könstillhörighetslagen. Eftersom uppsatsen utreder tillstånd till könsbekräftande vård för just barn är också Föräldrabalk (1949:381) relevant angående vårdnadshavares bestämmanderätt.

För att få djupare förståelse av författningen blir förarbeten aktuella att studera. Förarbetena används för att tolka de begrepp som i författning framställs gällande de kriterier med vilka tillstånd till diverse könsbekräftande vård ges. Detta görs för att närmare utforska under vilka omständigheter en bedömning avseende tillstånd att undergå vårdåtgärd för barn kan bli aktuell. Vid eventuell motstridig information angående gällande rätt i förarbeten kommer visst företräde ges åt nyare förarbeten. Detta görs eftersom förarbeten utgör en kontinuerlig bearbetning i lagstiftningsprocessen, och nyare förarbeten kan således anses bygga vidare på redan existerande förarbetsmaterial.

Vad som bör beaktas är att urvalet av rättspraxis är begränsat, särskilt i svensk kontext. Orsaken är att antalet personer som önskar undergå könsbekräftande vård är, trots den markanta procentuella ökningen, tämligen få i relation till den övriga populationen. Eftersom antalet personer berörda av lagstiftningen är liten, är också antalet personer med talerätt liten, varmed det även finns en naturlig avsaknad av prejudicerande rättsfall på området. Rättspraxis kommer således inte utgöra en större del av utredningen.

Av intresse för den utredande delen är också lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättighet, då det i utredningen fokuseras på könsdysforiska barn och unga under aderton år. I och med att lagen i fråga är en inkorporering av internationell rätt, är förutom svenska, även internationella rättskällor rörande barnkonventionen nödvändiga att användas för att fullständigt utforska de lege lata i svensk rättskontext.



I förarbetena uttrycks att den inkorporerade barnkonventionen bör i rättstillämpning tolkas på sedvanligt folkrättsligt vis. Detta medför att barnkonventionen ska tolkas i enlighet med de tolkningsregler som stadgas i Wienkonventionen om traktaträtten (Wienkonventionen). Av dessa följer att barnkonventionen ska tolkas i enlighet med gängse mening av konventionens uttryck och mot bakgrund av konventionens ändamål och syfte enligt art. 31 Wienkonventionen. Till detta tillhör konventionens text, preambel, bilagor och överenskommelser iträdda av alla konventionsstater.<sup>14</sup> I situationer där sammanhanget framfört i art. 31 Wienkonventionen inte är tillräckligt för att undanröja oklarhet eller orsakar orimligt resultat, kan också förarbetena till barnkonventionen och andra konventioner härrörande mänskliga rättigheter, även om de antagits efter barnkonventionen, användas som supplement enligt art. 32 Wienkonventionen.<sup>15</sup>

Därtill stadgas i art. 38 i stadgan för den internationella domstolen (ICJ) de rättskällor som allmänt beaktas vid konventionstolkning och folkrätt. Här uppräknas internationella överenskommelser, internationell sedvänja och allmänna rättsgrundsatser som primära rättskällor. Vidare stadgas att praxis och doktrin utgör sekundära rättskällor som hjälpmedel vid tolkning av de primära rättskällorna. Tillsammans utgör de instrument som nämnts i art. 31 och 32 Wienkonventionen och rättskällorna nämnt i art. 38 ICJ de rättsregler med vilka barnkonventionen ska tolkas.<sup>16</sup>

Barnrättskommittén har som uppgift att tolka barnkonventionen och ge rekommendationer till hur konventionsstater kan bättre uppfylla barnkonventionens förpliktelser. Trots att barnrättskommitténs texter inte är juridiskt bindande, har dock även dessa ansetts åtnjuta vägledande inflytande i såväl internationell som svensk praxis och lagstiftning. På grund härav, har också barnrättskommitténs rekommendationer och allmänna kommentarer anförts ha ett inte obetydligt inflytande på svensk tolkning av barnkonventionen, särskilt för regeringen, dock med viss avhållsamhet gällande olika omständigheter samt om kommentarer riktade till andra medlemsstater kan direkt appliceras på Sverige.<sup>17</sup>

---

<sup>14</sup> SOU 2016:19, s. 421 och 428–429; prop. 2017/18:186, s. 82–84.

<sup>15</sup> SOU 2016:19, s. 424 och 429–430; prop. 2017/18:186, s. 83.

<sup>16</sup> SOU 2016:19, s. 422–423 och 430; prop. 2017/18:186, s. 82–84.

<sup>17</sup> SOU 2016:19, s. 97 och 431–433; prop. 2017/18:186, s. 83–84. Se också SOU 2014:91, s. 85–100 där hänvisats till barnrättskommittén för att redogöra för barnkonventionen och dess innebörd för könsbekräftande vård. Jfr även Ds 2018:11, s. 57–58 där hänvisats till SOU 2014:91 angående barnkonventionen.

År 2008 utgavs en översättning av UNICEF:s handbok om barnkonventionen. Den översatta handboken innehåller barnrättskommitténs allmänna kommentarer och rekommendationer riktade till Sverige. Översättningen innehåller även svensk författning och rättspraxis och ämnar vägleda i tolkning av barnkonventionen i svensk rättskontext. Översättningen har dock inte uppdaterats sedan den utgavs, och viss försiktighet bör appliceras gällande aspekter där ändring skett sedan år 2008. Trots detta, har även denna nämnts i inkorporeringsförarbetena som vägledande litteratur vid tolkning av barnkonventionen.<sup>18</sup>

På grund härav utgås i uppsatsen främst från barnrättskommitténs tolkning av barnkonventionen och den svenska översättningen UNICEF:s handbok om barnkonventionen i den mån översättningen fortfarande är aktuell. Detta kompletteras av förarbeten till inkorporeringen av barnkonventionen i Sverige för djupare förståelse av barnkonventionen och hur dess lydelse tolkats i svensk rättskontext.

Likaså föranleder syftet att viss psykologisk, endokrinologisk och annan medicinsk forskning och litteratur relaterad till könsdysfori och effekterna av könsbekräftande vårdåtgärder på barn blir av intresse. Häribland kan nämnas forskning i prevalensen av könsdysfori bland unga och barn, hur könsdysfori påverkar barn och ungas hälsa, samt hur olika former av könsbekräftande vård påverkar könsdysforiska barn och ungas hälsa. Hälsa kvantifieras huvudsakligen i form av mortalitet och suicidrisk i denna uppsats, men vissa tangerande hälsoeffekter kommer också beaktas. Sådana är bland annat av patienten upplevd könsdysfori samt ångers- och komplikationsfrekvens angående diverse könsbekräftande vårdåtgärder.

På grund av mängden forskning inom dessa områden, samt att författaren av denna uppsats saknar vetenskaplig bakgrund i dessa områden, kommer det icke-juridiska vetenskapliga materialet begränsas till offentligt tryck från regeringen och myndigheter inklusive källorna till dem, diagnostiska manualerna DSM-5 och ICD-11, samt övergripande metastudier och metaanalyser i vetenskapliga journaler som utför referentgranskning för att minimera feltolkning av vetenskapliga data. Sökmetoden för denna form av material har bestått av att använda sökfunktionen på nätresursen pubmed.gov. Som sökord har 'gender dysphoria',

---

<sup>18</sup> SOU 2016:19, s. 447–448. Se också SOU 2014:91, s. 99–101 där översättningen av UNICEF:s handbok om barnkonventionen använts som källa för att redogöra för barnkonventionen och dess innebörd för könsbekräftande vård. Jfr även Ds 2018:11, s. 57–58 där hänvisats till SOU 2014:91 angående barnkonventionen.

'transsexuality', 'transgender', 'gender identity disorder' och "'gender identity disorder'" använts.

Som ovan nämnts granskas gällande rätt kritiskt utifrån ett mångdisciplinärt perspektiv. Perspektivet består av att sammanställa såväl juridiskt som annat vetenskapligt material och baserat på detta utreda vad som är bäst för könsdysforiska barn i Sverige inte bara i rättslig, utan en mer allmän, samlad, mening. Detta avser ge större klarhet om vad som är det bästa för barnet inte bara i juridisk mening, utan även i praktiken.

Perspektivets analysram utgår från att lagstiftning som strider mot barnets bästa i den rättsliga mening som tolkats enligt barnkonventionen innebär konflikt med barnets bästa även i perspektivets mening. Utöver detta fylls analysramen ut med icke-juridiskt material som ger vägledning angående vilka utfall barn tenderar att få av könsbekräftande vårdåtgärder, med fokus på barnets hälsa. Perspektivet beskrivet här kommer härnäst kallas barnperspektivet. Barnperspektivets material och analysram baserat på detta material kommer redogöras för utförligare i teoriavsnittet, inklusive jämförande bedömningar och prioriteringar.

Barnperspektivet är dock inte utan begränsningar. Perspektivet informeras av klinisk medicinsk forskning för att kunna göra bättre bedömningar om barnets bästa i praktiken vid frågor rörande könsbekräftande vård. Medicinsk forskning ger däremot inte alltid ett tydligt och klart svar på alla frågor. Detta hör delvis till vetenskapens natur – forskning är en långsam kontinuerlig process som sakta bygger på en kunskapsbas som med tiden ger en klarare och tydligare bild av världen omkring oss. Under denna process framkommer även information som kan vara konfliktterande med annan information och leda till att nya frågor och osäkerheter i den information som samlats in behöver omvärderas eller utredas vidare för att komplettera vår världsbild ytterligare. Allting kan inte med säkerhet fastställas, snarare tvärtom. Förutom att osäkerhet kan råda gällande frågor som fortfarande ligger under bearbetning, medför detta även att kunskapsbasen inte är lika gedigen idag som imorgon. Perspektivet är således begränsat till att endast kunna ge det bästa möjliga svaret här och nu. Framtida forskning kan uppdaga ny kunskap och nya problem som kan leda till att svaren utifrån dagens forskning inte längre är korrekta, varpå en ny analys med denna nyare forskning skulle krävas för att uppdatera slutsatserna i nutid.

Den könsbekräftande vården är som område i vissa delar relativt obeforskat, vilket medför uppenbara problem. På grund härav finns också visst behov av att ta del av internationell forskning för att försöka fylla i de luckor som finns i forskning gjord i Sverige. I detta fall bör anmärkas att forskningsmaterialet till viss del är kontextbundet på sådant vis att resultaten är mest demonstrativa av effekterna i just det hälso- och sjukvårdssystem där studierna gjorts. Detta medför vissa överföringsproblem med att bedöma behandlingsutfallen av en viss behandling då dessa gjorts i ett annat land än Sverige, och behöver inte vara fullt indikativa av hur utfallen skulle vara här.

#### *1.4 Bakgrund och redogörelse för vissa könsrelaterade begrepp*

I detta kapitel anges och beskrivs ett antal begrepp som används inom såväl psykiatrisk vård som juridiskt material för att beskriva de olika delvis sammanflätade psykologiska tillstånd och könsrelaterade uppfattningar som kan vara av relevans för en bedömning om en person ska tillmätas tillstånd till könsbekräftande vård i Sverige. I kapitlet förklaras även hur de olika begreppen relaterar till varandra. Detta görs på grund av att ämnet är präglad av ett flertal begrepp som inte används enhetligt i de källor som valts att granskas. Exempelvis kan det handla om begrepp vars betydelse beskrivs annorlunda i rättsligt material kontra medicinskt material, eller om begrepp som med tiden ersatts av andra begrepp eftersom de tidigare begreppen ansetts stigmatiserande.

Begreppet könsidentitet syftar till det kön en person identifierar sig med. Exempelvis kan en person vars juridiska kön är kvinna och vars anatomi är typiskt kvinnlig med kvinnligt könsorgan identifiera sig som en man, och dennes könsidentitet är därmed man, trots juridiska kön. Det handlar med andra ord om det kön personen upplever sig vara inombords oberoende miljö, samhälle eller anatomi. Även begreppet upplevt kön används synonymt till könsidentitet. Termen tillskrivet kön avser däremot det kön som en person tolkats inneha vid födseln utifrån barnets anatomiska utseende och kromosomanlag; denna blir även barnets juridiska kön.<sup>19</sup> Synonymt till denna används även begreppet tilldelat kön. Ofta har i juridiskt material också hänvisats till denna som det biologiska könet.<sup>20</sup> I uppsatsen kommer begreppet könsidentitet

---

<sup>19</sup> Se SOU 2017:92, s. 551.

<sup>20</sup> Se exempelvis SOU 2007:16, s. 37 och SOU 2014:91, s. 53–54. Jfr också SOU 1968:28, s. 13 där begreppet biologiskt betingat kön används.

användas för att hänvisa till det kön som personen identifierar sig med och står i kontrast med det kön personen ålagts vid födseln, till vilken hänvisas med termen tilldelat kön.

Könsdysfori som medicinskt begrepp innebär att en person känner psykiskt lidande eller försämrade funktionsförmåga orsakad av en diskrepans mellan dennes tilldelade kön och dennes könsidentitet.<sup>21</sup> De instrumentala faktorerna är den diskrepans som finns mellan det upplevda könet och det tilldelade könet samt den funktionsförsämrade effekten av denna diskrepans. Vid diagnostisering är det därför inte av betydelse ifall det upplevda könet faller inom den binära konstruktionen av man eller kvinna. Även en icke-binär könsupplevelse kan således uppfylla de diagnostiska kriterierna för könsdysfori.<sup>22</sup>

Inom svensk psykiatrisk verksamhet används främst de diagnostiska manualerna *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), utfärdad av *American Psychiatric Association* och *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD), utfärdad av Världshälsoorganisationen som ramverk för psykiatrisk diagnostisering.<sup>23</sup> För klinisk diagnostik används huvudsakligen DSM, medan ICD är vägledande för officiell rapportering och statistikföring.<sup>24</sup> De senaste upplagorna av respektive manualer är DSM-5 och ICD-11, och ambitionen är att dessa ska vara samstämmiga gällande diagnosen könsdysfori i syfte att underlätta statistikföring och vetenskaplig forskning.<sup>25</sup>

I diagnostiska manualen DSM-5 ersatte diagnosen könsdysfori de tidigare diagnoserna könsidentitetsstörning och transsexualism. Orsaken härtill angavs vara att tydligare markera att diagnosen könsdysfori innefattar en upplevelse av inkongruens mellan personens könsidentitet och tilldelade kön, och är inte enbart en könsöverskridande könsidentitet i likhet med den tidigare diagnosbenämningen könsidentitetsstörning.<sup>26</sup> Samtidigt föreslogs det att avskaffa

---

<sup>21</sup> Socialstyrelsen, *Vård och behandling av personer med könsdysfori*, hämtad från [[https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/jamlik-halsa-varld-och-omsorg/hbtq/varld-vid-konsdysfori/#:~:text=K%C3%B6nsdysfori%20%C3%A4r%20ett%20psykiskt%20lidande,\(transsexualism%20och%20%C3%B6vrig%20k%C3%B6nsidentitetsproblematik\).](https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/jamlik-halsa-varld-och-omsorg/hbtq/varld-vid-konsdysfori/#:~:text=K%C3%B6nsdysfori%20%C3%A4r%20ett%20psykiskt%20lidande,(transsexualism%20och%20%C3%B6vrig%20k%C3%B6nsidentitetsproblematik).)] den 14 september 2020.

<sup>22</sup> Se DSM-5, s. 453.

<sup>23</sup> Socialstyrelsen, *Kodning inom psykiatrin*, hämtad från [<https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/klassificering-och-koder/icd-10/psykiatrikoder/>] den 20 november 2020.

<sup>24</sup> Socialstyrelsen, *Kodning inom psykiatrin*, hämtad från [<https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/klassificering-och-koder/icd-10/psykiatrikoder/>] den 20 november 2020.

<sup>25</sup> Se SOU 2017:92, s. 764–764.

<sup>26</sup> DSM-5, s. 814.

könsavvikelse som sjukdomsklassificering, då detta ansågs stigmatiserande.<sup>27</sup> Observera dock att inte alla transsexuellt identifierande personer känner psykiskt lidande eller lider funktionsförsämrade effekter på grund av en diskrepans mellan det tilldelade och det upplevda könet. Således är inte alla transsexuella personer könsdysforiker. I ICD–11 används begreppet könsinkongruens i stället för könsdysfori.<sup>28</sup> I uppsatsen har termen könsdysfori valts för att beskriva personer som upplever ångest över en brist på överensstämmelse mellan deras könsidentitet och deras tilldelade kön. Med termen könsdysfori kommer härnäst dock enbart hänvisas till personer som fått diagnos om könsdysfori i enlighet med DSM–5, könsinkongruens enligt ICD–11, eller någon av de tidigare motsvarande diagnoserna i tidigare versioner av de diagnostiska manualerna.

I förarbetena till könstillhörighetslagen används begreppet ”transperson” som ett samlingsbegrepp till de övriga begreppen associerade med en åtskillighet mellan en persons könsuttryck och dennes biologiska eller juridiska kön.<sup>29</sup> Som där tillhörande hyponymer nämns bland annat transexuella, transgender, nongender och intergender personer med fler.<sup>30</sup> I förarbeten har även uttrycket cisperson använts för att betyda en person vars könsidentitet överensstämmer med dennes tilldelade kön, det vill säga en person som inte är transperson.<sup>31</sup>

Beskrivningen könsuttryck markerar att det handlar om personer som uttrycker åtskillighet till eller på något vis stiger ur den stereotypa eller förväntade könsrollen som följer av en persons anatomi eller juridiska kön. Det som skiljer en person med könsdysfori från en transperson är således att en könsdysforisk person känner sig ha en annan könsidentitet än det kön som tilldelats denne och upplever men av det, men behöver inte nödvändigtvis agera i enlighet med denna könstillhörighet, medan en transperson agerar på något vis som typiskt sett härrörs till en annan könsroll än personens tilldelade könsroll. Alla transpersoner behöver heller inte nödvändigtvis känna ett behov av att genomgå könsbekräftande vård. Här kan som exempel lyftas transvestita personer, personer som klär sig typiskt för en annan könstillhörighet men trots det identifierar sig med sitt tilldelade kön.

---

<sup>27</sup> American Psychiatric Association, *Gender Dysphoria*, 2013, hämtad från [[https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA\\_DSM-5-Gender-Dysphoria.pdf](https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM-5-Gender-Dysphoria.pdf)] den 22 september 2020. Observera att länken innehåller en pdf-fil.

<sup>28</sup> Se ICD–11, hämtad från [<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f411470068>] den 21 september 2020.

<sup>29</sup> SOU 2014:91, s. 56.

<sup>30</sup> SOU 2014:91, s. 56.

<sup>31</sup> SOU 2017:02, s. 62.

En naturlig utveckling är att personer med könsdysfori med tiden även blir transpersoner då de visar könsuttryck som stämmer med sin egen könsidentitet, dock behöver detta inte alltid hända. Det bör även noteras att vid diagnostisering av könsdysfori beaktas uttryck, och en person diagnostiseras av praktiska skäl inte som könsdysforisk om detta inte uttrycks på något vis.<sup>32</sup> Personer som blivit kliniskt diagnostiserade som könsdysforiska torde således i regel även ingå i gruppen transpersoner, trots att en könsdysforisk person inte automatiskt tillhör grupperingen per definition. På grund härav kommer könsdysforiska personer anses inkluderade i grupperingen transpersoner i denna uppsats.

Vidare är det kotym i såväl medicinsk som juridisk litteratur rörande könsdysforiska personer att hänvisa till individer som identifierar sig som man men tilldelats könet kvinna med benämningen transman.<sup>33</sup> För personer som identifierar sig som kvinna men tilldelats ett manligt kön används uttrycket transkvinna. I uppsatsen adopteras dessa begrepp, med vilka avses könsdysforiska personer som identifierar sig som respektive kön. Observera att könsdysforiker med icke-binär könsidentitet identifierar sig som varken man eller kvinna och är således en separat designering från transman eller transkvinna.

Begreppet transsexuell betecknar enligt DSM-5 en person som utför eller har utfört en social transition från det ena könet till det andra.<sup>34</sup> Med social transition hänvisas till ett byte från en könsroll till en annan, det vill säga att personen i fråga ändrar sitt beteende och förhållandesätt i sin interaktion med andra människor på ett sätt som är typiskt för det kön denne identifierar sig med. Detta kan exempelvis handla om att personen klär sig i klädsel mer typisk för sin könsidentitet, eller att be om att andra använder ett annat könspronomen för att hänvisa till denne.

Till en social transition kan också tillhöra att personen ansöker om ett juridiskt könsbyte. En persons juridiska kön är, det kön som personen är folkbokförd som vid födseln, och juridiskt könsbyte syftar till en ändring av denna.<sup>35</sup> Det handlar med andra ord om att även i officiell dokumentation och således i lagens mening ändra kön. En social transition innefattar också

---

<sup>32</sup> Se DSM-5, s. 453.

<sup>33</sup> Se exempelvis SOU 2017:92 s. 66; SBU, *Könsdysfori hos barn och unga*, 2019, s. 15.

<sup>34</sup> DSM-5, s. 451 och 830.

<sup>35</sup> Se SOU 2014:91, s. 54 och 141.

ofta, men inte uteslutande, en somatisk transition i form av könsbekräftande vårdåtgärder som kirurgiska ingrepp eller hormonbehandling.<sup>36</sup> Med ett somatiskt könsbyte menas i detta fall att personens kropp ändras i syfte att göra denna mer lik dennes könsidentitet. I svensk rätt har begreppet medicinsk könskorrigering eller könsbekräftande vård använts för att hänvisa till dessa typer av medicinska ingrepp för att förmå fysiologiska ändringar i personer som önskar göra ett somatiskt könsbyte.<sup>37</sup> I denna uppsats används begreppet könsbekräftande vård, då termen könskorrigering kan upplevas som stötande.<sup>38</sup>

## 2 Barnperspektivet

Som i avsnittet metod och material anfördes, består uppsatsens teoridel av ett barnperspektiv baserat på det enskilda barnets bästa utifrån såväl barnkonventionen som tillgänglig forskning om könsdysforiker och de könsbekräftande vårdåtgärder könsdysfori vårdas med. I detta avsnitt kommer således börjas med att redogöra för barnkonventionen och dess lydelse i den mån den är applicerbar på könsdysforiska personer under aderton år. Efter detta redogörs för relevant multidisciplinär forskning angående könsbekräftande vård för könsdysfori. Slutligen förs barnkonventionen och forskningen samman för att sammanställa utgångspunkter som ser till det enskilda barnets bästa angående könsbekräftande vårdåtgärder.

### 2.1 Barnkonventionen

Enligt 1. art. Barnkonvention ska personer under en ålder av aderton år, om inte myndigförklarade med lag, anses vara barn. Vid en eventuell sänkning av åldersgränsen gällande tillståndsregleringen av vissa könsbekräftande vårdåtgärder från aderton år blir således även barnrättsliga instrument relevanta för diskussionen i uppsatsen. På grund av detta inkluderas även en barnrättslig dimension i analysramen. Av särskilt intresse för denna analysram är då också barnkonventionen, vars 1–42 kap. nyligen inkorporerats i svensk rätt och som idag åtnjuter status av svensk lag.<sup>39</sup>

---

<sup>36</sup> DSM-5, s. 451 och 830.

<sup>37</sup> Exempelvis SOU 2014:91, s. 289–290; Ds 2018:11, s. 28.

<sup>38</sup> Ds 2018:11, s. 58.

<sup>39</sup> 1 § Lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter.



Enligt barnrättskommittén ska barnkonventionen tolkas i ljuset av fyra av kommittén utpekade grundprinciper. Dessa är icke-diskrimineringsprincipen, principen om barnets bästa, principen om barnets rätt till liv, överlevnad och utveckling, samt principen om barnets rätt att komma till tals, som återfinns i respektive art. 2, 3, 6 och 12 i barnkonventionen. Dessa grundprinciper är vägledande för hur de övriga artiklarna i konventionen ska tolkas, men de innehar även en självständig betydelse. Barnkonventionens grundprinciper ska enligt barnrättskommittén vara utgångspunkten för beslut och åtgärder rörande såväl enskilda barn som grupper av barn.<sup>40</sup>

### **2.1.1 Icke-diskrimineringsprincipen**

Icke-diskrimineringsprincipen i art. 2 barnkonventionen ålägger staten en skyldighet att tillförsäkra varje barn inom statens jurisdiktion de rättigheter som framställs i barnkonventionen. Detta ska enligt art. 2.1 lydelse ske oberoende av barnets, barnets förälders eller barnets vårdnadshavares ras, hudfärg, kön, språk, religion, politiska eller annan åskådning, nationella, etiska eller sociala ursprung, egendom, handikapp, börd eller ställning i övrigt. Icke-diskrimineringsprincipen ska dock inte likställas med ett krav på likabehandling. Tvärtom kan krävas att särskilda åtgärder riktas till barn i mer utsatt ställning för att tillgodose deras rättigheter. Icke-diskrimineringsprincipen medför således en skyldighet för staten att aktivt och proaktivt vidta åtgärder för att skydda barn och går således längre än ett enkelt diskrimineringsförbud.<sup>41</sup>

Relevant för denna uppsats är särskilt skyddet mot diskriminering för kön i och med könsdysforins nära sammanhang med kön och könsidentitet. Barnkonventionens skydd för kön inkluderar enligt barnrättskommittén även skydd för könsidentitet, vilket medför att barn med annan könsidentitet ska ha samma möjlighet att utnyttja konventionens rättigheter som andra barn. Gällande könsdysforiska barn och unga har vidare uttryckts att dessa är en grupp vars situation kräver proaktivt stöd för att tillförsäkra dem samma rättigheter som andra barn. Exempelvis har kommittén uppmanat konventionsstater till att både avskaffa alla lagar som diskriminerar på grund av könsidentitet, samt instifta lagar som förbjuder diskriminering på grund av könsidentitet.<sup>42</sup>

---

<sup>40</sup> Se SOU 2016:19, s. 97; prop. 2017/18:186, s. 84.

<sup>41</sup> SOU 2016:19, s. 98–99.

<sup>42</sup> CRC/C/GC/20, p. 34.

Utöver detta ska staten även enligt art. 2.2 barnkonventionen vidta alla lämpliga åtgärder för att barnet skyddas mot alla former av diskriminering eller bestraffning på grund av barnets föräldrars, vårdnadshavares eller familjemedlemmars ställning, verksamhet, uttryckta åsikter eller tro. Till skillnad från art. 2.1 är denna skyldighet inte beroende av rättigheterna i barnkonventionen; skyddet gäller mot all form av diskriminering.<sup>43</sup>

### **2.1.2 Principen om barnets bästa**

Principen om barnets bästa i art. 3 barnkonventionen medför att barnets bästa ska prioriteras i alla åtgärder rörande barn. Detta ska enligt art. 3.1 ske oberoende om åtgärderna drivs av offentliga eller privata sociala välfärdsinstitutioner, domstolar, administrativa myndigheter eller lagstiftande organ. Principen om barnets bästa innefattar både en enskild och en kollektiv rättighet. Detta medför med andra ord att barnets bästa ska beaktas i alla åtgärder rörande såväl enskilda barn som grupper av barn.<sup>44</sup> Principen om barnets bästa anses även bestå av flera dimensioner, och inkluderar barnets bästa som en åberopbar materiell rättighet, barnets bästa som en grundläggande rättslig tolkningsprincip och barnets bästa som ett tillvägagångssätt i beslutsprocesser.<sup>45</sup>

Som en materiell rättighet innebär principen att barnets bästa är ett intresse som ska bedömas och prioriteras i alla beslut som berör barnet. Denna bedömning ska göras flexibelt utgående från omständigheterna i varje enskilt fall. Detta kan också medföra en avvägning av olika faktorer som kan i vissa fall streta emot varandra. Exempelvis kan det handla om skyddsfaktorer som inskränker barnets rättigheter ställda emot åtgärder som ger barnet egenmakt. Vid sådana bedömningar ska barnets ålder och mognad vara vägledande.<sup>46</sup>

Barnets bästa som en tolkningsprincip medför att barnets bästa även formar tolkningen av rättsregler. Om en rättsregel inom ramarna för de rättigheter som fastställs i barnkonventionen och dess fakultativa protokoll kan tolkas på flera vis, ska den tolkning som ger störst genomslagskraft åt barnets bästa premieras.<sup>47</sup>

---

<sup>43</sup> SOU 2016:19, s. 98–99.

<sup>44</sup> CRC/C/GC/14, p. 6; SOU 2016:19, s. 100–101.

<sup>45</sup> SOU 2016:19, s. 101–102.

<sup>46</sup> CRC/C/GC/14, p. 48–83; SOU 2016:19, s. 103–104.

<sup>47</sup> SOU 2016:19, s. 102.

Som tillvägagångssätt innebär principen om barnets bästa att en fullständig konsekvensanalys görs vid varje beslut där barn berörs. Vid sådana beslut ska beslutsfattaren utvärdera både de positiva och de negativa effekterna beslutet kan ha för barnet. Beslutsfattaren ska även motivera hur denne beaktat barnets bästa, vad denne anser att barnets bästa är, vilka kriterier som använts för att bedöma barnets bästa och även redogöra för hur denne vägt barnets bästa mot andra intressen. Vid beslut tagna av myndigheter ska barnets åsikt vara central i den mån att barn ska även upplysas om besluts- eller myndighetsprocessen, och om myndighet beslutar i strid med barnets åsikt ska detta tydligt anges.<sup>48</sup>

Principen om barnets bästa innefattar även att de andra rättigheterna fastställda i barnkonventionen respekteras och beaktas vid bedömningar rörande barn. Ett agerande motiverat utifrån barnets bästa får inte strida emot någon av de andra rättigheterna stadgade i barnkonventionen. En vuxens subjektiva bedömning av barnets bästa rättfärdigar således inte att barnets andra rättigheter inte respekteras.<sup>49</sup> Av dessa andra rättigheter är särskilt art. 12 om barnets rätt att komma till tals en väsentlig del av barnets bästa. Art. 3 och art. 12 kompletterar varandra; barnets bästa medför att barnets rätt att komma till tals tillgodoses, och barnets rätt att komma till tals styrker barnets möjlighet att vädja sitt bästa.<sup>50</sup>

### **2.1.3 Barnets rätt till liv, överlevnad och utveckling**

Art. 6.1 barnkonventionen stadgar att staten ska erkänna varje barn har ett inneboende rätt till liv. Med detta följer i art. 6.2 att staten ska enligt bästa förmåga ska säkerställa barnets överlevnad och utveckling. Artikelns lydelse är bred och begreppet utveckling innefattar alla delar av barnets utveckling, inklusive fysisk, mental, andlig, moralisk, psykologisk och social utveckling. Staten ska med sina åtgärder till det yttersta sträva efter den holistiskt bästa möjliga utvecklingen för barn. Detta inkluderar även barnets rätt att utvecklas som individ; att barnet ska ha möjlighet till fritid, rekreation och vila. Begreppet utveckling ska enligt barnrättskommittén inte betraktas som enbart en förberedelse för vuxenlivet, utan barnet ska även beredas de bästa möjliga förhållanden för barndomen just nu.<sup>51</sup>

---

<sup>48</sup> SOU 2016:19, s. 105.

<sup>49</sup> CRC/C/GC/8, p. 26; CRC/C/GC/13, p. 61; CRC/C/GC/14, p. 4; SOU 2016:19, s. 106.

<sup>50</sup> SOU 2016:19, s. 106.

<sup>51</sup> UNICEF, Handbok om Barnkonventionen, 2008, s. 85; SOU 2016:19, s. 106–108.

Den förpliktelse art. 6 barnkonventionen ställer om barnets rätt till överlevnad innefattar även en skyldighet för stater att förebygga självmord bland barn.<sup>52</sup> Därtill är stater skyldiga att reflektera över huruvida de tagit till lämpliga åtgärder för att förebygga självmord bland barn.<sup>53</sup>

Som komplement till art. 6 finns åtskilliga andra artiklar i barnkonventionen som riktar sig in på specifika områden som är viktiga för barnets liv, överlevnad och utveckling. I detta sammanhang kan särskilt nämnas art. 24 om barnets rätt till hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård, som är en integral del av såväl liv, överlevnad och utveckling.

#### **2.1.4 Barnets rätt att komma till tals**

Enligt art. 12.1 barnkonventionen ska staten tillförsäkra alla barn som har förmåga att bilda egna åsikter rätten att fritt uttrycka sig i frågor som rör barnet. Barnets uttryckta åsikter ska också tillmätas betydelse i enlighet med barnets mognad och ålder. Denna formulering medför dock ingen begränsning på vilka barn som får utöva denna rättighet. Däremot har detta tolkats innebära en skyldighet för staten att till bästa förmåga utvärdera barnets kapacitet att bilda egna uppfattningar i syfte att korrekt värdera betydelsen av barnets åsikt. Utgångspunkten ska vara att barnet kan bilda egna uppfattningar utan att barnet först måste bevisa sig innehava denna förmåga. Barnet behöver inte ha fullständig kunskap om alla frågans aspekter som påverkar denne, dock måste barnet ha tillräcklig förståelse för att kunna bilda en åsikt.<sup>54</sup>

Bedömningen av vilken betydelse barnets uttryck ska ges ska göras på basis av barnets ålder och mognad. Detta innebär att betydelsen av barnets åsikt inte enbart utgår från barnets ålder. Bedömning ska göras enskilt ur de omständigheter som råder för vart barn. Med mognad syftas till barnets förmåga att förstå och bedöma innebörden och konsekvenserna av frågan. Med begreppet mognad i art. 12:s bemärkelse menas barnets förmåga att uttrycka sina åsikter på ett självständigt och rimligt vis. Bedömningen ska även beakta den vägledning barnet kan få av vårdnadshavare samt den fortsatta utvecklingen av barnets kapacitet. Desto större påverkan frågan har på barnet, desto större krav åläggs också beslutsfattaren att barnets mognad bedöms korrekt.<sup>55</sup>

---

<sup>52</sup> UNICEF, Handbok om Barnkonventionen, 2008, s. 87–88.

<sup>53</sup> UNICEF, Handbok om Barnkonventionen, 2008, s. 90.

<sup>54</sup> CRC/C/GC/12, p. 20–21; SOU 2016:19, s. 109–109.

<sup>55</sup> CRC/C/GC/12, p. 28–31; SOU 2016:19, s. 110.

I art. 12.2 stadgas vidare att barnet ska, för att tillförsäkra rätten att komma till tals, särskilt beredas möjlighet att bli hörd i alla domstols- och administrativa ärenden rörande barnet. Barnet ska höras endera direkt, genom företrädare eller via lämpligt organ, på ett sätt som är förenligt med nationell lagstiftning och processuella regler. Rätten att komma till tals dikterad i art. 12 är absolut, och staten har en skyldighet att se till att varje enskilt barn har möjlighet att utöva denna rättighet. Detta betyder dock inte att barn måste ta vara på denna rättighet och staten kan inte tvinga barn till att uttrycka sig emot deras vilja. Barn ska inte heller ställas upprepade frågor under påfrestande omständigheter - barn ska inte åläggas otillbörlig press.<sup>56</sup>

### **2.1.5 Allmänt skydd för barn inom hälso- och sjukvård**

Barnkonventionen innehåller 42 materiella artiklar, inklusive de fyra grundprinciperna. Eftersom en fullständig genomgång av varje artikel vore oändamålsenligt, har vissa av artiklarna som kan anses vara av särskilt intresse för uppsatsens syfte valts. Detta inkluderar vissa artiklar, utöver de fyra grundprinciperna, hänförliga delvis till barns rätt i förhållande till ålder och mognad, delvis till barns rätt till hälsa och vård.

Den första av dessa är art. 1 barnkonventionen, som nämndes tidigare. Artikelns stadgar att var och en människa under en ålder av arton år ska i barnkonventionens mening anses vara ett barn, och åtnjuter därmed skydd av barnkonventionen, så länge inte barnet förklarats myndig med stöd av annan lag. Denna artikel förtydligar vilka personer som anses berättigade till de rättigheterna beskrivna i barnkonventionen. I kontexten av denna uppsats medför detta att barnkonventionens rättigheter ska tillämpas på de könsbekräftande vårdåtgärder som utförs på personer under arton år, det vill säga barn i barnkonventionens mening.

Utöver detta har barnrättskommittén i samband med skrivelser om 1 art. barnkonventionen diskuterat minimiåldersgränser i olika sammanhang. I dessa har barnrättskommittén uttryckt sig olika beroende på vilket syfte minimiåldersgränsen har. Här har bland annat anförts att minimiåldersgränser som är avsedda för att skydda barn från utnyttjande och övergrepp i allmänhet ska vara så höga som möjligt. Till sådana har exempelvis räknats

---

<sup>56</sup> CRC/C/GC/12, p. 34–35; SOU 2016:19, s. 108–109.

minimiåldersgränser för att skydda barn från riskfyllt arbete, väpnade konflikter och vårdnadsdomar.<sup>57</sup>

Däremot anser barnrättskommittén att det inte är lämpligt att sätta minimiåldersgränser på aktiviteter med starkt samband till ökad självständighet och skydd hos barnet. Som exempel har nämnts åldersgränser för att söka juridisk eller medicinsk rådgivning utan samtycke från vårdnadshavare eller att agera vittne i domstol. Eftersom sådana funktioner kan utgöra viktigt skydd för barn, anses en kategorisk begränsning för dessa barn under en viss tidsmässig ålder inte vara förenligt med barnkonventionen.<sup>58</sup>

Barnrättskommittén har även förtydligat att rätten att söka rådgivning inte kan likställas med rätten att fatta beslut. Rätt till beslutsfattande utan vårdnadshavares samtycke till medicinska frågor torde kräva en mer ingående bedömning av den fortlöpande utvecklingen av barnets förmåga. Om barnet nått tillräcklig mognad ska samtycke inhämtas från barnet självt, och vårdnadshavarna ska informeras i de fall det anses vara det bästa för barnet. Det har även konstaterats att barnkonventionen, i och med principen om barnets bästa, ger visst utrymme för domstol att fatta beslut om medicinsk behandling i situationer där denna vägras av en förälder på grund av kulturella eller religiösa skäl.<sup>59</sup>

Art. 5 barnkonventionen stadgar, i samband med art. 18, om förhållanden som råder mellan barnet, barnets vårdnadshavare och staten.<sup>60</sup> Enligt art. 5:s lydelse har staten en skyldighet att respektera det ansvar, rättigheter och skyldigheter vårdnadshavare eller, då lämpligt, andra personer som lagligt råder över barns rättigheter innehar att leda och rådgiva barn i deras utövande av barnkonventionens rättigheter. Artikeln anför vidare att denna rådgivning och ledning ska överensstämma med den fortlöpande utvecklingen av barnets förmåga. Uttrycket ”den fortlöpande utvecklingen av barnets förmåga” har samband med art. 12 och hänvisar till den rätt barnet har att få sina åsikter beaktade i grad med barnets ålder och mognad.<sup>61</sup>

---

<sup>57</sup> UNICEF, Handbok om Barnkonventionen, 2008, s. 25, 158; CRC/C/GC/20, p. 40.

<sup>58</sup> UNICEF, Handbok om Barnkonventionen, 2008, s. 25.

<sup>59</sup> UNICEF, Handbok om Barnkonventionen, 2008, s. 25 och 26. Se också CRC/C/GC/20, p. 39.

<sup>60</sup> UNICEF, Handbok om Barnkonventionen, 2008, s. 75.

<sup>61</sup> UNICEF, Handbok om Barnkonventionen, 2008, s. 75–76.

Barnets rätt till medicinsk rådgivning och rätt till att samtycka till medicinsk behandling har också samband med barnets rätt till hälsa enligt art. 24 barnkonventionen.<sup>62</sup> Enligt artikeln i fråga ska konventionsstaterna erkänna barnets rätt till bästa möjliga hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård. Utöver denna allmänna förklaring listas i art. 24.2 och 24.3 olika särskilda åtaganden som konventionsstaterna är tvungna att vidta för att kunna uppehålla barnets rätt till hälsa till fullo. Denna rättighet beskriven i art. 24 hänger samman med art. 6 och utgör, som ovan nämnts, ett förtydligande av en av de sfärer under vilken art. 6 gäller. Dock anser barnrättskommittén att enbart art. 6 och art. 24 inte är tillräckliga för att till fullo säkerställa barns rätt till hälsa.<sup>63</sup> Utöver art. 24, art. 6 och de andra grundprinciperna i barnkonventionen, utvecklas noggrannare i åtskilliga andra artiklar de hälsomässiga rättigheter barn har angående mer specifika hälsoaspekter. Som exempel kan nämnas art. 19 om skydd mot all form av psykiskt och fysiskt våld och art. 27 om rätten till en tillräcklig levnadsstandard.<sup>64</sup> Alla av artiklarna relaterade till art. 24 är dock inte av relevans för uppsatsens syfte. Därmed är hälsoaspekter utanför de berörda av eventuell könsbekräftande vård för unga och barn inte mål för vidare utredning, och barnkonventionens artiklar som inte relaterar till detta kommer inte hanteras ytterligare.

Med begreppet ”bästa uppnåeliga hälsa” syftas bland annat till barnets biologiska, sociala, kulturella och ekonomiska förutsättningar, samt statliga och icke-statliga resurser för att upprätthålla denna hälsa.<sup>65</sup> Detta medför vissa positiva rättigheter, bland annat tillgång till olika inrättningar, varor, tjänster och villkor som säkerställer alla barn lika möjlighet till bästa uppnåeliga hälsa.<sup>66</sup> Förutom en positiv rättighet till hälsovård, innebär art. 24 även friheten att råda över sin kropp och hälsa, samt vara delaktig i den hälsovård som barnet berörs av.<sup>67</sup> Exempelvis ska barnet ha rätt till frihet från medicinsk behandling som denne inte samtycker till, med mera.<sup>68</sup>

Hälsa i barnkonventionens mening hänför lika till både rent kroppslig och psykisk hälsa. Särskilt angående unga personer har barnrättskommittén uttryckt att psykisk ohälsa och

---

<sup>62</sup> UNICEF, Handbok om Barnkonventionen, 2008, s. 33.

<sup>63</sup> CRC/C/GC/2003/4, p. 5. Se också UNICEF, Handbok om Barnkonventionen, 2008, s. 254 och SOU 2014:91, s. 94.

<sup>64</sup> UNICEF, Handbok om Barnkonventionen, 2008, s. 254.

<sup>65</sup> CRC/C/GC/15, p. 23.

<sup>66</sup> CRC/C/GC/15, p. 24.

<sup>67</sup> CRC/C/GC/15, p. 24; UNICEF, Handbok om Barnkonventionen, 2008, s. 255.

<sup>68</sup> UNICEF, Handbok om Barnkonventionen, 2008, s. 255.

psykosociala problem, som exempelvis depression, självskadebeteende och självmord är bland de främsta hälsoproblem som drabbar ungdomar. I samband med detta har barnrättskommittén uppmanat konventionsstaterna att frångå övermedicinering och institutionsplacering av ungdomar som åtgärder mot dessa problem, och barnrättskommittén har anfört att staterna snarare bör anta åtgärder som utgår från folkhälsa och psykosocialt stöd. Viktigt är att ungdomar ska få psykisk hälsovård där ungdomars föräldrar, kamrater, den bredare familjekretsen och skolor medverkar, samt att de får stöd och bistånd från utbildad personal. Detta på grund av att barnrättskommitténs ansåg de åtgärderna vara effektivare för att bidra till ungdomars utveckling och psykosociala återhämtning än medicinering och institutionalisering enbart.<sup>69</sup>

Den allmänna rätten till bästa möjliga hälsa som uttrycks i art. 24.1 barnkonventionen är dock inte en garanti för god hälsa. Den bästa möjliga hälsan utgår från både individuella faktorer hos barnet samt de resurser staten har till sitt förfogande. Resonemanget här är att trots bästa försök, kan inte alla åkommor åtgärdas, och all ohälsosamt beteende kan inte staten rå för heller. Med andra ord förpliktar art. 24 endast staten till att göra sitt bästa, och staten är inte automatiskt i strid med barnkonventionen bara för att statens bästa inte räcker till med att försäkra god hälsa för barnet. Mer konkret anses artikeln förplikta staten till att bereda inrättningar, utrustning, tjänster och omständigheter som krävs för att kunna uppehålla bästa möjliga hälsa för individen. Detta innebär enligt barnrättskommittén tillräcklig sjukvård inom rimlig tid, allmän renhållning, tillgång till trygg mat och drickbart vatten, bostad, samt information och utbildning om hälsofrågor med mera. Barn ska med andra ord ha tillgång till olika system av hälsoskydd som ger dem möjlighet till att utnyttja bästa möjliga hälsa.<sup>70</sup>

Barnets rätt till sjukvård och rehabilitering enligt art. 24 barnkonventionen har av barnrättskommittén uttryckts som en rätt till god hälso- och sjukvård. Här inkluderas förebyggande och hälsofrämjande åtgärder, behandling, rehabilitering och palliativ vård.<sup>71</sup> Konventionsstaterna har enligt kommitténs mening ett strikt ansvar att säkerställa att alla barn har tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster.<sup>72</sup>

---

<sup>69</sup> CRC/C/GC/20, p. 58.

<sup>70</sup> UNICEF, Handbok om Barnkonventionen, 2008, s. 255.

<sup>71</sup> CRC/C/GC/15, p. 25.

<sup>72</sup> CRC/C/GC/15, p. 28.



Statens förpliktelser gällande hälso- och sjukvård är starkast i förhållande till primärvården<sup>73</sup>. Primärvårdstjänster bör erbjudas heltäckande, och dessa ska vara fysiskt och ekonomiskt tillgängliga i tillräcklig omfattning och kvalitet för alla grupper av barn.<sup>74</sup> Barnrättskommittén har dock större överseende gentemot stater gällande sekundär- och tertiärvård<sup>75</sup>. Dessa ska, enligt kommittén, göras tillgängliga i den utsträckning det är möjligt.<sup>76</sup> Barnrättskommittén dikterar med andra ord ingen miniminivå gällande tillgängligheten av sekundär- och tertiärvård, till skillnad från primärvård, dock finns även vid dessa en plikt att prestera enligt bästa förmåga. Könsbekräftande vård kräver särskild specialistkompetens. För denna typ av vård gäller således att denna ska göras tillgänglig i den grad det är möjligt.

Vidare anser barnrättskommittén att konventionsstaterna har en skyldighet att åtgärda brister i barnets rätt till bästa möjliga hälsa.<sup>77</sup> I detta inkluderas en skyldighet att aktivt identifiera och undanröja hinder för barns tillgång till sjukvård.<sup>78</sup> Staterna bör även se över lagstiftning i syfte att bedöma huruvida denna hindrar förverkligandet av barnets rätt till hälsa eller har diskriminerande effekter.<sup>79</sup> Eventuella brister i denna kräver ändring, och vid behov upphävning, av nationell lagstiftning och regelverk för att säkerställa alla barns lika rätt till hälsa.<sup>80</sup>

Konventionsstaternas plikt att granska och avhjälpa brister i lagstiftning affirmeras också av art. 4 barnkonventionen, som stadgar att konventionsstaterna ska vidta alla lämpliga lagstiftnings-, administrativa och andra åtgärder för att genomföra barnkonventionens rättigheter. Enligt barnrättskommittén innebär ordalydelsen ”alla lämpliga lagstiftnings-... åtgärder” att alla konventionsstater ska säkerställa att all lagstiftning är i överensstämmelse med konventionens bestämmelser och principer.<sup>81</sup> Vid ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter har staterna dock ingen strikt skyldighet att vidta lämpliga åtgärder. Skyldigheten vid dessa rättigheter sträcker sig till att använda sina tillgängliga resurser till det yttersta för att

---

<sup>73</sup> I 2 kap. 6 § Hälso- och sjukvårdslagen definieras primärvård som hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning gällande sjukdom, ålder eller patientgrupp; grundläggande vård som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

<sup>74</sup> CRC/C/GC/15, p. 25–26, 28.

<sup>75</sup> Med sekundär- och tertiärvård syftas till mer specialiserad vård som kräver särskild kompetens eller utrustning utöver primärvården.

<sup>76</sup> CRC/C/GC/15, p. 25.

<sup>77</sup> CRC/C/GC/15, p. 28–29, 71–72.

<sup>78</sup> CRC/C/GC/15, p. 29.

<sup>79</sup> CRC/C/GC/15, p. 73 och 94.

<sup>80</sup> CRC/C/GC/15, p. 94. Se också CRC/C/GC/20, p. 58.

<sup>81</sup> UNICEF, Handbok om Barnkonventionen, 2008, s. 60.

åtgärda brister i dessa, inklusive internationellt samarbete vid behov. Statens skyldighet är vid dessa rättigheter begränsad till statens egen förmåga, till skillnad från politiska och medborgerliga rättigheter.<sup>82</sup> Vad som utgör en ekonomisk, social eller ekonomisk rättighet är inte definierat, dock anses de flesta av konventionens materiella artiklar inkludera medborgerliga eller politiska rättigheter samt att dessa är tätt sammanflätade de förenämnda.<sup>83</sup>

## 2.2 *Könsdysfori och medicinsk forskning*

Könsdysfori anses manifesteras annorlunda i olika åldrar. Hos barn tenderar könsdysforin ta uttryck i entusiastisk vilja att leka, bete sig och klä sig som det stereotypa upplevda könet, med stark ovilja till lekar, beteenden och klädsel tillhörande det stereotypa tilldelade könet. Exempelvis tenderar barn med tilldelat manligt kön med kvinnlig könsidentitet verka vilja klä sig i traditionellt feminin klädsel som klänningar eller högklackade skor, samt undvika stereotyp maskulina lekar som att brottas och i stället vilja rollspela som mamma i fantasilekar. Könsdysfori kan även ta sig uttryck i en vägran att gå till sammankomster eller miljöer där det förväntas ett deltagande i enlighet med den tilldelade könsrollen.<sup>84</sup>

Hos tonåringar tenderar könsdysforin i takt med kroppsutvecklingen ta sig mer uttryck i missnöje till det tilldelade könets könskaraktärer. Hos unga tonåringar där de sekundära sexuella karakteristikerna inte än är fullt utvecklade kan könsdysforin ta sig uttryck som oro över den fysiska utvecklingen, och behöver inte nödvändigtvis uttryckas som direkt motvilja till dessa könskaraktärer. När personer med könsdysfori blir äldre och den fysiska utvecklingen kommit längre eller blivit fullbordad uttrycks könsdysforin ofta som en önskan att bli av med det tilldelade könets könskaraktärer och tillägna könskaraktärer härrörande personens könsidentitet.<sup>85</sup>

### 2.2.1 **Om ursprung och prevalens**

Som nämndes inledningsvis är orsaken till den markanta ökningen av könsdysforiska unga personer i såväl Sverige som i resten av Europa oklar. I samhällsdebatten har detta framförts

---

<sup>82</sup> UNICEF, Handbok om Barnkonventionen, 2008, s. 59.

<sup>83</sup> UNICEF, Handbok om Barnkonventionen, 2008, s. 57, 59.

<sup>84</sup> DSM-5, s. 453.

<sup>85</sup> DSM-5, s. 453.

som en naturlig konsekvens av ett avskaffande av tvångssterilisering av transsexuella personer, samt att toleransen och acceptansen av transsexuella personer ökat med tiden. Samtidigt menas det att människor numera har större tillgång till information om könsdysfori och transsexualism via internet. Med andra ord antas det numera vara lättare att komma ut och eventuellt transitionera som transsexuell, varefter antalet människor som gjort detta ökat.<sup>86</sup>

Detta har visst, dock svagt, stöd i den vetenskapliga litteraturen. Enligt statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) är acceptansen av transsexuella personer i samhället troligen av betydelse för ökningen av barn och unga i Sverige som ansöker om vård för sin könsdysfori. Samtidigt har SBU uttryckt att andelen personer i populationen som upplever könsdysfori har ökat, snarare än att det blivit vanligare att personer som inte fyller kraven för könsdysforisk diagnos ökat. Detta stöds av forskning som funnit att, förutom till antal, har gruppen personer som ansöker om transvård inte märkvärdigt ändrats mellan åren 2000 och 2016, samt har folk i Sverige och internationellt blivit mer positiva till transpersoner.<sup>87</sup>

Tillgänglig forskning verkar också tyda på att personer som fyller kriterierna för könsdysforisk diagnos men inte än tagit del av hormonbehandling verkar till hjärnstruktur och kognition dela fler likheter med cispersoner av samma könsidentitet än cispersoner med samma tilldelade kön som könsdysforikerna. Detta har tolkats som ett tecken på att könsdysforikers könsidentitet snarare är driven av hjärnans utveckling hos dem än hormonella påverkningar utifrån.<sup>88</sup>

Dock verkar en inte obetydlig minoritet av studier ge konflikterande resultat där korrelationen var starkast mellan könsdysforiker och cispersoner med samma tilldelat kön som könsdysforikerna. Trots det verkar det även i dessa studier finnas vissa märkbara skillnader mellan hjärnstrukturen hos könsdysforiker och cispersoner med samma tilldelat kön. I samband med de övriga resultaten har detta spekulerats kunna vara en indikation på att könsidentiteten kanske fungerar mer som ett könskontinuum, inte en binär konstruktion av man eller kvinna. Det bör även anmärkas att det uppmanats till försiktighet vid tolkning av denna data, givet det knappa antalet studier och de små provgrupperna i flera av dessa.<sup>89</sup>

---

<sup>86</sup> Se exempelvis Frisé, L., Söder, O., och Rydelius, P., *Kraftig ökning av könsdysfori bland barn och unga*, Läkartidningen, 2019; Mot. 2019/20:2297.

<sup>87</sup> SBU, *Könsdysfori hos barn och unga*, 2019, s. 13; Folkhälsomyndigheten, *Psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada bland unga transpersoner*, 2020, s. 9.

<sup>88</sup> Nguyen, H.B., m.fl., *Neuropsychopharmacology*, 2019;44(1), s. 25.

<sup>89</sup> Nguyen, H.B., m.fl., *Neuropsychopharmacology*, 2019;44(1), s. 25.

## 2.2.2 Könsdysforikers generella psykiska hälsa

Forskning har visat att könsdysforiska personer ofta har flera psykiska sjukdomar. Barn med könsdysforisk diagnos har en flerfaldigt större sannolikhet att ha en eller fler andra diagnoser än övriga barn.<sup>90</sup> De vanligaste av dessa är olika former av ångest, depression och självska debeteenden.<sup>91</sup> Det tros att orsaken till varför just dessa diagnoser är så vanliga bland personer med könsdysfori är de psykologiska påfrestningarna som följer av könsdysfori, samt den utsatthet personer med könsdysfori upplever i samhället.<sup>92</sup>

I Sverige finns ingen direkt statistik på hur många av de som begår självmord som är transpersoner eller lider av könsdysfori.<sup>93</sup> Dock finns det både inhemska och internationella studier som visat att självmordstankar är vanligt förekommande hos såväl unga som vuxna transpersoner. I Folkhälsomyndighetens senaste enkätstudie svarade 36 % av transpersoner att de allvarligt övervägt begå självmord under det senaste året.<sup>94</sup> Bland unga transpersoner mellan 15-19 år var den motsvarande andelen betydligt högre, 57 %.<sup>95</sup> Detta är en markant större andel jämfört med ungdomar i allmänhet, av vilka kring 7 % hade allvarliga självmordstankar.<sup>96</sup> En systematisk genomgång och metaanalys av 35 studier fann också att unga sexuella minoriteter, i vilket inkluderades även unga könsdysforiska personer, var betydligt mer sannolika att begå självmordsförsök än heterosexuella cispersoner.<sup>97</sup> Unga könsdysforiska personer visade högst sannolikhet till självmordsattentat av de i metaanalysen studerade grupperna.

---

<sup>90</sup> Folkhälsomyndigheten, *Psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada bland barn och unga transpersoner*, 2020, s. 13; Socialstyrelsen, *Utvecklingen av diagnosen könsdysfori – Förekomst, samtidiga psykiatriska diagnoser och dödlighet i suicid*, 2019, s. 9.

<sup>91</sup> Se Marshall, E., m.fl., *International review of Psychiatry*, 2016;28(1), s. 58–69; Folkhälsomyndigheten, *Psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada bland barn och unga transpersoner*, 2020, s. 13.

<sup>92</sup> Se Folkhälsomyndigheten, *Psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada bland barn och unga transpersoner*, 2020, s. 16-17.

<sup>93</sup> Se Folkhälsomyndigheten, *Psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada bland barn och unga transpersoner*, 2020, s. 10.

<sup>94</sup> Folkhälsomyndigheten, *Psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada bland barn och unga transpersoner*, 2020, s. 10

<sup>95</sup> Folkhälsomyndigheten, *Psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada bland barn och unga transpersoner*, 2020, s. 14.

<sup>96</sup> Folkhälsomyndigheten, *Psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada bland barn och unga transpersoner*, 2020, s. 14.

<sup>97</sup> Giacomo, E., m.fl., *JAMA pediatrics*, 2018;172(12), s. 1145–1152.

### 2.2.3 Hormonbehandling för könsdysforiker

Med hormonbehandling avses i denna uppsats främst behandling med hormoner som bidrar med två olika effekter; att stoppa utvecklingen av icke önskvärd pubertetsutveckling, och att frambringa kroppsliga förändringar som bättre överensstämmer med patientens könsidentitet.

Den förstnämnda typen av hormonbehandling kallas för pubertetshämmande eller pubertetsstoppande hormonbehandling. Pubertetshämmande hormonbehandling administreras ofta tidigt i behandlingen, strax efter pubertetsutvecklingen påbörjat.<sup>98</sup> Behandlingen blockerar utsöndringen av hormoner som är essentiella för pubertetsutvecklingen, och hindrar således även tillväxten av oönskvärda sekundära könskaraktärer hos individer vars könsidentitet strider med en sådan utveckling.<sup>99</sup> I samhällsdebatten har uttryckts viss oro över att behandlingen skulle låsa in barn vars könsidentitetsproblem hade gått över med tiden i en permanent könsdysfori.<sup>100</sup> Andra har betonat att det är viktigt för barns utveckling att få göra det som sig själv, i rätt kropp, samt att denna hormonbehandling redan använts under lång tid utan problem.<sup>101</sup>

Det finns förhållandevis lite forskning gällande effekterna av pubertetshämmande hormonbehandling specifikt på könsdysforiska barn. I denna forskning har användningen av pubertetshämmande hormonbehandling ansetts minska könsdysforikopplat lidande under ungdomen.<sup>102</sup> Pubertetshämmande hormonbehandling har även ansetts minska behovet för könsbekräftande kirurgi senare i livet, dock kan i vissa fall hända att utförandet av vissa ingrepp i könsorgan försvåras.<sup>103</sup> Internationella riktlinjer och övrig konsensus i denna forskning verkar vara att behandlingsformen är väl beprövad och inte medför avsevärda negativa konsekvenser på långsikt.<sup>104</sup> Behandlingen har konstaterats vara reversibel i den mån att puberteten påbörjar

---

<sup>98</sup> Socialstyrelsen, *God vård av barn och unga med könsdysfori – Nationellt kunskapsstöd*, 2015, s. 56; Ds 2018:11, s. 35; Socialstyrelsen, *Till dig med könsdysfori*, 2020, s. 6. Dock Ds 2018:11, s. 73, som anför att pubertetshämmande hormonbehandling också erbjuds patienter redan innan puberteten.

<sup>99</sup> Socialstyrelsen, *God vård av barn och unga med könsdysfori – Nationellt kunskapsstöd*, 2015, s. 53.

<sup>100</sup> Landén, M., Ökningen av könsdysfori bland unga tarvar eftertanke, *Läkartidningen*, 2019; Reimer, M., Mats Reimer: Låt barn som inte följer könsmallen vara i fred, *Dagens Samhälle*, 2019. Se också Flejdstad, O., Mats, 10: "Låt inte din kropp stoppa dig", *Expressen*, 2015.

<sup>101</sup> CC-INC, Stoppa äldre puberteten med pubertetsblockerare, 2021; Frisé, L., m.fl., Multidisciplinärt samarbete har gett bättre kunskapsläge, *Läkartidningen*, 2019; Frisé, L., m.fl., Utredning och behandling kan ge bättre livskvalitet och psykisk hälsa, *Läkartidningen*, 2019; Flejdstad, O., Mats, 10: "Låt inte din kropp stoppa dig", *Expressen*, 2015.

<sup>102</sup> Socialstyrelsen, *God vård av barn och unga med könsdysfori – Nationellt kunskapsstöd*, 2015, s. 54.

<sup>103</sup> Socialstyrelsen, *God vård av barn och unga med könsdysfori – Nationellt kunskapsstöd*, 2015, s. 55.

<sup>104</sup> Socialstyrelsen, *God vård av barn och ungdomar – Nationellt kunskapsstöd*, 2015, s. 53–54.

kort efter behandlingen upphört, och de kortsiktiga effekterna av försenad tillväxt återställs.<sup>105</sup> I detta anseende verkar konsensus vara att oron för långtida negativa kroppsliga konsekvenser av pubertetshämmande hormonbehandling är liten.

Den andra typen av behandling består av könsbekräftande hormonbehandling, som i sin tur är ämnad att framkalla förändringar i kroppen härrörande önskade könskaraktärer. Detta orsakas med att introducera könshormoner tillhörande det kön personen identifierar sig med. Exempelvis kan androgena hormoner, som testosteron, administreras till könsdysforiska personer med tilldelat kvinnligt kön för att frambringa typiskt manliga könskaraktärer som bättre reflekterar personens könsidentitet. Hormonbehandling av detta slag påbörjas då könsdysforisk diagnos fastställts och patienten anses moget nog att förstå konsekvenserna av sådan behandling. Könskonträr hormonbehandling påbörjas vanligtvis vid en ålder kring sexton år i Sverige.<sup>106</sup>

I forskning verkar könskonträr hormonterapi associeras med flera diverse positiva effekter för den mentala hälsan för personer med könsdysfori. Häribland hör inte bara lindring av könsdysforin, utan även komorbida symtom, som depression och ångest. Dessutom associeras könskonträr hormonterapi även med bättre subjektivt psykiskt välmående, som upplevd lycka och livskvalitet, hos könsdysforiska patienter. Den positiva inverkan av denna form av behandling verkar också fungera på långsikt. Trots att könsdysforiska personer tenderar uppnå bättre psykiskt välmående med hjälp av denna form av behandling, verkar de dock fortfarande inte nå samma nivå av välmående som cispersoner generellt.<sup>107</sup>

Däremot finns mindre kunskap om säkerheten och riskerna med användningen av könsbekräftande hormonbehandling. Den tillgängliga forskningen verkar också främst rikta sig på kardiovaskulära och skelettomuskulära effekter av könsbekräftande hormonbehandling.<sup>108</sup> Dock är även denna del av hälsopåverkningarna rätt så ostuderad. I forskningen har hittats

---

<sup>105</sup> Socialstyrelsen, *God vård av barn och ungdomar – Nationellt kunskapsstöd*, 2015, s. 53 och 55; Socialstyrelsen, *Till dig med könsdysfori*, 2020, s. 6.

<sup>106</sup> Ds 2018:11, s. 35–36. Se också Socialstyrelsen, *Till dig med könsdysfori*, 2020, s. 6.

<sup>107</sup> Costa, R. och Colizzi, M., *Neuropsychiatric disease and treatment*, 2016;12, s. 1953–1966; Gómez-Gil, E., m.fl., *Psychoneuroendocrinology*, 2012;37(5), s. 662–670; Millet, N., Longworth, J. och Arcelus, J., *International Journal of Transgenderism*, 2017;18, s. 27–38; Nguyen, H.B., m.fl., *Current psychiatry reports*, 2018;20(12), s. 110–126; Nguyen, H.B., m.fl., *Neuropsychopharmacology*, 2019;44(1), s. 22–37.

<sup>108</sup> Nguyen, H.B., m.fl., *Neuropsychopharmacology*, 2019;44(1), s. 27.

tecken på en något höjd risk för hjärt- och kärlsjukdom.<sup>109</sup> Risken verkar vara större för könsdysforiker som administreras androgena hormoner.<sup>110</sup> Bentjockleken verkar till stort sett förbli opåverkad, med undantag av en något ökad mineraldensitet i ländryggen som resultat av gynogena hormoner.<sup>111</sup> Enligt SBU finns också en teoretisk ökad risk till prostata- och bröstcancer som följd av könsbekräftande hormonbehandling. I studier har dock prevalensen av cancer varit förhållandevis liten, och det anses därför vara svårt att bedöma vilken cancerogen påverkan könsbekräftande hormonbehandling har.<sup>112</sup>

Vilken påverkan denna hormonbehandling har på centrala nervsystemet och dess utveckling i barn och unga är i stort sett okänd. De effekter som har observerats är att könsbekräftande hormonterapi verkar orsaka morfologiska ändringar i vissa hjärnområden som gör dessa mer lik den typiska hjärnstrukturen hos det kön patienten identifierar sig med. Dessa ändringar sker dock inte uniformt i hela hjärnan. I samband med detta verkar kognitiva förmågan hos personer som tagit del av denna behandling också ändras i den mån att de presterar bättre på kognitiva test där könet som de identifierar med generellt har en fördel, medan de presterar sämre på kognitiva test där det tilldelade könet har en fördel. I könsneutrala tester verkar prestationen ligga på samma nivå. Antalet tester är dock få, och de flesta av dessa mäter kognitiva förmågor som är könsberoende. Förståelsen över hur kognitionen påverkas i allmänhet är långt ifrån heltäckande.<sup>113</sup>

#### 2.2.4 Kirurgiska ingrepp

I detta kapitel framställs vetenskaplig kunskap över vilka effekter olika kirurgiska ingrepp har på könsdysforiska personer, särskilt sådana ingrepp som faller under 4 & 4a §§ könstillhörighetslagen. Dessa är olika former av ingrepp i könsorgan samt könskörtlar. Vilka ingrepp som blir relevanta för varje enskild person beror på personens anatomi. För transmän

---

<sup>109</sup> Maraka, S., m.fl., *The journal of clinical endocrinology and metabolism*, 2017;102(11), s. 3914–3923; Dutra, E., m.fl., *Maturitas*, 2019;129 s. 45–49.

<sup>110</sup> Dutra, E., m.fl., *Maturitas*, 2019;129, s. 45–49.

<sup>111</sup> Singh-Ospina, N., m.fl., *The journal of clinical endocrinology and metabolism*, 2017;102(11), s. 3904–3913; Figuera, T.M., m.fl., *Journal of the Endocrine Society*, 2019;3(5), s. 943–964.

<sup>112</sup> SBU, *Könsdysfori hos barn och unga*, 2019, s. 22; McFarlane, T., Zajac, J.D. och Cheung, A.S., *Clinical endocrinology*, 2018;89(6), s. 700–711.

<sup>113</sup> Nguyen, H.B., m.fl., *Neuropsychopharmacology*, 2019;44(1), s. 22–37.

handlar det främst om falloplastiska<sup>114</sup> och metoidoplastiska<sup>115</sup> operationer.<sup>116</sup> Båda av dessa operationstyper ämnar konstruera manligt könsorgan åt transmän. För transkvinnor är främst vaginoplastiska<sup>117</sup> operationer relevanta för att konstruera ett kvinnligt könsorgan åt transkvinnor.<sup>118</sup> Andra könskirurgiska operationer kan också bli relevanta i samband med vaginoplastik, häribland exempelvis hysterektomi<sup>119</sup>.

Resultaten av könsbekräftande kirurgi i könsorgan verkar generellt goda. Flera studier och metaanalyser har funnit att majoriteten av patienterna rapporterade betydande förbättring i sitt välmående.<sup>120</sup> Generellt rapporterar patienterna förbättring i livskvalitet, upplevd lycka och lindring av såväl könsdysforiska, som vissa samsjukliga, symtom.<sup>121</sup> De verkar dessutom uppleva signifikant förbättring i sexuell funktion efter könsbekräftande kirurgi.<sup>122</sup> Den stora majoriteten av könsdysforiker som tar del av könsbekräftande operationer är nöjda med operationerna, och få anför sig ångra procedureerna.<sup>123</sup> Ångern verkar korrelera med komplikation och missnöje med operationsresultat, och så gott som ingen av dem som uttryckt ånger vill transitionera tillbaka.<sup>124</sup> Detta verkar också präglas av en trend där andelen personer i Sverige som ångrat operationerna verkar ha sjunkit avsevärt under de senaste decennierna.<sup>125</sup>

Studier som försökt separera de kirurgiska könsbekräftande vårdåtgärderna från övriga behandlingsmetoder verkar också indikera att den kirurgiska aspekten är en integral del för långsiktigt välmående. Trots att den tillgängliga forskningen indikerar på att könsbekräftande

---

<sup>114</sup> Falloplastik är ett kirurgiskt ingrepp som konstruerar en penis.

<sup>115</sup> Metoidoplastik är ett kirurgiskt ingrepp som omvandlar en clitoris till en penis.

<sup>116</sup> Se exempelvis Georgas, K., m.fl., Gender affirmation surgery for gender dysphoria – risks and benefits, Region Västra Götaland, HTA-report 2018:102, s. 4, 5.

<sup>117</sup> Vaginoplastik är ett kirurgiskt ingrepp som konstruerar en vagina.

<sup>118</sup> Se exempelvis Georgas, K., m.fl., Gender affirmation surgery for gender dysphoria – risks and benefits, Region Västra Götaland, HTA-report 2018:102, s. 4, 5.

<sup>119</sup> Hysterektomi är ett kirurgiskt ingrepp för avlägsnande av livmoder.

<sup>120</sup> Murad, M.H., m.fl., *Clinical endocrinology*, 2010;72(2), s. 214–231; De Vries, A.L.C., m.fl., *Pediatrics*, 2014;134(4), s. 696–704; Defreyne, J., Motmans, J., och T'sjoen, G., *Expert review of pharmacoeconomics and outcomes research*, 2017;17(6), s. 543–556; Wernick, J.A., m.fl., *The Urologic clinics of North America*, 2019;46(4), s. 475–486; Manrique, O.J., m.fl., *Annals of plastic surgery*, 2018;80(6), s. 684–691.

<sup>121</sup> Defreyne, J., Motmans, J., och T'sjoen, G., *Expert review of pharmacoeconomics and outcomes research*, 2017;17(6), s. 543–556.

<sup>122</sup> Murad, M.H., m.fl., *Clinical endocrinology*, 2010;72(2), s. 214–231.

<sup>123</sup> Dhejne, C., m.fl., *Archives of sexual behavior*, 2014;43, s. 1535–1545; Manrique, O.J., m.fl., *Annals of plastic surgery*, 2018;80(6), s. 684–691; Van de Grift, T.C., m.fl., *Journal of Sex and Marital Therapy*, 2018;44(2), s. 138–148; Georgas, K., m.fl., Gender affirmation surgery for gender dysphoria – risks and benefits, Region Västra Götaland, HTA-report 2018:102, Region, s. 4 och 8; Wiepjes, C.M., m.fl., *The journal of sexual medicine*, 2018;15(4), s. 582–590.

<sup>124</sup> Van de Grift, T.C., m.fl., *Journal of Sex and Marital Therapy*, 2018;44(2), s. 145.

<sup>125</sup> Dhejne, C., m.fl., M., *Archives of sexual behavior*, 2014;43, s. 1535–1545.



kirurgi har en starkt positiv inverkan på psykiskt välmående, verkar dock suicidrisken för könsdysforiker som genomgått denna fortfarande vara flerfaldigt högre än hos den allmänna populationen.<sup>126</sup> Även om könsbekräftande kirurgi medför lättad av könsdysfori för många könsdysforiker, är könsbekräftande kirurgi inte ett universalmedel för könsdysfori. I forskning har det därför rekommenderats fortsatt stöd för könsdysforiska individer även efter könsbekräftande kirurgi.<sup>127</sup> Detta kunde även hänga samman med ångest i hur könsdysforiska personer blir bemötta i samhället, som kunde indikera på psykosociala orsaker utöver könsdysforin som drivande faktorer bakom den höga suicidfrekvensen bland könsdysforiker.

Det finns också en viss diskrepans de olika kirurgiska ingreppen emellan. Trots att, som ovan framförts, de samtliga olika kirurgiska ingreppen verkar resultera i ökat välmående hos könsdysforiker, ger vissa av dem oftare medicinska komplikationer än andra. I en metastudie har vaginoplastiska ingrepp för transkvinnor haft en rätt hög komplikationsfrekvens kring 32.5 %, varav 21.7 % medfört nyoperation på grund av icke estetiska anledningar.<sup>128</sup> Andra studier har dock anfört att antalet komplikationer för vaginoplastiska operationer kan vara rätt låg, givet rätt teknik och procedur.<sup>129</sup> Fallo- och metoidoplastiska ingrepp för transmän verkar också ha en hög komplikationsfrekvens, varierande från 21-67 %.<sup>130</sup>

Vad som även bör beaktas är att motsvarande forskning angående effekterna av könsbekräftande kirurgi rörande barn och unga är knapp i och med att dessa ingrepp ofta är förbjudna för personer under en viss ålder i olika länder, som det hittills också varit i Sverige. Eftersom barn och unga är anatomiskt och mentalt olika vuxna, medför detta att det kan finnas olikheter i både de direkta medicinska resultaten av kirurgin och de medföljande psykiska effekterna dessa grupper emellan. Huruvida effekterna är generellt mer positiva eller negativa på barn och ungdomar än vuxna kan inte med säkerhet konstateras, dock bör påpekas att barn generellt hanterar både psykiska och fysiska påfrestningar sämre än vad vuxna gör. Det finns därmed skäl att uppmana till försiktighet vid överföring av studieresultat av forskning på vuxna till barn.

---

<sup>126</sup> Dhejne, C., m.fl., *PloS One*, 2011;6(2), e16885.

<sup>127</sup> Dhejne, C., m.fl., *PloS One*, 2011;6(2), e16885.

<sup>128</sup> Dreher, P.C., m.fl., *Clinical anatomy (New York, N.Y.)*, 2018;31(2), s. 191–199.

<sup>129</sup> Manrique, O.J., m.fl., *Annals of plastic surgery*, 2018;80(6), s. 684–691.

<sup>130</sup> Van de Grift, T.C., m.fl., *Journal of Sex och Marital Therapy*, 2018;44(2), s. 143; Georgas, K., m.fl., Gender affirmation surgery for gender dysphoria – risks and benefits, Region Västra Götaland, HTA-report 2018:102, s. 4 och 8. Observera dock att sampelstorleken varit liten, tre personer, i studien med 67 %.

## 2.2.5 Medicinsk forskning sammanfattat

Kort sammanfattat visar den tillgängliga medicinska forskningen att könsbekräftande vårdåtgärder, här inkluderat hormonbehandling och könsbekräftande kirurgi, generellt verkar bidra till ökat välmående hos könsdysforiska personer. Majoriteten av personer som behandlas verkar också vara positivt inställda till detta och få ångrar sig ha genomgått behandlingen. Behandlingen är dock långt ifrån felfri och en inte försumbar andel av könsbekräftande kirurgi leder till medicinska komplikationer av olika slag. Komplikationsfrekvensen varierar också kraftigt beroende på metod, teknik och procedur, och det är oklart vilka metoder som levererar de bästa resultaten.

Mycket är också oklart gällande de eventuella riskerna med respektive behandlingsmetod. Osäkerheten förvärras vidare av att majoriteten av den befintliga forskningen, de kirurgiska ingreppen i synnerhet, riktar sig på personer som nått myndig ålder. I detta hänseende bör en viss försiktighet iaktas vid tolkning av forskning och applicering av denna på barn.

## 2.3 Övervägningar och analysramssyntes

Den barnrättsliga grunden av den teoretiska delen utmynnar i diverse olika rättigheter som ska respekteras och som bildar en viss ram inom vilken lagen bör förhålla sig. Här hör dels att individuella beslut ska göras utifrån vad som är det bästa för barnet i det enskilda fallet, dels att alla barn ska ha samma möjlighet till medicinsk vård, samt dels att barn ska beredas tillfälle att uttrycka sin åsikt i frågan. Barnets åsikt ska dessutom tillmätas betydelse enligt barnets ålder och mognad. I kontexten av tillstånd att undergå könsbekräftande vård medför detta att barnet ska få ta del av och njuta inflytande i behandlingen av sin egen könsdysfori i den mån barnet är moget, samt att detta dels ska påverka bedömningen om vad det bästa för barnet är i det enskilda fallet.

Konflikten mellan den medicinska och den barnrättsliga delen av teorin består således i den fokus på mognad som barnkonventionen ställer på barnets rätt att själv fatta beslut i medicinska frågor och den ovisshet som råder gällande konsekvenserna av könsbekräftande vård. Det som är klart är att de eventuella konsekvenserna kan vara svåra. Psykologisk forskning verkar enig om att könsdysforiska personer i allmänhet uthärdar tung psykisk påfrestning. Trots att belägget är mer begränsat för hur barn och unga upplever könsdysfori, torde det inte vara långsökt att

påstå att dessa sannolikt är mer känsliga för påfrestningarna än vad vuxna är. Samtidigt får inte glömmas att inte alla personer som ansöker om vård är könsdysforiska, samt att det bästa för varje könsdysforisk person inte nödvändigtvis alltid är kirurgisk eller annan könsbekräftande vård. Kirurgiska vårdåtgärder i synnerhet kan medföra väldigt långtgående konsekvenser för personen om dessa utförs på fel person, i och med de stora somatiska omvälvningarna av kronisk, eller i värsta fall, permanent karaktär dessa medför.

Förutom att kirurgisk könsbekräftande vårdåtgärd per definition innefattar definitiva förändringar i patientens kropp, präglas en förhållandevis stor andel av dessa av komplikationer. Risken för komplikationer var särskilt hög vid vissa typer av ingrepp på könsorgan, här inkluderat vaginoplastiska, falloplastiska och metoidoplastiska ingrepp i synnerhet. Noterbart är även att riskspannet är stort studierna emellan, med föga översikt gällande vad som orsakat bättre kontra sämre resultat studierna emellan. I denna mån har även i den medicinska litteraturen uttryckts att konsensus gällande bästa medicinska praxis saknas som ett led i en brist på kunskap gällande dessa ingrepp. Med andra ord präglas ingreppen även av en viss osäkerhet gällande hur de eventuella riskerna och konsekvenserna kan minimeras. Trots den höga komplikationsincidensen med flera av dessa genitila ingrepp, tenderar få av de som tar del av ingreppen självrapporera ånger över dem. Med tanke på detta kunde frågas huruvida den höga komplikationsfrekvensen väger tungt, då den stora majoriteten i vart fall inte uttrycker missnöje över sina beslut. Här bör dock åter igen påpekas att den befintliga forskningen så gott som enbart studerat ångern bland vuxna könsdysforiker då behandling begränsats gällande barn och unga i många länder på grund av juridiska skäl.

Ett annat dilemma är även ovissheten för vilka konsekvenser de olika hormonbehandlingarna kan medföra. Den förstnämnda, och diskutabelt lindrigare av dessa hormonbehandlingar, är pubertetshämmande hormonbehandling. Gällande denna behandling råder viss ovetskap gällande vilka konsekvenser dessa har för könsdysforiska barn och unga samt könsdysforiker i allmänhet. Tills vidare har dock inga svåra konsekvenser identifierats i forskning. Denna form av hormonbehandling används inte heller enbart vid behandling av könsdysforiska personer – behandlingen administreras även likartat åt ciskönade barn med för tidig pubertetsstart. Tvärtom fallet med användning av pubertetshämmande hormonbehandling för könsdysforiker, finns rikligt med kunskap om användningen i dessa fall. Konsensus av denna forskning verkar vara att behandlingen är reversibel, samt anses den vara i hög grad fri från oönskvärda konsekvenser.

Däremot anses effekterna av könsbekräftande hormonterapi något mer omvälvande. Denna har konstaterats inte bara påverka patienternas yttre sekundära könskaraktärer, utan även ge vissa morfologiska ändringar i hjärna, samt påverka kognitionen. Studierna verkar tyda på att de cerebrala effekterna sådan hormonbehandling medför i såväl form som funktion snarare är av omställande än inhiberande natur; som hjärna och prestation drar mer mot någotdera av ändorna på ett feminitet-maskulinitet-spektrum. Området är dock fortfarande väldigt oprövat, och annat kan inte konstateras än att de föga studieresultat som finns tillgängliga än så länge tyder på att de negativa konsekvenserna i neurologiskt hänseende av rätt tillämpning av hormonbehandling är små och lär vägas upp av fördelarna. Däremot finns mer, dock fortfarande knappt, belägg för något större sannolikhet till hjärt- och blodkärllsjukdom som konsekvens av också denna form av hormonbehandling.

Trots denna ovisshet, tenderar tröskeln för att administrera hormonbehandling för könsdysfori vara lägre än för kirurgiska ingrepp på könsorgan. Orsaken hänger samman med att hormonbehandling betraktas som ett mindre omfattande ingrepp och en betydligt mer reversibel behandlingsåtgärd än genitalkirurgi. Hur reversibla effekterna av hormonbehandling är debatteras dock. I fallet av pubertetshämmande hormonbehandling anses denna enbart medföra ett tillfälligt uppehåll av pubertetsutvecklingen, som fortgår då användandet av pubertetshämmande hormoner upphör. Även gällande dessa har dock uttryckts en viss rädsla för hämmad tillväxt då behandlingen avslutats. Könsbekräftande hormonterapi ter sig däremot vara av betydligt mer omvälvande karaktär, fastän även denna form av hormonbehandling anses vara av mer reversibel karaktär än genitalkirurgi. Trots det torde oron för bestående men vid användningen av könskonträr hormonterapi vara mer påtaglig än vid användningen av pubertetshämmande sådan.

Detta ställer ett visst intresse för att skydda barn i deras utsatta position. Som ovan redogjorts tolkas barnkonventionen uppmuntra konventionsstater till att ställa åldersgränser ämnade för att skydda barn från farliga eller potentiellt skadliga aktiviteter på en så hög ålder som möjligt. Däremot tolkas barnkonventionen även vara mer skeptisk till åldersgränser som försvårar barns tillgång till olika resurser för att hävda sin rätt. I och med barns rätt till hälsa torde situationen vid könsbekräftande vård vara av det slaget där en konventionsenlig tolkning skulle kräva en grundligare övervägning av intressen än att enkelt diktera högsta möjliga åldersgräns. I samband med barns rätt till att självständigt fatta beslut om medicinsk behandling har uttryckts

att denna borde utgå från barnets ålder och mognad. Enligt detta tankeled blir den avgörande faktorn huruvida barnet har tillräcklig ålder och mognad för att fatta beslut vid denna typ av frågor.

Mognaden utgår från barnets förmåga att förstå innebörden av sina beslut, inklusive eventuella konsekvenser. Den fråga som manifesterar här är då huruvida barn har förmågan att förstå konsekvenserna av könsbekräftande vård, då även den medicinska litteraturen saknar fullständig förståelse om dessa. Visserligen krävs inte att barnet innehar full insyn i alla aspekter för att kunna anses vara mogen nog för att fatta egna beslut, dock lägger mer ingripande konsekvenser en högre ribba av förståelse som kan krävas av barnen för eget beslutfattande inom medicinsk behandling. E contrario torde behandling med mindre ingripande konsekvenser inte kräva samma nivå av mognad som behandling med mer ingripande konsekvenser. För de mer ingripande behandlingarna torde således krävas en gedignare utredning av barnets mognad.

I detta hänseende kan konstateras att konsekvenserna av pubertetshämmande hormonbehandling är små och till stor grad reversibla, medan könsbekräftande kirurgi medför stora och svårkorrigerbare konsekvenser. Samma nivå av utförlighet krävs således inte vid bedömningen av barnets mognad för pubertetshämmande hormonbehandling som vid kirurgisk könsbekräftande vård. Till lika krävs inte heller samma grad av mognad hos barnet för att barnets åsikt ska kunna tillmätas avgörande betydelse vid denna form av könsbekräftande vårdåtgärder som vid de mer ingripande arterna.

Här bör också observeras att könsdysfori är ett tillstånd med starkt samband med ifrågavarande persons identitet och egenuppfattning. Detta speglas även i de diagnostiska kriterierna för en könsdysforisk diagnos. Exempelvis är ett diagnoskriterium enligt DSM-5 att personen i fråga ska uppleva sig ha en könsidentitet som strider emot den vilken tilldelats denne. Personens åsikter och uttryck utgör med andra ord en integral del av den medicinska utredningen som avser fastställa könsdysforisk diagnos. Barnets åsikter är därmed ofrånkomligt centrala vid bedömningen av behandling som led av den könsdysforiska diagnosen.

En annan aspekt av den svåra psykiska påfrestning barn och unga könsdysforiker är belastade av är dock den väntan de är tvungna att lida före tillstånd ges till vissa behandlingsformer, härnämnt de könsbekräftande vårdåtgärderna. Forskningen tyder på att de tydligaste förbättringarna i könsdysforiska personers välmående uppkommer vid vissa etapper i

behandlingen, börjande från påbörjandet av vården kulminerande i eventuell könsbekräftande kirurgi. En längre och långsammare vårdprocess medför då att de vårdade könsdysforiska personernas lidande hålls på värre nivå under en längre tid. I detta hänseende kan således även finnas skäl att inte fördröja processen mer än nödvändigt. Detta medför i sin tur att det, trots att könsbekräftande vård i och med sin ingripande natur kräver noggrann undersökning innan tillstånd meddelas, finns en gräns där den robusta utredningen går för långt och strider emot barnets bästa. I detta hänseende kunde även finnas ett visst intresse till mer individualiserade bedömningar där utredningslängden beror på den tid som krävs för att säkerställa just det barnets lämplighet för behandling.

Enligt barnkonventionens grundprincip om icke-diskriminering ska de rättigheter som fastställs i barnkonventionen betryggas vart och ett barn inom konventionsstatens jurisdiktion. Detta inkluderar även kön, och i längden, könsidentitet. Detta medför att könsdysforiska barn ska beredas samma möjligheter att leva och utveckla sig som andra barn och ett undantag i detta vore inte förenligt med barnkonventionen. Tvärtom, torde den utsatta position könsdysforiska barn och unga är i motivera ett desto större krav på staten att proaktivt skydda dessa barn för att leva upp till barnkonventionens förpliktelser.

Könsidentitet är, som ovan påpekats, en grund som ingår i skyddet mot diskriminering enligt icke-diskrimineringsprincipen uttryckt i art. 2 barnkonventionen. Frågan som manifesteras här är huruvida detta utgår från två binära kön eller ett spektrum av kön. Inom ett könsspektrum skulle i detta hänseende även en mångfald av könsidentiteter kunna anses beskyddade och värdiga av jämbördig respekt utifrån barnkonventionen, inte bara kvinnlig eller manlig. Sett utifrån barnkonventionens fokus att säkerställa alla barn samma rättigheter, även till hälsa, torde en mer konventionslojal tolkning vara den som leder till jämlikare resultat i praktiken. En mer heltäckande uppfattning av kön vore även mer förenligt med det enskilda barnets bästa. Detta skulle förespråka en tolkning av kön som ett könsspektrum.

Samtidigt är könsidentitet ett begrepp som hänvisar till en upplevelse av kön hos individen; en i sista hand subjektiv uppfattning av individens egna kön. Med detta i åtanke vore det svårbegripligt att diktera vilka uppfattningar som är de enda korrekta och tillåtna. Inte heller i den medicinska litteraturen verkar könsidentiteter begränsas till enbart de två binära. I denna mån kan upprepas att könsdysforisk diagnos kan ställas en person med icke-binär könsidentitet. En uppfattning av kön som ett spektrum skulle vara mest förenlig de överhängande

grundprinciperna i barnkonventionen samt en holistisk tolkning av artiklarnas innebörd, och även vara den som bäst speglar den vetenskapliga uppfattningen av kön. Med andra ord bör även barn med icke-binär könsidentitet få åtnjuta samma skydd som barn med binär könsidentitet.

Sammanfattat kan teoridelen distilleras till ett antal utgångspunkter som bildar den analysram med vilken gällande rätt utforskas i de efterföljande avsnitten. Den första av dessa är att barns rätt att fatta beslut utifrån barnets ålder och mognad ska respekteras. Denna bedömning av ålder och mognad ska anpassas beroende på hur ingripande behandlingen och dess konsekvenser är. Bedömnings- och behandlingsprocessen ska inte heller vara kortare eller längre än vad som behövs för att säkerställa det bästa för det enskilda barnet i fråga. Den behandling som ges ska också vara av bästa möjliga kvalitet och planerad med fokus på de bästa möjliga resultaten för barnet. Slutligen ska de tidigare nämnda värderingarna gälla lika för alla könsdysforiska barn, oberoende könsidentitet.

### 3 Rättsutredning

I detta kapitel fastställs gällande rätt för att utreda under vilka förhållanden barn och unga under aderton år tillåts undergå könsbekräftande vårdåtgärder i Sverige. I Sverige är den juridiska och den somatiska transitionsprocessen sammanflätade på så vis att tillstånd till vissa former av könsbekräftande vårdåtgärder kräver att personen i fråga getts tillstånd till juridiskt könsbyte.<sup>131</sup> Tillstånd till juridiskt könsbyte kan därmed betraktas som ett prerekvisit till dessa typer av könsbekräftande vårdåtgärder, och förutsättningarna för att bli tillmänt tillstånd till juridiskt könsbyte är således en integral delkomponent av utredningen, och ett naturligt första steg i utredningen att efterforska. Tillstånd till juridiskt könsbyte respektive avlägsnande av könskörtlar eller ingrepp i könsorgan regleras i könstillhörighetslagen, varmed utredningen även påbörjas där.

#### 3.1 Könstillhörighetslagen

Enligt 1 § könstillhörighetslagen ska en person få egen ansökan om ändrat juridiskt kön fastställt, så länge personen i fråga fyller vissa kriterier. Till kriterierna hör att ansökande ska

---

<sup>131</sup> SOU 2014:91 s. 256.

1. sedan en lång tid upplevt sig tillhöra det andra könet, 2. sedan en tid uppträder sig i enlighet med denna könsidentitet, 3. måste antas komma att leva i denna könsidentitet även i framtiden, och 4. har fyllt aderton år. Denna paragraf är avsedd att reglera möjligheten för personer med en könsidentitet som avviker från sitt registrerade kön, det vill säga könsdysforiska personer, att ändra sitt juridiska kön.<sup>132</sup> Nästföljande paragraf reglerar möjligheten för intersexuella personer att ändra juridiskt kön.<sup>133</sup> Då intersexuella personers möjlighet till könsbekräftande vård går utöver uppsatsens syfte, redogörs denna inte vidare.

Tillstånd att undergå ingrepp i könsorgan samt tillstånd till avlägsnande av könskörtlar regleras i 4 respektive 4a §§ könstillhörighetslagen. Bägge av dessa paragrafer hänvisar tillbaka till 1 och 2 §§, och stadgar att förutsättningarna för fastställelse enligt någondera av dem måste uppfyllas för att tillstånd ska utmätas. Orsaken bakom denna konstruktion var att det ansågs vara lämpligt att alla fastställelse- och tillståndsfrågor hanteras samtidigt då en somatisk transition utan möjlighet till juridisk transition sannolikt skulle försätta personen i en sämre position än att bli nekad bägge.<sup>134</sup> Det befarades att personer som inte fyllde kraven för fastställelse av ändrad könstillhörighet skulle genomgå könsbekräftande kirurgi i hoppet om att detta skulle göra det enklare för dem att övergå till en annan könsroll innan det hade utretts om de uppfyllde kraven.<sup>135</sup>

Eftersom tillstånd att undergå avlägsnande av könskörtlar och ingrepp i könsorgan knöts till kriterierna för juridiskt könsbyte, blev konsekvenserna av dessa könsbekräftande vårdåtgärder även av betydelse för strukturerandet av kriterierna. Dessa rekvisit motiverades således som en säkerhetsåtgärd för att förhindra personer från att förhastat transitionera från en könstillhörighet till en annan. I argumentationen i förarbetena framförs att könsbekräftande vårdåtgärder medför långvariga och permanenta konsekvenser av betydande art för en persons kropp. Eftersom konsekvenserna var så betydande, ansågs det nödvändigt att minimera risken att en person som väljer undergå denna typ av könsbekräftande kirurgi ångrar sitt beslut. Ett ingrepp i könsorganen eller avlägsnande av könskörtlar kan inte tas tillbaka, och en person som då ångrar sitt beslut skulle sannolikt vara tvungen att leva med svår ångest över de kroppsliga förändringarna och den förlorade fertiliteten för resten av sitt liv.<sup>136</sup>

---

<sup>132</sup> SOU 2014:91 s. 143. Se också Prop. 1972:6 s. 22.

<sup>133</sup> Exempelvis SOU 2014:91 s. 237.

<sup>134</sup> Prop. 1972:6 s. 29; SOU 1968:28 s. 62.

<sup>135</sup> Se SOU 1968:28 s. 62.

<sup>136</sup> Se prop. 1972:6 s. 27–28.



Som ovan anförts kräver tillstånd för denna typ av könsbekräftande vård att personen i fråga som ämnar genomgå behandlingen även har beviljats tillstånd till juridiskt könsbyte. Således är den medicinska och den juridiska könsbytesprocessen tätt ihopkopplade i Sverige. Dock har det i en nyare utredning föreslagits att dessa processer borde säras åt.<sup>137</sup> Detta har även lyfts av riksdagen och regeringen, och för tillfället utreds lagförslag gällande ett eventuellt åtskiljande av processerna.<sup>138</sup> I dessa nyare lagstiftningsärenden har också framförts att även personer under aderton år i vissa fall bör få tillstånd till ingrepp i könsorgan.<sup>139</sup> Som anledning till detta har framförts att ett absolut förbud för barn inte skulle vara förenligt med barnets bästa enligt art. Barnkonventionen.<sup>140</sup>

Enligt 4a § 3 st. könstillhörighetslagen lyder en åldersgräns på 23 år för att kunna medges tillstånd till avlägsnande av könskörtlar undantaget synnerliga skäl. Som sådant synnerligt skäl har ansetts vara om personen som ansöker om sådan könsbekräftande kirurgi skulle befaras få allvarliga psykiska problem av att vara tvungen att vänta flera år till innan utförande av ingreppet.<sup>141</sup> Dock anses denna åldersgräns vara obsolet och tillämpas i regel inte i praktiken av socialstyrelsens råd för vissa rättsliga, sociala och medicinska frågor (Rättsliga rådet), det beslutsfattande organet vid dessa tillståndsfrågor.<sup>142</sup> På grund härav har i senare förarbeten utgått från en de facto åldersgräns på aderton år, trots paragrafens utformning.<sup>143</sup>

### 3.1.1 Upplever sig tillhöra det andra könet

Det första kriteriet i 1 § könstillhörighetslagen, som ovan anförts, är att ansökande ska uppleva sig tillhöra det andra könet. Centralt för kriteriet är att individens egna könsidentitet ska vara motsatt den vilken är tilldelad denne.<sup>144</sup> För att kunna fastställa en sådan upplevelse krävs enligt förarbeten att denna könsidentitet ska ha haft en viss varaktighet.<sup>145</sup> Denna varaktighet har

---

<sup>137</sup> SOU 2014:91 s. 312; Ds 2018:11, s. 56.

<sup>138</sup> Mot. 2019/20:2297; 2019/20:SoU12 s. 107; Regeringen, Pressmeddelande från kulturdepartementet och socialdepartementet den 16 mars 2017, *Regeringen vill modernisera könstillhörighetslagen*, hämtad från [<https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2017/03/regeringen-vill-modernisera-konstillhorighetslagen/>] den 11 september 2020.

<sup>139</sup> Ds 2018:11, s. 70.

<sup>140</sup> SOU 2014:91 s. 296–299.

<sup>141</sup> SOU 2007:16 s. 137.

<sup>142</sup> SOU 2007:16 s. 161; Ds 2018:11, s. 41.

<sup>143</sup> SOU 2007:16 s. 161–162; SOU 2014:91 s. 291; Ds 2018:11, s. 60–61.

<sup>144</sup> Prop. 1972:6 s. 22; SOU 2014:91 s. 145.

<sup>145</sup> Prop. 1972:6 s. 22; SOU 2014:91 s. 145.

ansetts vara en kodifiering av Rättsliga rådets rättsillämpning, och har i prop. 2011/12:142 anförts vara kring ett år.<sup>146</sup> I senare förarbeten har ansetts att detta inte borde regleras i lagstiftning och att fastställandet av detta i stället borde anlitas den medicinska professionen, dock har dessa ändringar inte blivit lagfästa.<sup>147</sup> Enligt förarbeten innebär kriteriet dock inte enbart en tidsaspekt som måste tillfredsställas, utan även att upplevelsen ska vara av viss styrka, trots att detta inte uttrycks i lagtextens utformning.<sup>148</sup> Hur stark upplevelsen ska vara har inte definierats, då detta ansetts olämpligt.<sup>149</sup>

I praktiken fastställs huruvida en person upplever sig tillhöra det andra könet genom den utredning en transperson som ansöker om vård för sin könsproblematik genomgår. En person som ansöker om transsexuell vård remitteras till särskilda utredningslag, där denne genomgår psykiatrisk bedömning samt psykologisk och somatisk utredning.<sup>150</sup> Som del av denna utredning ingår att en person utreds för könsdysfori och eventuellt diagnostiseras som könsdysforisk enligt DSM-5 eller ICD-11.<sup>151</sup> Diagnostiska kriterierna i såväl DSM-5 som ICD-11 föreskriver att patienten ska ha upplevt en inkongruens mellan könsidentitet och tilldelat kön i minst 6 månader för att diagnos om könsdysfori ska ställas.<sup>152</sup> Dessutom framgår att själva utredningen i regel pågår under minst 2 år, dock kan det finnas individuella skillnader.<sup>153</sup> En utredning som utmynnar i diagnos om könsdysfori torde således i regel innebära att personen fyller kriteriet av att uppleva sig tillhöra det andra könet.

Undantaget är dock då den diagnostiserade könsdysforin grundar sig i en icke-binär könsidentitet som orsakar inkongruensen. Ur lagrummets lydelse samt förarbetenas beskrivning av punkten står klart att lagen utgår från en binär sammanställning av kön. För att en person ska fylla kriteriet krävs att dennes könsidentitet är den motsatta den vilken är skriven – skriven man vars könsidentitet är kvinna, eller skriven kvinna, vars könsidentitet är man. Då en persons könsidentitet varken är man eller kvinna uppfylls inte lagrummets krav om att identifiera sig med motsatt kön, och ett juridiskt könsbyte blir således omöjligt.<sup>154</sup>

---

<sup>146</sup> SOU 2014:91, s. 245 och prop. 2011/12:142, s. 33.

<sup>147</sup> Ds 2018:11, s. 64–65 och 94–95.

<sup>148</sup> Prop. 2011/12:142 s. 33; SOU 2014:91 s. 144–145.

<sup>149</sup> SOU 2014:91, s. 245; Prop. 2011/12:142, s. 33; 1972:6, s. 22.

<sup>150</sup> Prop. 2011/12:142 s. 16; Ds 2018 s. 33–34.

<sup>151</sup> Ds 2018:11, s. 33. Se också Prop. 2011/12:142 s. 16. Observera att källan hänvisar till DSM-4 och ICD-10 med respektive diagnoser, som senare uppdaterats.

<sup>152</sup> DSM-5 s. 452 och ICD-11, hämtad från [<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f%2fentity%2f411470068>] den 21 september 2020.

<sup>153</sup> Prop. 2011/12:142 s. 16; SOU 2017:92 s. 744.

<sup>154</sup> Se SOU 2017:92, s. 903.

En del av klinikerna i Sverige som utreder könstillhörighetstillstånd tar inte heller emot uttalat icke-binära personer som led av de rättsliga kriterierna.<sup>155</sup> Tillgången till könsbekräftande vård är således vidare begränsad för icke-binära personer, då de även har det svårare att få sin könstillhörighet utredd. Vidare har det i statlig utredning framkommit att icke-binära personer upplevt att de, om de ska få vård, ofta måste välja ”allt eller inget” angående olika könsbekräftande vårdåtgärder.<sup>156</sup> Personer som inte helt identifierar med någotdera av de binära könen upplever sig pressade till att välja något av de binära, och blir då också utan den vård de behöver. I vissa fall har icke-binära varit tvungna att överväga transitionera binärt för att få tillstånd att undergå denna vård.<sup>157</sup> Situationen för icke-binära transpersoner kunde i detta hänseende anses bristfälligt i Sverige. På grund härav har också uttryckts i nyare förarbeten en vilja att frångå den binära lydelsen av lagen, och i stället utgå från personens könsidentitet.<sup>158</sup>

Könsdysforiker som vårdas har i allmänhet också uttryckt att bemötandet av utredningslagen ofta upplevs som dåligt, dock med viss variation beroende på klinik och utredningslag. Dessa upplevelser har bestått av att en känsla att utredare ifrågasätter könsidentitet och transpersoner tvingas bevisa sig inneha den könsidentitet de uttrycker sig ha.<sup>159</sup> Utredare har i dessa fall upplevts vara skeptiska grindvakter som könsdysforiker måste övertala för att få vård, i stället för hälsovårdare som ska hjälpa dem med deras könsdysfori.<sup>160</sup> Detta har lett till att könsdysforiker upplevt vårdprocessen vara långsam med långa väntetider.<sup>161</sup> På grund därav är det inte heller ovanligt att könsdysforiska unga självmedicinerar.<sup>162</sup> I kombination med vad som upplevts vara bristfällande information gällande vården har de som utreds berättat sig känna maktlösa och utlämnade till vårdsystemet.<sup>163</sup> I vissa fall har även berättats att utredare vägrat tilltala patienter med det namn eller pronomen patienterna bett om.<sup>164</sup>

Trots den nära koppling som finns mellan medicinsk utredning och fastställandet av en inkongruent könsidentitet, innebär 1 § 2 st. 1 p. könstillhörighetslagen inget strikt krav på en

---

<sup>155</sup> SOU 2017:92, s. 647.

<sup>156</sup> SOU 2017:92, s. 622.

<sup>157</sup> SOU 2017:92, s. 622.

<sup>158</sup> Ds 2018:11, s. 59–60, 94–95.

<sup>159</sup> SOU 2017:92, s. 635.

<sup>160</sup> SOU 2017:92, s. 621.

<sup>161</sup> SOU 2017:92, s. 633.

<sup>162</sup> SOU 2017:92, s. 671.

<sup>163</sup> SOU 2017:92, s. 632–633.

<sup>164</sup> SOU 2017:92, s. 622.

fastställd könsdysforisk diagnos.<sup>165</sup> I ett flertal utredningar har förslagits att lagrummet skulle omdefinieras som ett uttryckligt krav på en sådan diagnos för att förankra lagstiftningen i vetenskaplig grund.<sup>166</sup> Detta har dock ansetts innebära en enligt förarbeten icke önskvärd förnämning av personer som kan ansöka om fastställelse av motsatt juridiskt kön, varmed strikt krav på medicinsk diagnos inte införts.<sup>167</sup>

I praktiken torde ett fastställande av motsatt könsidentitet dock vara svårt utan sådan diagnos, då det rättsliga beslutet om fastställt ändrat juridiskt kön till stor del grundar sig på material utfärdad av ansvarig läkare som avser fastställa diagnosen.<sup>168</sup> Det kan ifrågasättas om ett tillfredsställande av kriteriet utan fastställd diagnos över huvudtaget är möjligt utanför teorin.

### 3.1.2 Uppträtt i enlighet med denna könsidentitet

Förutom att ansökanden lyckas styrka en viss könsidentitet måste denne även styrka sig ha uppträtt i enlighet med denna könsidentitet under en period. Likt fastställandet av om personen faktiskt upplever sig tillhöra det andra könet, ingår att patienten uppträder i enlighet med sitt upplevda kön inom den medicinska utredningen efter att denna diagnostiserats.<sup>169</sup> Med detta kriterium hänvisas till ett krav på en viss så kallad *Real life experience* som ansökanden måste ha utfört för att bli tillmänt fastställelse av ändrat juridiskt kön.<sup>170</sup> *Real life experience* innebär att ansökanden under en tid på heltid ska ha uppträtt i sin könsidentitet i samspel med andra människor, som i yrkeslivet eller i familjen.<sup>171</sup> Ändamålet med denna *Real life experience* är att personen ska få erfarenhet av att leva som ett annat kön, och på så vis förbereda sig för livet och konsekvenserna av en eventuell könstransition, och på basis av denna erfarenhet kan en utvärdering göras gällande om patienten klarar av att leva i den eftertraktade könsrollen.<sup>172</sup> Under denna period undergår personen i fråga också hormonbehandling som ett led i dennes förberedelse inför könsbekräftande kirurgi, förutsatt att det är sannolikt att denne fullföljer processen.<sup>173</sup> Pubertetshämmande hormonbehandling påbörjas redan tidigt i behandlingen för barn som påbörjat puberteten medan könsdysforisk diagnos utreds. Då könsdysforisk diagnos

---

<sup>165</sup> Prop. 2011/12:142, s. 34; SOU 2014:91, s. 143.

<sup>166</sup> Se exempelvis SOU 2007:16, s. 14.

<sup>167</sup> Prop. 2011/12:142, s. 34. Jfr också prop. 1972:6, s. 58; SOU 2007:16.

<sup>168</sup> Se Ds 2018:11, s. 33 och 40; SOU 2007:16 s. 50–54; SOU 2017:92 s. 746 och 749. Se också avsnitt 3.1.4.

<sup>169</sup> SOU 2007:16 s. 52.

<sup>170</sup> Ds 2018:11, s. 34.

<sup>171</sup> Prop. 2011/12:142, s. 33; Ds 2018:11, s. 34.

<sup>172</sup> SOU 2007:16, s. 52.

<sup>173</sup> SOU 2007:16, s. 52; Ds 2018:11, s. 34.

fastställs och personen är tillräckligt mogen kan könskonträr hormonbehandling ges.<sup>174</sup> Kriteriet innehar ingen fast gräns på hur länge ansökandens *Real life experience* ska ha varat för att denne ska kunna tillmätas fastställelse av ändrat juridiskt kön, dock har i praktiken utgått ifrån att denna ska ha pågått i ett år.<sup>175</sup>

### 3.1.3 Måste antas fortsätta leva i könsidentiteten

Som framförts ovan är ett av de initiala stegen i den medicinska utredningen att fastställa om patienten faktiskt har en könsidentitet som är oförenlig med det kön som tilldelats denne. Utöver det är ändamålet bakom patientens *Real life experience* att sätta denne i situationen för att efterforska om denne även klarar av att leva som sin könsidentitet. Kriteriet att personen i fråga kan antas fortsätta leva i könsidentiteten i framtiden kan således tolkas som en prognos som utredningen måste utnyttja i för att fastställelse av ändrat juridiskt kön ska komma tillhanda – det vill säga att personen faktiskt är könsdysforisk och inte kommer ångra en eventuellt somatisk transition.

Enligt förarbeten till den ursprungliga utformningen av könstillhörighetslagen ska detta kriterium tolkas så att en eventuell övergång från den upplevda könsidentiteten till en annan ska anses praktiskt utesluten för att tillstånd ska kunna utmätas.<sup>176</sup> Detta kriterium anses dock i nyare förarbeten ha justerats i Rättsliga rådets tillämpning, och kriteriet anses numera definieras som att det ”med ’tillräcklig säkerhet’ ska kunna anta[s] att personen inte vill återgå till sin ursprungliga könstillhörighet”.<sup>177</sup> Även detta kriterium har i nyare förarbeten viljats ålämna den medicinska professionen att bestämma.<sup>178</sup>

### 3.1.4 Beslutet

Beslutet över huruvida ansökande ska få fastställt ändrat juridiskt kön med hjälp av 1 eller 2 §§ könstillhörighetslagen görs av Rättsliga rådet. Handläggningstiden för fastställelse av ändrad könstillhörighet var nio månader år 2016.<sup>179</sup> Vid ärende om könstillhörighet består Rättsliga

---

<sup>174</sup> Ds 2018:11, s. 36.

<sup>175</sup> Prop. 2011/12:142, s. 33; SOU 2017:92, s. 744, 754–755.

<sup>176</sup> Prop. 1972:6 s. 23.

<sup>177</sup> SOU 2014:91 s. 147.

<sup>178</sup> Ds 2018:11, s. 95.

<sup>179</sup> Ds. 2018:11 s. 90.

rådets sammansättning av en ordförande, tre läkare, en beteendevetare och en lekman. Av dessa är ordförande rättspsykiatriker, och en av de tre läkarna är föredragande.<sup>180</sup>

För ansökanden gäller inga rättsliga begränsningar för hur denne bestyrker sig uppfylla kriterierna, dock kräver Rättsliga rådet i regel att en omfattande medicinsk utredning med läkarutlåtande gjorts i stil med utredningen beskriven ovan för att bifall ska meddelas.<sup>181</sup> Rådets huvudsakliga uppgift har i detta hänseende ansetts vara att fungera som en centraliserad kvalitetskontroll till dessa könstillhörighetsutredningar.<sup>182</sup> Samtidigt har Rättsliga rådet själv uttalat att det i dagens läge är mycket sällsynt att Rättsliga Rådet gör en annan bedömning än de utredande läkarna.<sup>183</sup> Rättsliga rådets beslut kan överklagas hos allmän förvaltningsdomstol enligt 6 § könstillhörighetslagen, dock torde detta så gott som aldrig leda till annorlunda beslut då rådets bedömning förutom i mycket sällsynta är densamma som utredningens bedömning.

### 3.2 Övrig hälso- och sjukvård

Som kort anförts tidigare, utgår vården av könsdysforiska personer huvudsakligen från de allmänna hälsovårdsbestämmelserna i HSL. Könstillhörighetslagen är i förhållande till HSL speciallagstiftning, vilket medför att könstillhörighetslagen äger företräde i de frågor som där regleras. Som i det föregående kapitlet redogjorts, behandlar könstillhörighetslagen främst frågor gällande juridisk och somatisk transition. I utredningen av könstillhörighetslagen ovan framkom att de lagreglerade könsbekräftande vårdåtgärderna rörde endast viss typ av könsbekräftande vård, det vill säga kirurgi för att avlägsna könskörtlar samt ingrepp i könsorgan. I förarbetena till könstillhörighetslagen framkom dock även information om annan könsbekräftande vård i samband med medicinsk praxis, men dessa regleras egentligen främst av HSL. Det är således i de övriga hälsovårdsfrågorna utöver tillstånd till de specifika ingreppen som nämns i 4 och 4a §§ könstillhörighetslagen som HSL blir vägledande. I denna mån kan 4 och 4a §§ könstillhörighetslagen anses utgöra en uttömmande lista av de behandlingar som undantagas HSL, och all övrig vård relaterad till behandling av könsdysfori, inklusive andra kirurgiska ingrepp än de listade i könstillhörighetslagen.<sup>184</sup> Samtliga delar av HSL är dock inte

---

<sup>180</sup> Prop. 2011/12:142 s. 17.

<sup>181</sup> SOU 2007:16 s. 54 och SOU 2014:91 s. 151. Se också Ds 2018:11, s. 78.

<sup>182</sup> Ds 2018:11 s. 78.

<sup>183</sup> Ds 2018:11 s. 78.

<sup>184</sup> Se SOU 2014:91, s. 161.

alla relevanta för uppsatsens syfte. I denna utredning redogörs endast för de delar av lagen som är av direkt relevans för det enskilda barnet vid vård av könsdysfori.

HSL utgör dock enbart en ramlag på hälso- och sjukvårdslagstiftningens område riktad till vårdgivaren, och diverse annan lagstiftning avser fylla till håll och konkretisera de överhängande målen i HSL på olika delområden och riktade till olika aktörer inom hälso- och sjukvård.<sup>185</sup> Som exempel kan nämnas PL och PSL. PL ämnar förtydliga och förstärka patientens medverkande i sin egen sjukvård, medan PSL syftar till att främja patientens säkerhet inom hälso- och sjukvård.<sup>186</sup> Detta resulterar även i en mängd dubbelreglering, lagstiftning som i princip har samma innebörd, trots att de kan vara riktade till olika aktörer.<sup>187</sup> På grund härav redogörs inte var reglering för sig, i syfte att undvika onödig upprepning. I stället redogörs nedan den enhetliga betydelsen av relevant reglering i HSL och dubbelreglering i andra tangerande lagar.

### 3.2.1 Allmänna regler i hälso- och sjukvårdslagstiftning

Enligt förarbetena till den ursprungliga utformningen av 1982 års HSL är lagen ämnad som en målinriktad ramlag för att säkerställa god vård på lika villkor för hela befolkningen.<sup>188</sup> För att kunna uppnå dessa mål ansågs det behövt att stifta fem krav på god vård.<sup>189</sup> Dessa krav, som återfanns i 2a § 1 st. i 1982 års HSL, har senare överförts till nuvarande 5 kap. 1 § 1 st. HSL med smärre språkliga justeringar; innebörden av paragrafen hölls densamma.<sup>190</sup> Efter detta har paragrafens krav fyllts på ett antal gånger utan att ändra den tidigare innebörden.<sup>191</sup>

I nuvarande form stadgar 5 kap. 1 § 1 st. HSL att hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven för god vård uppfylls. Dessa krav för god vård uppräknas i nästföljande stycke;

1. vården ska vara av god kvalitet med hög hygienisk standard,
2. vården ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet,
3. vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. vården ska främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen, samt

---

<sup>185</sup> Prop. 1981/82:97, s. 1; prop. 2016/17:43 s. 80; Westerhäll, V.L., 2020, s. 37-38.

<sup>186</sup> 1 kap. 1 § patientlag, och 1 kap. 1 § patientsäkerhetslag.

<sup>187</sup> Westerhäll, L.V., 2020, s. 79.

<sup>188</sup> Prop. 1981/82:97, s. 1.

<sup>189</sup> Prop. 1981/82:97, s. 23.

<sup>190</sup> Westerhäll, L.V., Hälso- och sjukvårdslag (2017:30), kommentaren till 5 kap. 1 §, Karnov (JUNO).

<sup>191</sup> Se exempelvis prop. 2005/06:50, s. 26 och 53; prop. 2005/06:115, s. 46.

5. ska vården vara lättillgänglig.

Alla dessa punkter är dock inte relevanta för att besvara syftet. Av dessa är tredje punkten om självbestämmande och integritet av intresse för uppsatsens syfte gällande barns tillstånd att undergå könsbekräftande vård. I självbestämmandemening behandlar punkten, som även har motsvarighet i 4 kap. 1–4 PL, dock om att vård i huvudregel inte får ges utan patientens samtycke.<sup>192</sup> Eftersom frågeställningen i syftet handlar om barn ska få bestämma om vård, blir punkten trots allt inte relevant, då denna främst reglerar den motsatta situationen.<sup>193</sup> Eftersom den könsbekräftande vården, som i redogörelsen av vetenskaplig forskning uppmärksammades, är präglad av en viss osäkerhet gällande vårdens effekter och konsekvenser, är den första punkten angående god vård däremot av intresse att noggrannare utredas.

Förarbetena till nuvarande 5 kap. 1 § HSL har påpekat att vården, för att vara ändamålsenlig HSL:s målsättningar till att säkerställa god vård av hög kvalitet, ska utformas efter vetenskap och beprövad erfarenhet.<sup>194</sup> På grund härav ansågs att vården som ges alltid ska vara utformad i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.<sup>195</sup> I detta samband förtydligades att detta kvalitetskriterium är absolut, och har företräde över de andra kriterierna för god vård. Som exempel gavs den situation där en patient ber om en viss vårdåtgärd; patienten ska i fall där vårdåtgärden inte följer av vetenskap och beprövad erfarenhet nekas denna vårdåtgärd trots patientens rätt att medverka i sin egen vård och respekt för dennes självbestämmande och integritet. Kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet har även i nyare förarbeten ansetts vara ett övergripande krav för all hälso- och sjukvård, inklusive ingrepp i könsorgan och annan könsbekräftande vård.<sup>196</sup>

Vikten av kvalitetsstandarden vetenskap och beprövad erfarenhet stadgas också i 6 kap. 1 § patientsäkerhetslag (2010:659) (patientsäkerhetslagen), som anför att hälso- och sjukvårdspersonal ska utföra sitt arbete omsorgsfullt och sakkunnigt i överensstämmelse med kraven i denna standard. Paragrafen stiftar vidare att vården ska så långt som möjligt utformas i samråd med patienten, och patienten ska visas omtanke och respekt. 6 kap. 1 §

---

<sup>192</sup> Se prop. 1981/82:97, s. 50, 118; Johnsson, L-Å., Hälso- och sjukvårdslag (2017:30), kommentaren till 5 kap. 1 § under rubriken Självbestämmande och integritet, Norstedts Juridik (JUNO).

<sup>193</sup> Se avsnitt 3.3 om bestämmanderätt.

<sup>194</sup> Prop. 1981/82:97, s. 23. Se också SOU 2014:91, s. 196.

<sup>195</sup> Prop. 1981/82:97, s. 50.

<sup>196</sup> Ds 2018:11, s. 69.



patientsäkerhetslagen anses komplettera kraven för god vård i 5 kap. 1 § HSL, och fastställer en plikt för vårdpersonal att utföra sin vård i enlighet med dessa.<sup>197</sup> Även 1 kap. 7 § PL återfinns bestämmelse anseende vetenskap och beprövad erfarenhet. Paragrafen i fråga lyder: patienten ska få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Vad vetenskap och beprövad erfarenhet innefattar är dock inte entydigt. Lagstiftningen och dess förarbeten har ansetts oklar, och som ett led i detta har doktrin präglats av oenighet över hur kvalitetsstandarderna vetenskap och beprövad erfarenhet ska tolkas och hur användbar denna är för att säkerställa god och säker vård. Som största brytpunkt i denna del har konstaterats till vilken grad en vårdåtgärd ska vara prövad i den kliniska erfarenheten för att anses enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Vidare har viss doktrin som analyserat frågan utifrån ett medicinskt och juridiskt tvärsnittsperspektiv anfört att denna ska uppfattas som en nivå den evidensbaserade medicinen måste uppnå. Däremot har i doktrin som använt en mer traditionellt juridisk ram anfört att etablerandet av huruvida en vårdåtgärd uppfyller kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet i praktiken bör till en avsevärd grad falla den medicinska professionen som följd av den juridiska otydligheten.<sup>198</sup>

Denna senare nämnda synpunkt har vunnit slagkraft i nyare förarbeten till konstllhörighetslagen. I dessa förarbeten har anförts att begreppet saknar juridiskt innehåll, vilket medför att endast de verksamma i den medicinska disciplinen har kunskap om begreppets innehåll. Enligt förarbetena anses vetenskap och beprövad erfarenhet tolkas av företrädare av den medicinska disciplinen utifrån den medicinska vetenskapen. Beslutet över huruvida en vårdåtgärd är enligt vetenskap och beprövad erfarenhet bedöms i första hand av den behandlande läkaren, som är bepliktigad att följa den vetenskapliga utvecklingen på området för att kunna göra denna bedömning. Ifall patienten anser denna bedömning vara felaktig, kan Inspektionen för vård och omsorg (IVO) pröva frågan efter anmälan av endera patienten eller IVO själv.<sup>199</sup>

Skyldigheten för den medicinskt ansvarige att hålla sig uppdaterad med den vetenskapliga utvecklingen anses medföra att denne ska följa de anvisningar som Socialstyrelsen utfärdar

---

<sup>197</sup> SOU 2014:91, s. 196; Westerhäll, V.L., 1994, s. 22–23. Se också Westerhäll, V.L., 2020, s. 40.

<sup>198</sup> Garland, J., Testing the Bounds of Lawful Medicine in Sweden: Vetenskap och beprövad erfarenhet as a legally enforceable standard of care, *Nordisk Socialrättslig Tidsskrift*, 2019:19–20, s. 81–82.

<sup>199</sup> SOU 2014:91, s. 196; Ds 2018:11, s. 68. Se också Westerhäll, V.L., 1994, s. 25.

gällande diagnostisering eller behandling av olika tillstånd. När Socialstyrelsen värderar en behandlingsmetod sammankallar myndigheten en expertpanel som värderar det vetenskapliga underlaget utgående från vetenskaplig litteratur och underlag från SBU för behandlingen i fråga. Dessa vägledande utlåtanden måste dock följa intentionerna i rättslig reglering. Samtidigt anses detta inte betyda att en enhetlig bedömning om en behandling är i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet kan göras i alla situationer. Det kan finnas motstridiga uppfattningar inom vetenskapen, och vad som anses vara beprövad erfarenhet kan variera från läkare till läkare.<sup>200</sup>

10 kap. 7 § HSL och 6 kap. 7 § PSL hänvisar till 7 kap. 1 § PL gällande val av behandlingsmetod. Enligt 7 kap. 1 § 1 st. PL ska, då flera behandlingsmetoder som står i överensstämmelse med vetenskap och prövad erfarenhet finns, patienten ges möjlighet att välja den behandlingsmetod denne föredrar, om den av patienten valda behandlingsmetoden framstår som befogad med hänsyn till den faktiska skadan eller sjukdomen och behandlingens kostnad. Enligt förarbetena till HSL, där regleringen var belägen innan införandet av PL, förtydligades att patienten ska erbjudas och få välja mellan behandlingsalternativ som är medicinskt motiverade och förväntas vara till nytta för patienten.<sup>201</sup> Begreppet nytta ska anses avse hälsa och livskvalitet sett från patientens utgångspunkt.<sup>202</sup> Hänsyn måste med andra ord ges åt att olika patienters bedömningar av risker och nytta, samt livskvalitet kan variera. Samtidigt kan patientens bedömning av de icke-medicinska effekterna av en behandling vara helt annan från den bedömning den medicinskt ansvarige hade gjort.<sup>203</sup> Patienten anses vara den person som i flesta fall bäst kan bedöma effekterna av tillgängliga behandlingsmetoder på sig själv, så länge patienten tillges tillräcklig information.<sup>204</sup>

En patient har möjlighet att välja ett dyrare behandlingsalternativ över ett billigare, dock måste skillnaderna i kostnaderna vara rimlig i proportion till den förväntade nyttan. Rimligheten av ett mer kostsamt vårdalternativ är även beroende av vårdbehovet. Vid svår sjukdom accepteras större kostnadsökningar än vid mindre allvarlig sådan. Om det är fråga om en bagatellartad åkomma kan kostnadsökningar vägras totalt. Kostnadsbedömningen får dock inte resultera i att en patient vägras den vård denne behöver. Behandlingsalternativ vägras bara om den

---

<sup>200</sup> Ds 2018:11, s. 68; Westerhäll, L.V., 2020, s. 86–90.

<sup>201</sup> Prop. 1998/99:4, s. 26.

<sup>202</sup> Prop. 1998/99:4, s. 26.

<sup>203</sup> Prop. 1998/99:4, s. 27.

<sup>204</sup> Westerhäll, V.L., 2020, s. 91.

tilläggsnytta som alternativet förväntas ge inte väger upp för kostnaderna och patienten redan erbjuds en behandling som fyller kraven för god vård. Observera åter att bedömningen av den förväntade nyttan ska bedömas utifrån patientens perspektiv, vilket kan leda till individuell variation i frågan.<sup>205</sup>

För att patienten ska kunna ta ställning till sin vård och utöva sin bestämmanderätt har det i förarbeten ansetts vara av avgörande vikt att patienten är informerad om sin vård och vad olika behandlingsalternativ innebär.<sup>206</sup> På grund härav har i HSL, PL och PSL införts bestämmelser om informationsplikt gentemot patienten.<sup>207</sup> HSL och PSL innehar allmänna regler över hur ansvaret över denna informationsplikt är fördelad mellan vårdgivaren och behandlande personal.<sup>208</sup> För denna uppsats är det dock mindre viktigt vem som bär ansvaret för att patienten informeras, och större tyngd kommer i stället läggas vilken information patienten har rätt att få, då informering av patienten ansetts vara starkt kopplat till patientens bestämmanderätt avseende en vårdåtgärd.<sup>209</sup> De mer detaljerade bestämmelserna gällande vilken information som ska ges patienten är belägna i PL.<sup>210</sup>

Enligt PL ska patienten få information gällande sitt eget hälsotillstånd, vilka undersöknings- behandlings- och vårdmetoder som finns, det förväntade förhandlingsförloppet, och väsentliga risker för komplikation och biverkningar vid denna vård. 3 kap. 1 & 2 §§ PL fastställer att patienten ska få vetenskapligt grundad information om de för- och nackdelar olika behandlingsalternativ medför för att kunna göra ett välgrundat beslut. Patienten ska även informeras om tidsaspekter gällande vården, som när patienten kan förvänta sig få vård och hur länge den varar. Efter att vården avslutats ska patienten också få information om eftervård gällande eventuell efterbehandling, omvårdnad eller rehabilitering.

Vidare ska informationen även anpassas till patienten och patientens individuella förutsättningar. Detta inkluderar förutsättningar som ålder, mognad, erfarenhet, språklig bakgrund och andra individuella förutsättningar. Hit hör att informatören så långt som möjligt ska säkerställa att mottagaren av informationen inte bara tagit emot, utan även förstått

---

<sup>205</sup> Prop. 1998/99:4, s. 27; prop. 2013/14:106, s. 96.

<sup>206</sup> Prop. 2013/14:106, s. 47, 53.

<sup>207</sup> Prop. 1998/99:4, s. 21–22; prop. 2013/14:106, s. 52. Se också Westerhäll, V.L., 2020, s. 100.

<sup>208</sup> Prop. 1998/99:4, s. 46 och prop. 2013/14:67, s. 1. Se också Westerhäll, V.L., 2020, s. 100.

<sup>209</sup> Mer om bestämmanderätt i avsnitt 3.3.

<sup>210</sup> Prop. 2013/14:106, s. 52.

innehörden av informationen. För att säkerställa detta ska informatören ge vägledning och hjälpa informationsmottagaren värdera den information som presenteras så att patienten kan utöva sin bestämmanderätt och vara delaktig i sin egen vård. Informationen ska även anpassas till omständigheter som könsidentitet eller religion som kan påverka hur informationen bör ges. Informationsmottagaren ska även få avstå information som denne inte önskar ta del av.<sup>211</sup>

Ifall information inte kan ges patienten, stadgar 3 kap. 4 § PL att informationen ska lämnas till patientens närstående, med undantag om det är uppenbart olämpligt och patienten inte motsatt sig detta. Motsvarande lydelse finns i 2b § 2 st. HSL och 6 kap. 6 § 2 st. PSL. Paragrafen anses inte förhindra att information också ges till närstående även då informationen kan ges patienten. Information får dock inte lämnas till patient eller närstående om hinder till detta framgår av offentlighets- och sekretesslag (2009:400) (OSL).<sup>212</sup>

Utöver detta ställer PL desto större krav på att säkerställa att patienten uppfattat informationen och samtyckt till vården då patienten är ett barn. Detta framgår dels av 3 kap. 6 § 1 st. PL, enligt vilken informationen ska anpassas till patientens ålder och mognad bland andra omständigheter, samt dels av 4 kap. 3 § PL, som befäster att barnets inställning till vården ska så långt det är möjligt klarläggas. 4 kap. 3 § PL stadgar dock också att barnets inställning ska tillmätas betydelse enligt barnets ålder och mognad.

HSL, PL och PSL innehåller även bestämmelser som särskiljer barns vård från vuxnas. Enligt 5 kap. 6 § HSL och 1 kap. 8 § PL ska barnets bästa särskilt beaktas då personen som ska ta del av vården är ett barn. Med barn i PL:s bemärkelse är var och en som är yngre än aderton år gammal.<sup>213</sup> Barnets bästa i PL:s mening innebär även att kortsiktiga och långsiktiga konsekvenserna av såväl vård som utebliven vård ska beaktas utifrån omständigheterna i varje enskilt fall.<sup>214</sup> Svensk lagstiftning ställer med andra ord särskilda krav för vårdpersonal att göra en noggrann helhetsbedömning av vårdsituationen för att säkerställa att barnets bästa uppehålls.

---

<sup>211</sup> Prop. 2013/14:106, s. 53.

<sup>212</sup> Prop. 2013/14:106, s. 54.

<sup>213</sup> Prop. 2013/14:106, s. 112

<sup>214</sup> Prop. 2013/14:106, s. 112.

### 3.2.2 Könsbekräftande vårdåtgärder inom allmän hälso- och sjukvård

Som tidigare anförts faller de delar av transvården som inte innefattar de ingreppen som uttryckligen reglerats i könstillhörighetslagen inom ramen för HSL, inklusive annan könsbekräftande vård. Detta innebär också att de kriterier och krav som ställs i könstillhörighetslagen inte berör de andra formerna av könsbekräftande vårdåtgärder. Dessa övriga könsbekräftande vårdåtgärder är med andra ord undantagna åldersbegränsningen i könstillhörighetslagen, och även barn och ungdomar kan bli administrerade dessa vårdåtgärder.<sup>215</sup>

Juridiskt är dessa inte heller strikt begränsade av tillstånd till juridiskt könsbyte. Dock är, som ovan redogjorts för i samband med utredningen av könstillhörighetslagen, medicinsk praxis att könsbekräftande behandling i viss mån administreras utifrån vilka förutsättningar patienten i fråga har till detta tillstånd. Exempelvis administreras viss könsbekräftande hormonbehandling inte patienter som bedöms sakna dessa förutsättningar. Detta hänger samman med att vårdåtgärder inte får ges en patient om dessa inte är medicinskt motiverade utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet, trots patientens eller patientens vårdnadshavares vilja till denna vårdåtgärd. Liksom med övriga vårdåtgärder sker bedömningen om en vårdåtgärd ska göras utifrån samma standard för god vård i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet som bedöms av vårdgivande medicinsk personal. Patientens bestämmanderätt är således inte ensam tillräckligt för att administrera könsbekräftande vård och kräver även godkännande på basis av medicinsk motivering av personen som har det medicinska ansvaret över patientens vård.<sup>216</sup>

### 3.3 Bestämmanderätt anseende eventuell vårdåtgärd

Relevant, då frågan gäller beslut på barns bevägnar, är också vårdnadshavarnas bestämmanderätt i förhållande till barnet. Denna regleras i 6 kap. 11 § FB. Paragrafen i fråga stadgar att barnets vårdnadshavare har rätt och skyldighet att bestämma i de frågor som rör barnets personliga angelägenheter. Dock stadgar artikeln även att vårdnadshavare i ökande grad ska beakta barnets synpunkter och åsikter i takt med barnets ålder och utveckling vid utförandet av denna bestämmanderätt.

---

<sup>215</sup> SOU 2014:91, s. 161, 235.

<sup>216</sup> Se SOU 2014:91, s. 235.

I förarbeten har det ansetts att barnets beslutskompetens är av avgörande betydelse i de enskilda fallen för huruvida de ska vidbehålla ensam beslutanderätt gällande en vårdåtgärd.<sup>217</sup> Vidare har framförts att bedömningen av barnets beslutskompetens inför en vårdåtgärd ska göras på basis av barnets ålder och mognad jämfört med den aktuella vårdåtgärdens betydelse för barnets hälsa, vårdåtgärdens svårighetsgrad och dess konsekvenser.<sup>218</sup> För bedömningen om ett barn ska anses moget nog att själv kunna utöva ensam bestämmanderätt angående en vårdåtgärd har ansetts vara centralt om barnet förstår innebörden av vårdåtgärden och de konsekvenser vårdåtgärden kan få.<sup>219</sup> Bagatellartade vårdåtgärder som att bli omplåstrad kräver knappt någon mognhet alls, medan mer ingripande vårdåtgärder som kirurgi kan kräva avsevärd mognad.<sup>220</sup> Bedömningen görs således individuellt från barn till barn av vårdgivande personal, och strikta åldersgränser har därför ansetts olämpliga inom sjuk- och hälsovård.<sup>221</sup>

Trots detta har det också i förarbeten ansetts att det för vissa svåra beslut kan presumeras att beslutskompetensen inte inträder förrän vid en ålder på aderton år. Till lika har påpekats att vissa könsbekräftande vårdåtgärder, som användning av könskonträr hormonbehandling och medicinska ingrepp i könskörtlar, kan medföra långvariga, till och med permanenta, konsekvenser. På grund av de markanta konsekvenserna ansågs dessa könsbekräftande vårdåtgärder kräva en mycket hög beslutskompetens. Därtill har konkluderats att vård av denna typ då även i hög grad torde kräva vårdnadshavares samtycke för att vara rättsenlig. I samband med detta varnades dock att det i det nuvarande rättsläget riskerades att unga personer inte skulle få tillgång till vård på grund av vårdnadshavares åsikt eller på grund av konflikt mellan vårdnadshavare.<sup>222</sup>

Detta kan jämföras med barns bestämmande angående andra vårdåtgärder som till olika grad kräver vårdnadshavares samtycke. I allmänhet torde rätten att ensam ansöka om medicinsk vård i huvudregel framträda vid de äldre tonåren. I vissa fall kan ensam bestämmanderätt inträda redan vid tretton eller strax innan femton års ålder om frågan behandlar förhållandevis okomplicerade behandlingssituationer, som exempelvis förskrivning av antibiotika respektive p-piller. Medicinering inom psykiatrisk vård anses dock i regel kräva en större mognad och

---

<sup>217</sup> SOU 2014:91, s. 135.

<sup>218</sup> SOU 2014:91, s. 235. Se också prop. 2013/14:106, s. 67.

<sup>219</sup> Prop. 2013/14:106, s. 67.

<sup>220</sup> Prop. 2013/14:106, s. 67.

<sup>221</sup> SOU 2014:91, s. 235. Se också prop. 2013/14:106, s. 67.

<sup>222</sup> SOU 2014:91, s. 235–236.

barn i de tidiga tonåren har inte självbestämmanderätt till detta. Vid förskrivning av och medicinering med ångestdämpande eller antidepressiva läkemedel kan detta ske utan vårdnadshavares samtycke vid en ålder av femton till sexton år, dock ska vårdnadshavare i regel informeras om detta innan behandling. Äldre tonåringar har även i regel rätt att själva ansöka om psykiatrisk vård. Barn som inte nått tonåren anses i allmänhet inte kunna ansöka om behandling utan vårdnadshavares samtycke, förutom de allra lindrigaste vårdåtgärderna.<sup>223</sup>

Vid vissa specialreglerade behandlingar, som transplantation, omskärelse och deltagande i viss medicinsk forskning, har vårdnadshavarna däremot absolut vetorätt även om sjukvården vore angelägen om att sådana vårdåtgärder vidtogs.<sup>224</sup> Gemensamt för de vårdåtgärder där ett barn inte kan själv bestämma inom svensk rätt är att dessa är tämligen invasiva, ofta kirurgiska ingrepp som kan medföra betydande smärta eller långvariga konsekvenser.

Enligt förarbeten till könstillhörighetslagen gäller för själva könstillhörighetsutredningen, med vilken könsdysforisk diagnos eventuellt fastställs, att sedvanlig bestämmanderättsbedömning vid vårdåtgärder följer.<sup>225</sup> Förarbetena har uttryckt även att tillstånd till utredning, samtal, *Real life experience* och annat psykoterapeutiskt stöd som ingår i utredningen av inte könsbekräftande natur kan således i vissa fall ansökas av barnet självt.<sup>226</sup> I Socialstyrelsen kunskapsråd framförs att det anses av stor vikt för barnets könsdysforiska vård att få vårdnadshavarens stöd, dock ska barn kunna få pubertetshämmande- och könskonträr hormonbehandling om barnet har vårdbehov och de övriga kraven för vård är uppfyllda även utan vårdnadshavares stöd.<sup>227</sup> Det har även poängterats att vårdnadshavare ofta finner könsdysforin som omvälvande i början och har det svårt att förstå vad könsdysfori innebär, varefter det ansetts viktigt att också hjälpa vårdnadshavare med att stöda barn.<sup>228</sup>

Barnets vårdnadshavare kan dock endast i undantag bestämma ensam. Enligt 6 kap. 13 § FB ska, om barnet har två vårdnadshavare, vårdnadshavarna i huvudregel besluta om frågor rörande barnets personliga angelägenheter tillsammans. Undantaget är enligt paragrafens andra stycke de fall där den ena vårdnadshavaren är frånvarande och frågan är av sådan skyndsam karaktär

---

<sup>223</sup> Svensson, G., Barns bestämmanderätt i medicinska frågor, *Juridisk Tidskrift*, 2005/06:4, s. 877–880.

<sup>224</sup> Svensson, G., Barns bestämmanderätt i medicinska frågor, *Juridisk Tidskrift*, 2005/06:4, s. 883–884.

<sup>225</sup> SOU 2014:91, s. 235–236. Se också Socialstyrelsen, *Till dig som har könsdysfori*, 2020, s. 9.

<sup>226</sup> SOU 2014:91, s. 236.

<sup>227</sup> Socialstyrelsen, *God vård av barn och ungdomar med könsdysfori – Nationell kunskapsbas*, 2015, s. 56 och 62–63

<sup>228</sup> Socialstyrelsen, *God vård av barn och unga med könsdysfori – Nationellt kunskapsstöd*, 2015, s. 25–26.

som inte utan olägenhet kan skjutas upp. Stycket anför dock vidare att vårdnadshavaren inte, även i sådana skyndsamma fall, får fatta beslutet på egen hand om beslutet är av ingripande betydelse för barnets framtid, så länge detta inte uppenbart krävs för barnets bästa.

Vid frågor rörande medicinsk vård för könsdysfori torde beslut i regel bestämmas av bägge vårdnadshavarna gemensamt. Vårdbeslut fattade som led av könsdysfori torde sällan vara präglade av sådan akut brådskande karaktär som skulle aktualisera undantaget i 6 kap. 13 § 2 st. FB. Även om en sådan brådskande situation var tillhanda, skulle beslutet troligen vara av ingripande betydelse för barnets framtid, givet könsdysforins omvälvande natur. Könsdysfori är ett långvarigt tillstånd som berör en persons könsidentitet. På grund härav rör behandling av barnets könsdysfori åtgärder som är intimt kopplade till barnets identitet och jaguppfattning. Att konstatera att en individs identitet är av signifikant betydelse för dennes framtid torde inte vara kontroversiellt. Vidare kan vårdåtgärder syftade till att avhjälpa barnets könsdysfori även innebära konkreta kroppsliga förändringar syftade att bestå livet ut. Beslut i denna del vore minst sagt av betydande innebörd för barnets framtid.

Vid en eventuell konflikt å vårdnadshavare emellan gällande en vårdåtgärd där ena vårdnadshavaren är för och den andra är emot ifrågavarande vårdåtgärd kan 6 kap. 13a § 1 st. 1 p. FB aktualiseras.<sup>229</sup> Bestämmelsen i fråga stadgar att socialnämnden kan besluta, då tvist uppstår mellan vårdnadshavare över huruvida vårdåtgärd ska göras, att vårdåtgärd ska vidtas, om det krävs med hänsyn till barnets bästa och åtgärden gäller utredning eller behandling med stöd av HSL. Även vid tillämpningen av denna paragraf ska barnets åsikter beaktas, och paragrafen tillämpas inte ifall barnet anses vara moget nog att fatta beslut själv.<sup>230</sup> Ett sådant av socialnämnden taget beslut får överklagas till allmän förvaltningsdomstol enligt andra stycket i samma paragraf.

Ifrågavarande paragrafs första stycke innehåller även andra punkter som representerar situationer där socialnämnden kan göra beslut om vårdåtgärd, dock är dessa inte relevanta vid förevaranda fall, könsbekräftande vård. Observera också att tillstånd att undergå de i 4 & 4a §§ könstillhörighetslagen specialreglerade vårdåtgärderna kräver att ansökande fyllt aderton år. Då barnet fyller aderton år upphör vårdnadshavares vård enligt 6 kap. 2 § 1 st. FB, och därmed

---

<sup>229</sup> Socialstyrelsen, *God vård av barn och unga med könsdysfori – Nationellt kunskapsstöd*, 2015, s. 21–22.

<sup>230</sup> Prop. 2011/12:53, s. 25.



även vårdnadshavares bestämmanderätt i barnets angelägenheter. Med andra ord kan ingrepp i könsorgan och avlägsnande av könskörtlar inte beslutas för barn av socialnämnden.

Vid vissa särskilt svåra fall kan LVU bli aktuell om båda vårdnadshavarna motsätter vård. Detta handlar dock främst om situationer där vårdnadshavare utsätter barnet för psykiska och fysiska trakasserier på grund av barnets könsidentitet. För den medicinska personalen som utreder och vårdar könsdysfori gäller 14 kap. 1 § 1 st. 2 p. socialtjänstlagen (2001:453), som stadgar att hälso- och sjukvårdspersonal måste anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet blir uppmärksammade om att socialnämnden kan behöva ingripa för att skydda barnet.<sup>231</sup>

Enligt 1 § 2 st. LVU kan vård beredas för barn om behövlig vård inte kan ges barn med samtycke av barnet eller vårdnadshavarna om någon av situationerna i 2 eller 3 §§ LVU är aktuella. Enligt 2 § LVU ska vård enligt LVU beredas om det finns påtaglig risk att barnets hälsa eller utveckling skadas på grund av fysisk eller psykisk misshandel, otillbörligt utnyttjande, brister i omsorgen eller något annat förhållande i hemmen.

Av dessa i 2 § LVU nämnda punkterna är främst påtaglig brist i omsorgen den punkt av intresse för att utreda om enbart vårdnadshavarnas vägran till könsbekräftande vård kan leda till vård enligt LVU. Enligt förarbetena innebär påtaglig risk för skada att det ska handla om att skadans risk ska ha en tydlig inverkan på barnets hälsa och utveckling. Detta inkluderar både fysisk hälsa och psykiskt lidande. Om vårdnadshavare inte tillser barnet med den hälso- och sjukvård barnet behöver, kan detta innebära brist i omsorg, om detta leder till påtaglig risk som har tydlig inverkan på barnets hälsa och utveckling. Detta medför att socialnämnden kan bestämma om vård enligt LVU redan om könsbekräftande vård vägras av bägge vårdnadshavare och det är tydligt att barnet har ett vårdbehov som medför påtaglig risk för psykiskt lidande.<sup>232</sup>

### *3.4 Beslutskompetens vid en eventuell sänkning av åldersgränsen i könstillhörighetslagen*

Beslutskompetensen har också lyfts som ett viktigt element i SOU 2014:91, där föreslogs en eventuell sänkning av åldersgränsen för könsbekräftande vårdåtgärder.<sup>233</sup> Trots de höga kraven

---

<sup>231</sup> Se Socialstyrelsen, *God vård av barn och ungdomar med könsdysfori – Nationellt kunskapsstöd*, 2015, s. 22.

<sup>232</sup> Prop. 1989/90:28, s. 107.

<sup>233</sup> Se SOU 2014:91 s. 300.

på beslutskompetens gällande könsbekräftande vårdåtgärder har i dessa förarbeten ansetts att det finns ett behov för barn under aderton år att ta del av denna typ av vård under vissa omständigheter.<sup>234</sup> Som skäl har uttryckts att ett uteslutande av barn från denna typ av vård endast på grund av att de är barn inte är förenligt med principen om barnets bästa samt principen om icke-diskriminering i barnkonventionen.<sup>235</sup> I förslaget ansågs också att den juridiska och den medicinska könsbytesprocessen skulle säras åt på så vis att juridiskt könsbyte inte längre skulle vara måttet med vilket tillstånd att undergå ifrågavarande könsbekräftande vårdåtgärder skulle ges.<sup>236</sup> På grund härav föreslogs att bedömningen för om barn eller unga ska tillmätas tillstånd till dessa könsbekräftande vårdåtgärder ska utgå från principen om barnets bästa i enlighet med art. 3 barnkonventionen, dock med en nedre gräns på femton år samt krav på en diagnos av könsdysfori.<sup>237</sup> Barnets bästa skulle enligt utredningen bestämmas från fall till fall beroende på omständigheterna i det enskilda fallet.<sup>238</sup> Samtidigt ansågs de höga kraven på beslutskompetens medföra att bifall till att ta del av denna typ av medicinska ingrepp även skulle kräva en tillräcklig mognad hos barnet, samt även samtycke från en vårdnadshavare.<sup>239</sup> Det krävdes inte att båda vårdnadshavarna skulle vara eniga om vårdåtgärden.<sup>240</sup> I fall då en vårdnadshavare skulle motsätta sig vårdåtgärden, medan en annan skulle samtycka till den, var förslaget att socialnämnden skulle ta beslutet om en vårdåtgärd var förenligt med det bästa för det barnet i den situationen.<sup>241</sup> Trots argumentationen har de förslagna ändringarna inte införts i svensk rätt, i vart fall inte än.

Även i Ds 2018:11, som är pågående lagstiftningsärende, har framförts att personer yngre än aderton år bör ha möjlighet till ingrepp i könsorgan, med hänvisning till att lätta på det lidande könsdysforiska unga personer är utsatta för. Detta ansågs kunna allvarligt hämma utvecklingen av unga könsdysforikers sexuella identitet. Det uttrycktes också att det inte kunde uteslutas att även barn under aderton år kunde inneha tillräcklig mognad för sådana ingrepp. Dock ska en ålder på aderton fortfarande gälla som huvudregel enligt detta förarbete. Undantag för barn under aderton år ska enligt denna endast ges under synnerliga skäl med Socialstyrelsens tillstånd. Som exempel för sådana synnerliga skäl gavs en befaran över att barnets utveckling

---

<sup>234</sup> SOU 2014:91 s. 296.

<sup>235</sup> SOU 2014:91 s. 296.

<sup>236</sup> SOU 2014:91, s. 22–23.

<sup>237</sup> SOU 2014:91 s. 295, 297 och 299.

<sup>238</sup> SOU 2014:91 s. 298.

<sup>239</sup> SOU 2014:91 s. 300.

<sup>240</sup> SOU 2014:91 s. 302.

<sup>241</sup> SOU 2014:91 s. 303. Jämför också 6 kap. 13 § FB.

allvarligt hämmas om ingrepp inte görs. Någon åldersgräns för undantagsansökan ansågs inte nödvändigt att fastställa, dock uttrycktes att detta i regel inte var aktuellt innan patienten fått könskonträr hormonbehandling.<sup>242</sup>

Till skillnad från tidigare förarbeten, ansågs det inte nödvändigt att kräva vårdnadshavares samtycke för personer under aderton. Bestämmanderätten ska enligt Ds 2018:11 i stället avgöras enligt sedvanliga svenska bestämmanderättsprinciper uttryckta i 6 kap. 11§ FB. Dessa principer tolkades här medföra att vårdnadshavares inställning ska anses ha stort, men inte avgörande inflytande. Det anfördes att barn under aderton år därmed endast i undantagsfall skulle få bestämma själva. Som exempel på undantagsfall gavs situationen där vårdbehovet är mycket stort och ingrepp i könsorgan anses behövas för att minska lidandet. I de allra flesta fallen ska således krävas att såväl barnet, vårdnadshavare och läkare är eniga om vårdåtgärden.<sup>243</sup>

## 4 Analys

Som i teorikapitlet redogjordes, analyseras svensk gällande rätt utifrån ett ramverk som kombinerar barnets rättigheter definierade i barnkonventionen med tillgänglig mångdisciplinär medicinsk vetenskap. På basis av detta fastställer ramverket ett antal avvägningar och utgångspunkter som är bäst lämpade för att fastställa barnets bästa i det enskilda fallet gällande tillstånd till könsbekräftande vårdåtgärder. Detta innebär att bedömningen gällande tillstånd till könsbekräftande vårdåtgärder ska respektera barns rätt att fatta beslut utifrån barnets ålder och mognad ska, och anpassas till ifrågasvarande vårdåtgärds ingripandegrad. Behandlingen ska utmyнна i de bästa möjliga resultaten för det enskilda barnet. Vårdprocessen, inklusive utredningen, ska inte heller vara för långsam eller för snabb, för att undvika lidande för barnet och säkerställa bästa möjliga vårdresultat. Slutligen ska dessa utgångspunkter gälla lika för alla barn, oberoende könsidentitet.<sup>244</sup>

De könsbekräftande vårdåtgärderna som analyseras är pubertetshämmande hormonbehandling, könskonträr pubertetsbehandling, ingrepp i könsorgan och avlägsnande av könskörtlar. I denna

---

<sup>242</sup> Ds 2018:11, s. 57 och 71–72.

<sup>243</sup> Ds 2018:11, s. 73–76.

<sup>244</sup> Dessa utgångspunkter motsvarar de anförda i slutet av avsnitt 2.3.

mån identifieras eventuella brister i lagstiftningen som belyses vid konflikt med dessa ovan ställda utgångspunkter.

#### *4.1 Bestämmanderätt och beslutskompetens*

Enligt barnrättskommitténs tolkning av art. 12 barnkonventionen ska barnet, för att barnets åsikt ska tillmätas betydelse, ha tillräcklig förståelse för att kunna bilda en åsikt. Om barnet har kapacitet att bilda en åsikt, ska denna alltid beaktas. Barnets bästa innebär också att barnets åsikter ska beaktas i grad med barnets ålder och mognad. Är barnet tillräckligt gammalt och innehar tillräcklig mognad, är enligt barnets bästa att barnet själv har rätt att fatta beslut som rör barnet själv. Om barnet inte är moget nog att själv ensam fatta beslutet, bör barnets inställning ändå vägas in i beslutet till den grad barnet är moget. I vissa fall vore det förenligt med barnets bästa att barnet i samband med en annan person, som eventuell vårdnadshavare, kunde ansöka om vård. I andra fall kunde barnets bristfälliga mogenhet innebära att det bästa för barnet vore att barnet inte kunde bestämma om vårdåtgärd, varken med eller utan vårdnadshavare.

Denna förmåga att ha tillräcklig ålder och mognad att förstå innebörden av ett beslut och dess konsekvenser kallas, som ovan anförts, beslutskompetens i svensk rätt. Beslutskompetensen är också den instrumentala faktorn för bedömningen om ett barn ska ha bestämmanderätt, och i så fall till vilken grad, angående en viss vårdåtgärd. För denna analys är främst relevant om barnet har förmåga och rätt att på eget bevåg eller med hjälp av vårdnadshavare ansöka om olika könsbekräftande vårdåtgärder.

I svensk rätt kräver tillstånd till könsbekräftande vårdåtgärder för könsdysforiker, som i rättsutredningen visats, att en persons könstillhörighet utretts och ansetts medicinskt nödvändigt. Vidare krävs för vissa könsbekräftande vårdåtgärder, som olika slag av hormonbehandling, att patienten sannolikt anses uppfylla kraven för eventuella ingrepp i könsorgan eller avlägsnande av könskörtlar enligt 4 & 4a §§ könstillhörighetslagen. Tillstånd till de i 4 & 4a §§ könstillhörighetslagen nämnda ingreppen kräver att tillstånd till detta ges av Rättsliga rådet på basis av de kriterier som ställs för ändring av juridiskt kön för könsdysforiker i 1 § könstillhörighetslagen. Kriterierna i fråga innebär att patienten ska 1. sedan en lång tid upplevt sig tillhöra det andra könet, 2. sedan en tid uppträtt i denna könstillhörighet, 3. måste antas fortsätta leva i denna könstillhörighet och 4. vara fylld aderton år. Enligt 4a § 3 st.

könstillhörighetslagen får person under tjugotre år gammal endast ges tillstånd till avlägsnande av könskörtlar om det finns synnerliga skäl, dock tillämpas denna del av lagen i praktiken inte av Rättsliga rådet. I regel gäller en åldersgräns på aderton år också för avlägsnande av könskörtlar.

De i 1 § könstillhörighetslagen fastslagna kriterierna speglar utredningen som utgörs av särskilda utredningslag i Sverige som utreder könstillhörighet hos patienter. Under utredningens gång utreds patienten för könsdysfori, samt deltar patienten i så kallad *Real life experience* där patienten får i viss mån påbörja såväl social transition som vissa könsbekräftande vårdåtgärder, om patienten anses moget nog. För dessa könsbekräftande vårdåtgärder, nämligen pubertetshämmande hormonbehandling och könskonträr hormonbehandling, gäller att 6 kap. 11 § FB blir aktuell för patienter under aderton år. Detta innebär att bestämmanderätten antas tillhöra vårdnadshavaren, dock ska barnets åsikt beaktas i stigande grad enligt ålder och mognad. Vid bedömning gällande barnets bestämmanderätt angående en vårdåtgärd är barnets beslutskompetens, som påpekats ovan, av avgörande betydelse. Denna bedömning görs på basis av barnets ålder och mognad jämfört med den aktuella vårdåtgärdens betydelse för barnets hälsa, vårdåtgärdens svårighetsgrad och dess konsekvenser. I förarbeten har de bestående konsekvenserna av könsbekräftande vårdåtgärd anses medföra att vårdnadshavares samtycke skulle krävas i hög grad.

Vårdnadshavarna har således en betydande inverkan på hela processen, och barnet har svårt att få tillstånd till dessa könsbekräftande vårdåtgärder om vårdnadshavaren vägrar. Här kan dock ifrågasättas om det stora inflytande vårdnadshavare njuter i frågan är i enlighet med barnets bästa i detta fall. Å ena sidan är det naturligt att vårdnadshavare bestämmer över barns, särskilt yngre barns, angelägenheter. I svensk rätt har detta till och med kodifierats som en skyldighet i 6 kap. 11 § FB, någonting vårdnadshavare inte bara har rätt till, utan även har en plikt att göra. Detta utgår från principen att vårdnadshavaren anses vara den person som bäst lämpad till att ta hand om barnet och tillgodose barnets bästa.

Däremot kan ifrågasättas vilken färdighet en vårdnadshavare har till att bruka denna bestämmanderätt med bra omdöme i dessa situationer. Könsdysfori är ett abstrakt fenomen vars diagnostisering och vård kräver robust utredning utförd med en hög grad av expertis. Kön och könsidentitet är invecklade och svårbegripliga koncept, och det kan ifrågasättas vilken grund gemene vårdnadshavare har till att ta beslut i denna del, särskilt för en person annan än sig själv.

Viktigt är att barnets bästa är vägledande i bedömningen, inte enbart den vuxnes tolkning av vad barnets bästa är. Särskilt då vårdnadshavaren osannolikt innehar god kunskap om det tillstånd som kan plåga barnet, torde vikten av denna vuxnes tolkning minska. I fallet med pubertetshämmande hormonbehandling torde mer sannolikt, om barnet själv och en annan vuxen med expertis om tillståndet och tillståndets vård är av samma åsikt, att vårdnadshavaren inte agerar i enlighet med barnets bästa med en tvärvägran till tidig förberedande vård ämnad att begränsa potentiell skada, vars effekt är av reversibel karaktär.

Å andra sidan är vårdnadshavaren sannolikt den person förutom barnet själv som är den främsta tillkännaren av barnet och barnets person. Viss expertis gällande just barnet kan också finnas vårdnadshavaren tillhanda. Det är också av stor betydelse att barnet får allt det stöd barnet behöver från vårdnadshavaren, och ett sätt att säkerställa att barnet har vårdnadshavarens stöd under vården är att kräva vårdnadshavarens samtycke för vård. Detta argument har också presenterats i förarbetena till konstllhörighetslagen som skäl till att kräva vårdnadshavarens samtycke till könsbekräftande vård. Här bör dock också kommas ihåg att vårdnadshavaren har en plikt att tillförse barnets bästa. Till denna plikt hör också att stöda barnet; vårdnadshavaren ska stöda barnet under processen oberoende om vårdnadshavaren samtyckte till den.

Enbart den omständigheten att vårdnadshavare inte samtycker torde inte heller väga lika tungt som barnets bästa, om övriga omständigheter talar för att barnets bästa är att tillåta barnet ta del av vårdåtgärden. Det vore emot barnets bästa om barnets bästa villkoras med att vårdnadshavaren måste samtycka med det bästa för barnet. I sådant fall skulle bedömningen enbart utgå från vårdnadshavarens åsikt om vad barnets bästa är, förutsatt att vårdnadshavaren har barnets bästa i åtanke. Som också påpekats tidigare i analysen, har vårdnadshavarna ansvar över barnet, och det åligger dem att förse barnet med stöd. De flesta vårdnadshavarna torde också vilja stöda barnet och tillse barnets bästa. Anmärkningsvärt är även att oro också uttryckts i förarbeten om att gällande rätt i denna mån också kan begränsa barns tillgång till könsbekräftande vård på detta sätt. Detta riskerar i vissa fall strida mot utgångspunkterna att barn ska få den bästa möjliga vården, och att vården inte ska vara så långsam att detta medför lidande för barnet.

I medicinsk praxis har dock också framförts att sannolikheten ett barn fullföljer vården är betydligt mindre om denne inte får psykosocialt stöd. Vid behandling med könskonträr hormonbehandling har anförts att stöd från vårdnadshavare varit av stor vikt för att barnet följer

handlingsregimen. I detta hänseende kan i det enskilda fallet också vara av intresse för utgångspunkten att möjliggöra den bästa möjliga vården för barnet att beakta vårdnadshavarnas inställning till vården. Vidare görs beslutanderättsbedömningen av medicinskt professionella – de som är ansvariga för barnets vård och utreder barnet för könsdysfori. Här är även av intresse att påpeka lydelse av 1 kap. 8 § PL om att barnets bästa ska beaktas vid vård av barn innebär att konsekvenserna av utebliven vård också ska beaktas. Eftersom bedömningen inte innehar strikta gränser och visst psykosocialt stöd kan ordnas från hälso- och sjukvårdens sida, innebär detta att de barn med störst vårdbehov, trots deras svaga bestämmanderätt jämfört med vårdnadshavare, fortfarande kan få ta del av denna vård. Vid särskilt svåra fall av könsdysfori kan vårdinsatser med stöd av LVU bli aktuella om vårdnadshavarna vägrar. Av rättsutredningen har dock framgått att könsdysforiker även nu i stor grad upplever det svårt att få tillstånd till könsbekräftande vårdåtgärder. För barn, särskilt mindre barn, torde det vara särskilt svårt att påvisa ett starkt behov till könsbekräftande vårdåtgärder, även om dessa känner starkt psykiskt lidande. Skäl kan finnas att i större grad förstärka barnets bestämmanderätt i förhållande till vårdnadshavaren, så färre barn utsätts för större könsdysforiskt lidande.

Då bedömningen är således individuell baserad på barnets ålder och mognad, samt tagen av vårdgivande personal, kunde anses att detta sammanstämmer med utgångspunkten att barnets ålder och mognad respekteras vid bedömningen. Den svenska bestämmanderätten innehåller dock övriga faktorer som också ska beaktas vid bedömning angående tillstånd till vårdåtgärd. Vid bedömning för könsbekräftande vårdåtgärder har, som ovan redogjorts, ansetts vara av stor betydelse att vårdnadshavare stöder barnet. Detta resonemang, i samband med vårdens konsekvenser, har medfört stor restriktivitet för barns självbestämmande avseende könsbekräftande vårdåtgärder. Denna restriktivitet medför att barn i huvudregel sällan får ta del av könsbekräftande behandling om vårdnadshavare inte ger samtycke. De undantagsfallen då barnet kan få vård trots att vårdnadshavaren inte samtycker, är då barnet har särskilt starkt vårdbehov och behandlingen är det enda som kan hjälpa barnet, förutsatt att barnet är tillräckligt moget. Trots att lydelsen i svensk rätt är att barnets ålder och mognad ska beaktas, väger barnets ålder och mognad fortfarande mindre än vårdnadshavarens inställning. Denna inställning kräver nästan alltid en särskild bedömning av medicinsk personal, det vill säga en annan vuxen, för att barnet ska få vård. I detta hänseende har barnets egentliga ålder och mognad ringa betydelse i de flesta fallen. Om vårdnadshavaren motsätter vård, är barnets ålder och mognad ett de facto prerequisit som måste uppfyllas för att den huvudsakliga bedömningen, vårdnadshavares

inställning jämt mot barnets vårdbehov, kan göras. Det kan således ifrågasättas om barnets ålder och mognad respekteras i tillräcklig grad i jämförelse med vårdåtgärders ingripandegrad.

Av könsdysforiker har vården upplevts vara för långsam. Som i rättsutredning framförts, medför de i dagens läge restriktiva kraven i utredningen också att förhållandevis många könsdysforiker upplever sig lida i onödan på grund av den långa väntan de är tvungna att uthärda tills tillstånd till könsbekräftande vårdåtgärder ges. Av könsdysforiker själva, har den medicinska utredningen för såväl diagnos som tillstånd till könsbekräftande vårdåtgärder ansetts för försiktig, till den grad att utredare upplevts vara motståndare som måste övertalas för att vård ska ges. Enligt många könsdysforiker ligger ribban för att könsbekräftande vård ska anses vara medicinskt behövlig för högt – så högt att det orsakar förlängt lidande och även utebliven vård åt vissa. Denna väntan på vård har också ansetts förvärras av de långa kö- och handläggningstider som transvården är präglad av. Detta i samband med hur sällan det framkommer att personer ångrat könsbekräftande vård i åtanke vore således sällan som den medicinska utredningen leder till bedömning om vårdåtgärder åt barn som inte är i behov av den. Till skillnad, finns även risk att den långsamhet transvården är präglad av är i strid med utgångspunkten att barns vård inte ska vara så långsam att barn utsetts för förlängt lidande.

#### **4.1.1 Tillstånd till pubertetshämmande hormonbehandling**

I Sverige kan pubertetshämmande hormonbehandling ges åt könsdysforiska barn redan knappt innan eller i början av puberteten. Puberteten börjar i snitt kring en ålder på tolv år. Pubertetshämmande hormonbehandling ges ofta i ett tidigt skede i transvården, och är en av de första könsbekräftande vårdåtgärder som tilldelas i led av denna vård. Syftet med denna vårdåtgärd är att stoppa pubertetsutvecklingen och de kroppsliga ändringar puberteten medför tills barnet är gammalt nog att påbörja könskonträr hormonbehandling. Puberteten påbringar sekundära könskaraktärer och andra kroppsliga förändringar som kan streta emot en könsdysforikers könsidentitet och således kan orsaka ökad upplevelse av dysfori hos barnet. Med könskonträr hormonbehandling kan effekterna av en vanlig pubertetsutveckling motverkas, och personens kropp tenderar vara mer enligt personens könsidentitet efter puberteten då pubertetsutvecklingen förskjutits upp tills personen till lika kan få denna form av behandling. Utöver att lindra den upplevelse av dysfori puberteten skulle medföra, minskar detta även behovet av samt underlättar görandet av andra mer ingripande kirurgiska vårdåtgärder senare, då den för personens könsidentitet oönskade kroppsliga utvecklingen



begränsas. Ett uppehåll i puberteten tillägnar också barnet mer tid för utredning av personens könsidentitet innan dessa kroppsliga förändringar sker, och torde således minska pressen för barnet och vårdnadshavare att bestämma sig om vård innan den oönskade utvecklingen gått längre. Pubertetshämmande hormonbehandling, då denna ges på rätt sätt på rätt person, minskar både psykiskt lidande och senare behov av kroppsliga ingrepp som i sin tur kan medföra kroppsligt lidande.

Forskning och internationell konsensus verkar starkt indikera att de somatiska påverkningarna av pubertetshämmande hormonbehandling är fullt reversibla och saknar långsiktiga negativa konsekvenser. Då användningen av pubertetshämmande hormoner upphör, påbörjar puberteten kort därefter och barnets fysiska utveckling fortskrider. Mindre kunskap finns däremot gällande de psykiska effekterna av att använda denna behandling. Anmärkningsvärt är, trots att den i frågavarande vårdåtgärden involverar få risker, att den kan tilldelas barn vid en tämligen låg ålder. I samhällsdebatten har uttryckts oro över att en tidig användning av pubertetshämmande hormoner kunde låsa barn in i sin könsdysfori. Tanken är att barn vars könsidentitetsproblem hade lösts med tiden läggs in i ett spår där de inte kan bearbeta sina könsidentitetsproblem och vårdas senare med könsbekräftande vård som barnet inte hade behövt, och till och med tar skada av på långsikt.

Visserligen saknas forskning gällande just denna fråga, dock förefaller oron något ogrundad. För det första har i den begränsade forskning som gjorts om de psykiska effekterna av pubertetshämmande hormonbehandling inte hittats indikationer på att barn skulle påverkas psykiskt. Vidare har denna vårdåtgärd använts i medicinsk praxis under en längre tid. Någon direkt statistik över personer som ångrat pubertetshämmande hormonbehandling finns inte, men i forskning om ånger gällande därefter normalt följande behandling, som könskonträr hormonbehandling och genitalkirurgi, är det en mycket liten minoritet av personer som ångrat sig. Den statistiska trenden verkar också vara att andelen personer som ångrar att de genomgått dessa mer ingripande könsbekräftande vårdåtgärder sjunkit under de senaste decennierna. Jämfört med innan pubertetshämmande hormonbehandling använts för detta syfte, verkar användningen inte ha medfört att fler personer ångrat sig efter de gått vidare i sin vård. Detta skulle i viss mån tala emot att pubertetshämmande hormonbehandling låser in barn i sin könsdysfori, eller i vart fall att detta leder till personer som ångrar sig efterföljande könsbekräftande vårdåtgärder. I forskningen har pubertetshämmande hormonbehandling med andra ord inte observerats leda till märkvärda negativa konsekvenser vare sig somatiskt eller

psykiskt i ett senare skede, trots att de psykiska effekterna kräver ytterligare forskning. Anmärkningsvärt är dock, trots att den i frågavarande vårdåtgärden verkar involvera få risker, att den kan tilldelas barn vid en tämligen låg ålder.

Samtidigt skulle pubertetshämmande hormonbehandling även till viss del kunna anses vara det försiktigare alternativet ur medicinskt perspektiv. Tills vidare är de negativa konsekvenserna av att inte låta barn som har könsdysfori få pubertetshämmande hormonbehandling mer etablerade och välförstådda i klinisk psykiatri än vad de eventuella negativa konsekvenserna av att ett barn som inte behöver pubertetshämmande hormonbehandling får denna är. Ifall barnet vill ta del av dessa, och den medicinska personalen anser det finnas medicinska skäl till det i det enskilda fallet, vore det svårhävdat att det vore bättre för barnet om vårdnadshavaren kunde vägra vårdåtgärden, trots att det handlar om ett ungt barn. Detta bekräftar ytterligare av att barnet riskerar lida negativa konsekvenser av ett förskjutande av användning av denna vård som minskar vårdens effekt. Att lämna barnet åt vårdnadshavarens godtycke och tvinga barnet vänta tills vårdnadshavaren anser barnet vara moget nog för vårdnadshavaren att tillåta barnet ta del av denna vård är således inte en optimal lösning sett ur barnets bästa. Givet de ringa negativa konsekvenserna av användning för fel person jämfört med de negativa konsekvenserna av utebliven användning samt hur tidsbunden effekten av pubertetshämmande hormonbehandling är, talar skäl för att det vore det bästa för barnet att i större grad ha bestämmanderätt till denna vårdåtgärd separat från vårdnadshavaren även vid en ung ålder. Vårdformen och den typiska vårdsituationens särart talar för att bortgå från nuvarande rättsläge i denna del.

Dessutom kan frågas vilken funktion pubertetshämmande hormonbehandling skulle uppfylla om dessa skulle förbjudas barn under en viss ålder. I dagens läge administreras dessa till könsdysforiska barn vanligtvis vid begynnelsen av deras pubertet. Skulle administreringen av pubertetshämmande hormonbehandling förskjutas, skulle de effekter som användningen av denna vårdåtgärd är ämnad att förhindra redan påbörjats, eller i värsta fall ägt rum, innan behandlingen påbörjats. En förskjutning i ålder då pubertetshämmande hormonbehandling får påbörjas skulle undergräva vårdåtgärdens effekt. Givet detta och det ovan anförda, torde en höjning av ålder då pubertetshämmande hormonbehandling får ges riskera orsaka mer skada än att fortsätta den nuvarande användningskötymen av denna behandling. Det faktum att pubertetshämmande hormonbehandling används i mycket nära samband med pubertetsutvecklingen som tidigast medför också att det ur medicinskt syfte saknas skäl att låta

barn som inte påbörjat puberteten ta del av denna vårdåtgärd. En användning av pubertetshämmande hormonbehandling innan pubertet är aktuellt vore effektlöst. För bäst effekt och minst risk för negativa konsekvenser, och därmed enligt barnets bästa i analysramens mening i detta fall, vore således att nuvarande medicinsk praxis följes och att tillstånd till denna behandling inte gavs barn innan puberteten.

Samtidigt är det viktigt att standarden för god vård uppehålls och den ansvarande vårdaren anser det finnas medicinska skäl som talar för denna användning i det enskilda fallet, för att försäkra bästa möjliga vård för barnet. Även om skäl talar för att förstärka barnets bestämmanderätt, ska barnet inte kunna bestämma detta oberoende den medicinska professionen. Med andra ord borde barnet, så länge det anses behövt och medicinskt grundat av ansvarande läkare, kunna i större grad ta del av pubertetshämmande hormonbehandling.

Sammantaget finns skäl att undvika restriktivitet gällande tillstånd att undergå pubertetshämmande hormonbehandling för barn som av medicinsk personal anses visa tydliga tecken på könsdysfori och deras pubertetsutveckling påbörjat. Om puberteten inte än är aktuellt för barnet saknas dessa skäl. Barn som påbörjar puberteten i yngre ålder lider också större risk för att inte få pubertetshämmande hormonbehandling vid behov. Därmed vore för utgångspunkten att det enskilda barnet ska få den bästa möjliga vården och undvika könsdysforiskt lidande, att tillstånd i större grad vore bunden diagnos och hur aktuell puberteten är, och i mindre grad vårdnadshavares åsikt.

#### **4.1.2 Tillstånd till könskonträr hormonbehandling för det enskilda barnet**

Könskonträr hormonbehandling är en vårdåtgärd inom transvården som ämnar med hormonella medel orsaka vissa bestående förändringar i kroppen för att göra kroppen mer likt en persons könsidentitet. Behandlingen medför främst ändring i patientens figur och gör denna mer typiskt maskulin eller feminin, men kan också påverka utvecklingen av sekundära könskaraktärer, som bröst och röstläge. De ändringar könskonträr hormonbehandling kan bidra med är dock till viss del begränsade, och behandlingen ger bäst effekt om patientens kropp inte redan utvecklats i motstretande riktning. Könskonträr hormonbehandling administreras vanligtvis de patienter som är i de äldre tonåren eller äldre efter könsdysforisk diagnos fastställt och patienten anses inneha tillräcklig mognad. Tillräcklig mognad anses vanligtvis framträda vid en ålder kring sexton år.

Till skillnad från pubertetshämmande hormonbehandling används könskonträr hormonbehandling således till att orsaka långsiktiga kroppsliga förändringar. Den bestående naturen av de förändringar könskonträr hormonbehandling orsakar medför att behandlingen inte är reversibel på samma vis som pubertetshämmande hormonbehandling är. På grund härav finns också skäl till att vara mer restriktiv gällande vilka barn som får ta del av könskonträr hormonbehandling än pubertetshämmande sådan, då effekterna av fullbordad könskonträr hormonbehandling är svårare att tillintetgöra om patienten skulle ångra sig. De utseendemässiga påverkningarna torde dock kunnas till viss grad kunna motverkas med annan könskonträr hormonbehandling vid en eventuell tillbakatransition ifall patienten skulle ångra sig. Effekten av sådan könskonträr hormonbehandling för att transitionera tillbaka vore sannolikt begränsad på liknande vis som om patienten redan genomgått puberteten, då hormonernas maskuliniserande eller feminiserande effekt redan tagit fäste.

Utöver de kroppsliga förändringarna könskonträr hormonbehandling är menad att orsaka, har könskonträr hormonbehandling även observerats till viss grad påverka patienters psykologi. Dessa psykiska påverkningar är till stor grad outforskade, men de observationer som gjorts hittills verkar tyda på en omställning av patientens kognition till att bli mer lik kognitionen tillhörande personens könsidentitet. Behandling med gynogena hormoner tenderar orsaka något bättre prestation hos kognitiva förmågor kvinnor typiskt presterar bättre än män på och något sämre prestation hos kognitiva förmågor män typiskt presterar bättre än kvinnor på. Effekten är den omvända vid behandling med androgena hormoner. Trots att användning av könskonträr hormonbehandling således tros orsaka sämre kognitiv prestation gällande vissa kognitiva förmågor, verkar detta vägas upp av bättre prestation i andra kognitiva förmågor. I sammanslutning till detta, verkar forskning också tyda på att patientens hjärnstruktur börjar bli mer typiskt lik en kvinna vid feminiserande hormonbehandling och mer typiskt lik en man vid maskuliniserande hormonbehandling. Sammantaget tyder studierna, trots att forskning gällande de neurologiska och psykiska effekterna av könskonträr hormonbehandling är mycket begränsat, att de hittills observerade psykologiska påverkningar inte är märkvärdigt negativa. Dock råder fortfarande viss osäkerhet gällande de psykologiska effekterna, vilket medför att det kan finnas orsak till försiktighet vid administrering av denna typ av vård, särskilt för barn.

Forskning om eventuella risker och bieffekter könskonträr hormonbehandling kan orsaka är också något begränsat. Den tillgängliga forskningen i detta fall har främst koncentrerat på de

effekter behandlingen kan ha på patienters blodomlopp, hjärta, skelett och muskler. Förutom en höjd risk för blod- och hjärtsjukdom, samt viss risk att den framtida fertiliteten påverkas, har könskonträr hormonbehandling varit förhållandevist risklös i denna forskning. De risker för hjärt- och kärlsjukdom som observerats i forskning kan också motverkas. Viss oro har även väckts gällande ökad risk för cancer, men de få studier som gjorts om de cancerframkallande egenskaperna av behandlingen har inte kunnat påvisa ökad risk.

Lika som för pubertetshämmande hormonbehandling, är de i forskning observerade oförväntade riskerna och bieffekterna få, och oron för dessa består främst i eventuella bieffekter som hittills inte hittats. Till skillnad från pubertetshämmande hormonbehandling är de förväntade konsekvenserna av könskonträr hormonbehandling långvariga och vissa av dem oåterkalleliga. I detta fall blir eventuell ånger till könsbekräftande behandling också av större betydelse för könskonträr hormonbehandling än för pubertetshämmande behandling. Permanensen av vissa effekter medför också att större grad av mognad behövs för denna typ av könsbekräftande vård.

Som framgått i rättsutredningen, preskriberas könskonträr hormonbehandling inte vem som helst. Medicinsk praxis är att dessa endast ges personer som fått könsdysforisk diagnos fastställd. Könsdysfori är enligt DSM-5, som är den diagnostiska manual som används i klinisk psykiatrisk bruk i Sverige, ett inte tillfälligt tillstånd. Som del av diagnosen hör med andra ord att säkerställa att tillståndet inte går över av sig själv med tiden. I denna mån ingår i utredningen också en viss säkerhetsåtgärd för att motverka att barn som bara tillfälligt upplever könsidentitetsproblem ges könsbekräftande behandling menad åt personer med könsdysfori.

Som ovan anförts inträder denna i regel vid en ålder kring sexton år i svensk rätt. Dock är detta, som ovan anförts, inte en fast gräns, och könskonträr hormonbehandling kan bli tillgänglig redan i en tidigare eller också i en senare ålder. Denna bedömning görs av ansvarig vårdpersonal, liksom också vid pubertetshämmande hormonbehandling, enligt principerna i FB. Behandlingens effekt är dock inte beroende av barnets ålder på samma vis som vid pubertetshämmande hormonbehandling. Då könsdysforisk diagnos fastställts och könskonträr hormonbehandling är aktuellt, har barnet i vanliga fall redan påbörjat pubertetshämmande hormonbehandling. Detta ger en buffert för puberteten, och således även tid för barnet att bli mogen nog könskonträr hormonbehandling. Dock får inte bortglömmas att barnet kan uppleva svårt lidande av könsdysfori under denna tid. I detta fall kan fortfarande skäl finnas till att inte

otillbörligt skjuta upp behandling med könskonträr hormonbehandling och således förlänga barnets lidande. En uppskjutning, trots att detta kan medföra ökat lidande, orsakar inte konsekvenser som permanent förändrar barnets kropp motstretigt barnets könsidentitet som en försenad pubertetshämmande hormonbehandling gör. Även om risken att vårdnadshavaren begränsar ett barn som i annat fall var moget nog för behandling också är aktuell vid könskonträr hormonbehandling, är riskens konsekvenser inte nödvändigtvis lika grova som vid en begränsning av tillstånd till pubertetshämmande hormonbehandling.

#### **4.1.3 Tillstånd till ingrepp i könsorgan och avlägsnande av könskörtlar**

Kirurgiskt ingrepp i könsorgan eller könskörtlar i könsbekräftande syfte att göra dessa mer likt patientens könsidentitet verkar i forskning lindra såväl ångest, depression och könsdysfori hos patienter som tar del av sådan vårdåtgärd. Forskning tyder på klara positiva effekter av dessa vårdåtgärder vid behandling för könsdysfori. Därtill är det få som verkar ångra denna typ av könsbekräftande vård. Problematiskt är dock att ingrepp i könsorgan har en relativt hög komplikationsfrekvens, varierande mellan 27-67 % beroende på form av operation och metod. Dessa ingrepp medför en påtaglig risk för komplikation, och i forskning om vissa ingrepp har konstaterats att en stor del av dessa komplikationer även är allvarliga nog att orsaka nyoperation för inte estetiska skäl.

Utöver den högre risken för komplikationer, finns en mängd andra aspekter som särskiljer dessa kirurgiska vårdåtgärder från övriga könsbekräftande vårdåtgärder. Pubertetshämmande och könskonträr hormonbehandling stoppar respektive orsakar huvudsakligen vissa förändringar i patientens kropp. Dessa förändringar i kroppen är, trots omvälvande, främst av utseendemässig karaktär. Till skillnad från dessa, medför ingrepp i könsorgan och avlägsnande av könskörtlar alltid oåterställbara konsekvenser för patienternas kroppar. En penis eller vagina på vilken gjorts gynoplastisk eller falloplastisk operation kan inte återställas till samma form. Ett avlägsnande av könskörtlar orsakar sterilitet hos patienten. Användningen av hormonbehandling medför typiskt sett inte en ändring av funktion på samma sätt som ingrepp i könsorgan eller avlägsnande av könskörtlar. Ingrepp i könsorgan och avlägsnande av könskörtlar medför allvarliga konsekvenser av permanent slag som inte kan återställas om patienten ångrar sig. Även om det är få som ångrar sig, är lidelsen för den minoritet som gör det av mycket allvarligt slag.

En annan skillnad är att dessa kirurgiska ingrepp kan vara mycket smärtsamma och påfrestande. Påfrestan förvärras ytterligare vid eventuella komplikationer, särskilt om dessa förorsakar nyoperation. Värt att notera är även att, trots att få personer ångrar dessa operationer, är det något fler som ångrar operationerna då de lett till komplikationer. Det saknas också motsvarande forskning om i vilken grad just barn ångrar eller skulle ångra sådana ingrepp. Då barn generellt hanterar påfrestningar sämre än vad vuxna gör finns desto starkare skäl till försiktighet vid tolkning av denna forskning. Trots obeforskat, kan antas att barn i en större, dock okänd, grad skulle riskera ångra dessa operationer än vad vuxna gör.

Barnets rätt att inverka i sina egna angelägenheter och fatta beslut ska utgå från barnets ålder och mognad; desto mognare barnet är, desto mer ska barnet kunna fatta egna beslut. Med mognad anses i detta avseende barnets förmåga att förstå innebörden av sina beslut och de konsekvenser dessa kan medföra. Att förstå eventuella konsekvenser kräver logiskt att barnet således även har kunskap om vilka konsekvenser som kan bli relevanta. Detta betyder dock inte att barnet måste vara fullständigt införstådd i varenda detalj för att kunna anses mogen nog för att fatta ett beslut. I fallet med ingrepp i könsorgan och avlägsnande av könskörtlar blir således av intresse om barn under aderton år kan inneha tillräckligt mognad att förstå innebörden av att få sina könsorgan omvandlade av ingrepp i könsorgan eller den sterilitet som följer avlägsnande av könskörtlar, samt de risker som följer dessa operationer. Klart är dock, för orsakerna anförda ovan, att den grad av mognad som behövs för att själv bestämma om ingrepp i könsorgan eller avlägsnande av könskörtlar är betydligt högre än den grad av mognad som behövs för att själv bestämma om pubertetshämmande eller könskonträr hormonbehandling.

Enbart det faktum att ett barn kan ångra ett beslut medför inte heller att barnet inte har mognaden att fatta beslutet. Barnets bästa innebär inte att barn alltid ska skyddas från konsekvenserna av sina beslut till den grad att barn inte själva får fatta beslut. Barn ska i viss mån även ha rätt att ha fel och fatta dåliga beslut. Vidare har barnrättskommittén uttryckt att de åldersgränser barn åläggs även ska vara beroende syftet med denna åldersgräns. Medan åldersgränser som är ämnade att skydda barn från utnyttjande och övergrepp i regel bör ställas så högt som möjligt, är barnrättskommittén mer skeptisk om att totalförbjuda barn från att delta i processer som kan beskydda barn och barnets bästa. Dessa vårdåtgärder, trots att de är tämligen riskfyllda sådana, torde snarare falla under en process påkallad med barnets bästa i åtanke än en situation där barn utnyttjas eller övergrips. Detta följer av att dessa könsbekräftande vårdåtgärder generellt lindrar könsdysfori och en mängd samsjukliga symtom,

samt även verkar sänka den höga självmordsrisken som drabbar könsdysforiker och i synnerhet könsdysforiska ungdomar. I vetenskaplig forskning har framkommit att ingrepp i könsorgan är den behandling som tenderar bäst lindra könsdysfori. I vissa fall kan ingrepp i könsorgan vara det enda sättet ett barns vårdbehov tillfredsställs. Dessa gynnsamma effekter av behandlingarna kan på detta vis vara samstämmiga barnets rätt till liv, överlevnad och utveckling enligt art. 6 barnkonventionen.

Förutom de självklara kopplingarna mellan en minskning av självmordsrisk och barns rätt till liv och överlevnad, kan denna typ av vård även vara av betydelse för barnets rätt till utveckling. Enligt barnrättskommitténs tolkning inkluderar barnets rätt till utveckling att barnet ska kunna utveckla sin egen identitet, i egen takt. Könsdysfori är ett tillstånd med mycket nära koppling till personens identitet, vilket även antyds av terminologin; könsdysfori betonar en inkongruens mellan en persons könsidentitet och en persons tilldelade kön. Vidare har barnrättskommittén uttryckt att i barnets rätt till utveckling ingår att barnet även har en rätt till att vara barn. Barndomen är inte enbart en förberedelse för vuxendomen. För barnet ska säkerställas så långt det är möjligt att barnet kan utveckla sin identitet under barndomen. Detta talar till viss del emot att tvinga barnet att vänta tills barnet blir vuxet före barnet kan tillåtas avhjälpa sin könsdysfori med dessa medel, om inte absolut nödvändigt.

Enligt utgångspunkten att barnets ålder och mognad respekteras anpassat till vårdåtgärdens ingripandegrad vore därmed att barn som är i behov av det hade viss möjlighet till även dessa könsbekräftande vårdåtgärder. Om det enskilda barnet innehar tillräcklig mognad, ska barnet inte behöva utsättas för lidande längre än vad som behövs för att säkerställa barnets mognad. Detta följer utgångspunkten att tillse det enskilda barn med den bästa möjliga vården. Den tämligen långvariga och robusta undersökningen under vilken könsdysforiska patienter utreds för både behov och förmåga att hantera eventuella ingrepp i könsorgan och avlägsnande av könskörtlar tillser också ett behov till försäkran om tillräcklig mognad hos patienten. Givet den medicinska utredningen och den långa processen i övrigt, torde risken för att en sjuuttonåring befattar felaktigt beslut i sin omognad inte vara avsevärt annorlunda än risken en adertonåring fattar felaktigt beslut av motsvarande skäl. Liknande säkerhet om barnets mognad torde i vart fall råda för de allra äldsta barnen som för adertonåringar. Såvida vore det bästa för det enskilda barnet att inte kategoriskt exkludera barn från ingrepp i könsorgan och avlägsnande av könskörtlar, utan tillåta de äldre barnen som under utredning visat sig ha behov och kapacitet till dessa vårdåtgärder att avhjälpa deras könsdysfori med dessa.



I svensk rätt utgår en persons bestämmanderätt huvudsakligen från personens beslutskompetens – personens ålder och mognad i jämförelse med betydelsen av vårdåtgärden på personens hälsa, åtgärden svårighetsgrad och åtgärdens konsekvenser. För barn görs bestämmanderättsbedömningar till viss grad åldersmässigt. Vissa vårdåtgärder anses barn under en viss ålder inte kunna ha bestämmanderätt till, då barn generellt inte anses ha tillräcklig beslutskompetens i de situationer vid den åldern. Exempelvis har, som i rättsutredningen framförts, barn yngre än kring femton år i regel inte bestämmanderätt att själva ansöka om psykiatrisk vård. För vissa särskilt ingripande operationer har i svensk rätt fastställts en absolut vetorätt för vårdnadshavare. Eftersom den medicinska utredningen som krävs för tillstånd att undergå könsbekräftande vårdåtgärder dock redan i viss utsträckning undersöker om patienten i fråga har beslutskompetens, torde det inte vara obegripligt att låta utredningen ha visst inflytande i fastställande av patientens bestämmanderätt. På grund av att det enskilda barnets beslutskompetens till viss del utreds, finns också mindre orsak att hänvisa till en generell nivå av beslutskompetens för barn vid en viss ålder för att bestämma ifrågavarande barns bestämmanderätt i förhållande till en viss vårdåtgärd. Då underlag för en mer individuell bedömning finns, vore mer individuell bedömning att föredra för att bättre tillgodose det enskilda barnets bästa, särskilt i de fallen det enskilda barnets behov för denna typ av vård är stort. Utöver att en allmän regel som skulle förbjuda barn från att ta del av viss könsbekräftande vård vore emot det enskilda barnets bästa i vissa fall, talar även detta emot ett absolut förbud för barn att ta del av de i 4 & 4a §§ könstillhörighetslagen specialreglerade könsbekräftande vårdåtgärderna.

Barn bör således inneha bestämmanderätt i någon grad till även ingrepp i könsorgan och avlägsnande av könskörtlar. Det återstår dock att bedöma hur stark denna bestämmanderätt ska vara i jämförelse med vårdnadshavare och när den kan inträda som tidigast. De i 4 & 4a §§ könstillhörighetslagen reglerade könsbekräftande vårdåtgärderna kräver mer mognad att besluta om än könskonträr hormonbehandling i och med de svåra och oåterkalleliga konsekvenser som följer. Konsekvensernas grad medför även att det, trots att det ska finnas en möjlighet, fortfarande finns skäl till restriktivitet gällande vilka barn som ska få ta del av dessa könsbekräftande åtgärder. På grund härav är praktiskt uteslutet att bestämmanderätten för dessa ingrepp skulle inträda före bestämmanderätten för könskonträr hormonbehandling. I nuvarande medicinsk praxis anses barn i regel vara mogna nog för att förstå innebörden och konsekvenserna av könskonträr hormonbehandling vid en ålder kring sexton år. I regel torde

således sällan vara aktuellt att ett barn yngre än sexton år gammalt var tillräckligt moget för ett beslut om ingrepp i könsorgan eller avlägsnande av könskörtlar.

Vidare kunde frågas om ett avlägsnande av könskörtlar även skulle kräva desto högre ålder och mognad från barnet än vad ingrepp i könsorgan gör, i och med den förväntade sterilitet som följer. Även för denna vårdåtgärd borde dock gälla att barnet ska ha en möjlighet till detta om det anses i individuell bedömning för det enskilda barnet vara enligt det enskilda barnets bästa. I detta hänseende kan konstateras att, även om ett absolut förbud för barn inte är förenligt med barnperspektivet, torde dessa ingrepp bära reserveras för de allra äldsta och mognaste barnen. I och med den robusta medicinska utredningen finns också underlag för, och därmed även belägg för, en mer individualiserad bedömning av barnets mognad. Således torde ett borttagande av åldersgränsen vara ett alternativ som bättre respekterar barnets ålder och mognad än en sänkning av åldersgränsen. Redan en sänkning av åldersgränsen skulle dock avhjälpa konventionsstridigheten.

Som observerats i den rättsliga utredningen har liknande slutsats nåtts i förarbeten där detta förfarandet avsetts ändras. Det absoluta förbudet för viss könsbekräftande vård har i dessa anförts vara stridigt barnkonventionen, och åldersgränsen har i vissa fall avsetts sänkas, i vissa fall avgås ifrån helt. Trots att denna del av lagen ansetts behöva ändring av flera statliga undersökningar och visst lagstiftningsarbete gjorts där detta avsetts ändras i flera år, är lydelsen fortfarande i strid med barnkonventionen och det enskilda barnets bästa. Även de övriga kriterierna för ingrepp i könsorgan och avlägsnande av könskörtlar har ansetts föråldrade, och i förarbeten har kriterierna viljat ändras så att bedömningen görs mer fri för den medicinska professionen. Detta skulle förstärka att tillstånd till dessa kirurgiska åtgärder utgick från vetenskap och beprövad erfarenhet, samt de individuella förhållandena som råder för det enskilda barnet.

Likaså finns skäl att överväga i vilken grad vårdnadshavares samtycke skulle krävas ifall ingrepp i könsorgan och avlägsnande av könskörtlar gjordes tillgängliga för barn i vissa fall. Som anförts angående de i dagens läge inte barnförbjudna könsbekräftande vårdåtgärderna, riskerar vårdnadshavarnas bestämmanderätt att i vissa fall undergräva utgångspunkten att barnets ålder och mognad ska respekteras och anpassas ingripandegraden av vårdåtgärden. I detta fall är relevant att ingrepp i könsorgan och avlägsnande av könskörtlar är de mest ingripande av de könsbekräftande vårdåtgärderna. Samtidigt är dessa kirurgiska ingrepp också

mål för Rättsliga rådets bedömning, vilket de övriga könsbekräftande vårdåtgärderna inte är då dessa inte regleras av könstillhörighetslagen. Detta innebär att den robusta medicinska utredningen även har en säkerhetsåtgärd i form av Rättsliga rådets kvalitetskontroll. En bedömning av barnets ålder och mognad kunde således med fördel även här utgå i viss grad från barnets egna åsikt, förutsatt att bedömningen följer vetenskap och beprövad erfarenhet. Med detta i åtanke torde vårdnadshavaren i vart fall inte ha en vetorätt till dessa könsbekräftande vårdåtgärder, trots att dessa är mycket ingripande.

## *4.2 Bemötande och diskriminering*

I processen är också alltid viktigt att barnet informeras om de involverade riskerna, så barnet har möjlighet att utöva sin bestämmanderätt. Detta framgår även av den svenska rätten, som i lagtext och förarbeten stadgat en förhållandevis långtgående plikt för hur patienten ska informeras om den vård patienten får och kan få. Information om sin egen vård har också ansetts vara en viktig aspekt för att patienter ska känna sig delaktiga i sin egen vård och bli väl bemötta. Som i rättsutredningen nämnts, inkluderar detta såväl att patienten får vetenskapligt stödd information om innebörden och konsekvenserna av vård och vilka alternativ som är patienten tillhanda, och att informationen dessutom anpassas till patienten. I förarbeten har könsidentitet uttryckligen nämnts som en omständighet till vilken informationen bör anpassas. Vidare finns särskild reglering gällande informering av barn. Informationsgivaren ska utöver detta även säkerställa att patienten faktiskt har mottagit och förstått den information som getts. Lagstiftningsmässigt går såvida tämligen långt för att möjliggöra bra underlag för barn att utöva sin bestämmanderätt då aktuellt.

I rättsutredningen har dock uppmärksammats att, trots de höga krav svensk lagstiftning ställer på informering av patienten inom vården, framkommer att patienter i den könsbekräftande vården i Sverige upplever sig inte få den information de behöver. Bristen på information kombinerat med att transvården upplevs vara långsam har orsakat oro och ångest för de patienter som vårdas inom transvården. Samtidigt har patienter i transvården, särskilt icke-binära personer, upplevt sig bli dåligt bemötta, då de uppfattat sig bli respektlöst behandlade. Visserligen ställer lagstiftning högre krav på hur barn ska informeras inom vården än övriga patienter, dock kan ifrågasättas om detta leder till bättre bemötande för barn då övriga patienters upplevelser inte levt upp till lagen. Om lagens lydelse inte är tillräcklig för att säkerställa ett bra bemötande med vilken barn ska till det yttersta möjliggöras utöva sin bestämmanderätt, kan

problemet inte heller lösas enbart med ett tillstramande av de lagfasta kraven. I detta hänseende torde ett bättre alternativ vara förstärkt bemötandeutbildning eller bättre tillsyn över bemötandet inom transvården.

Det dåliga bemötandet, den långsamma vårdprocessen och brist på information har även lett till att vissa könsdysforiker medger sig ha börjat självmedicinera under vården, då de ansett sig inte ha fått den vård de behöver. Detta har varit särskilt tydligt bland icke-binära könsdysforiker, som, enligt vad som tidigare anförts, har svårigheter med att få tillfredsställande vård i den svenska transvården. För att säkerställa patientens goda vård är av centralt intresse att vården följer god medicinsk standard stödd med vetenskap och beprövad erfarenhet. I detta hänseende är av vikt att vården sker med ledning av medicinskt professionella och självmedicinering undviks så långt möjligt. Detta är desto viktigare ifall patienten är ett barn som inte nödvändigtvis har samma förmåga till välgrundade beslut som vuxna, och kan således ha mindre förmåga att medicinera rätt. Även detta talar för ett behov av att förbättra bemötandet för transpersoner i övrigt, och könsdysforiska barn i synnerhet, får i den könsbekräftande vården.

Gällande val av behandlingsmetod är det relevant att påpeka att det råder brist i vetenskaplig kunskap över vilka metoder till vissa ingrepp som ger bästa resultat avseende komplikationer vid olika typer av kirurgiska ingrepp i könsorgan. I detta fall orsakar den bristande medicinska kunskapen att det kan bli svårt för patienter att bilda bra uppfattning om vilka de eventuella konsekvenserna är, särskilt då olika metoder jämförs med varandra. Även om patienten fick all tillgänglig information på optimalt anpassat vis är informationen bristande. I detta avseende begränsas patienters förmåga att utföra sin bestämmanderätt till viss del, då patienten inte kan veta vilken metod som är säkrare den andra. Vidare kan det dåliga kunskapsläget medföra olika bedömningar gällande det medicinska underlaget för olika metoder, ledande till stor variation i tillgänglighet till olika behandlingsmetoder beroende på läkare, då det i första hand är upp till den medicinskt ansvarige för vården att bedöma om en vårdåtgärd fyller kraven för vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta orsakas dock inte av brist i den svenska rätten, utan är en konsekvens av otillräcklig forskning som inte kan avhjälpas med annat än vidare forskning.

Även då forskning finns tillgänglig, uppstår fortfarande problem. Som visats i rättsutredningen kan ur tidigare nämnd hälso- och sjukvårdslagstiftning utläsas att vården som patienten ska ta del av vara utformad enligt den bästa möjliga vetenskapen. I den vetenskapliga litteraturen

framkommer att såväl risken för komplikationer som andelen patienter som könsbekräftande vårdåtgärder är rätt låg då rätt metod och teknik används. Dock ter det sig problematiskt att det i den vetenskapliga litteraturen framförs att kunskapsläget gällande vilka metoder som är de bästa är bristande. Desto mer uppseendeväckande blir detta då användandet av fel metod och teknik kan resultera i betydligt fler fall komplikationer. Därtill bör påpekas att det tillgängliga vetenskapliga underlaget gällande könsbekräftande genitalkirurgi främst berör vaginoplastiska operationer för transkvinnor. Konsekvenserna av falloplastik för transmän är avsevärt mer okända.

Samtidigt är själva begreppen bästa möjliga kunskap och klinisk erfarenhet oklara. Som resultat därav har i gällande rätt bedömningen över huruvida en vårdåtgärd lever upp till vetenskap och beprövad erfarenhet i praktiken delegerats den medicinska disciplinen. Dock ska uttalanden från företrädare från den medicinska professionen vara sanna den juridiska regleringens intentioner. Denna förhållning gäller lika vid könsbekräftande vård. Det som särskiljer situationen med könsbekräftande vårdåtgärder från de flesta andra vårdåtgärder är dock det inflytande den juridiska regleringen har på denna till medicinska disciplinen delegerade bedömning. I utredningen har observerats att, trots att besluten vid de könsbekräftande vårdåtgärder som inte regleras av könstillhörighetslagen är upp till den medicinska disciplinen att besluta, är medicinsk praxis vid dessa beslut påverkad av tillståndsreglering i könstillhörighetslagen. Detta eftersom medicinsk praxis vid denna typ av beslut verkar utgå från en bedömning av om patienten sannolikt lyckas fylla kraven för juridiskt könsbyte enligt 1 § könstillhörighetslagen. I denna del verkar den från den juridiska till den medicinska disciplinen delegerade besluten skematiskt bedömas utifrån huruvida patienten lever upp till juridisk reglering som inte är juridiskt aktuell vid bedömningen.

Trots att detta vid en första anblick kan verka underligt, behöver detta inte per automatik vara problematiskt. En annan aspekt som observerats i utredningen av könstillhörighetslagen är att tillståndsregleringen som påverkar bedömningen till stor del reflekterar den medicinska utredning som utförs vid de könsutredande klinikerna i Sverige. Dessutom består det beslutsfattande organet vid tillståndsbeslut angående juridisk könsändring, Rättsliga rådet, av läkare och andra medicinskt professionella. Vidare utgår från utredningen av gällande rätt att jakande beslut nästan uteslutande kräver robust medicinsk utredning som ska vara utfärdad av eller snarlik de utfärdade av ovan nämnda utredningslag. Tillstånd till juridiskt könsbyte, trots att denna regleras juridiskt, är utformad i överensstämmelse med den medicinska utredningen

som agerar grund för beslut som fattas av medicinsk personal. I denna del verkar även tillståndsregleringen till viss del följa den medicinska praxis som gäller.

I detta hänseende kunde gällande rätt till synes anses vara förenlig med medicinsk praxis, och därmed även vetenskap och beprövad erfarenhet, då dessa verkar hänvisa till varandra. Frågan är dock om denna dynamik faktiskt härleder vård utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Förvisso är vetenskap och beprövad erfarenhet odefinierat i den juridiska kontexten, och reellt juridiskt är det upp till den medicinska professionens representanter att bedöma; en form av subjektiv bedömning. Att helt enkelt konstatera att det är upp till vårdgivande personals tycke vore däremot otillfredsställande. Det är sannolikt även därför detta beslut kan anmälas och prövas; för att undvika skönsmässiga beslut. Implikationen är att det ska finnas någon form av objektivitet eller empiri bakom beslutet.

Liknande tanke kan utläsas från de krav som ställs hälso- och sjukvårdspersonal som administrerar vård åt patienter; de förpliktas hålla sig informerade om nya vetenskapliga fynd gällande vårdåtgärder i sina respektive rön. Med andra ord förväntas bedömningen som vårdande personal gör utgå från en tolkning av hur säkra och effektiva olika vårdåtgärder är utifrån existerande forskning. I rättsutredningen har angående detta uppmärksammats att Socialstyrelsen framställer riktlinjer för vård baserad på kunskapsstöd publicerade av SBU eller Socialstyrelsen själv. Dessa kunskapsstöd består av medicinska experter som tolkar stor mängd forskning, och kan därmed anses försöka få fram vetenskaplig konsensus gällande vård. På grund härav kan anses att, trots saknad av juridisk innebörd, finns vissa riktlinjer vårdande personal bör följa. Enig konsensus kan dock inte alltid fastställas, särskilt då det handlar om mindre utforskade vårdåtgärder, och trots riktlinjer kan tämligen stort tolkningsutrymme accepteras. Gällande könsbekräftande vård för könsdysfori, har i riktlinjer ansetts att dessa bör ges personer som har fastställt könsdysforisk diagnos med fast förankrad könsidentitet och innehar tillräcklig mognad.

Vad som däremot ter sig mer problematiskt med förhållandet mellan medicinsk praxis och lagstiftningen är i detta hänseende den olikhet i förmåga dessa har att efterfölja kontemporär vetenskaplig forskning. Där medicinsk praxis har möjlighet till att vara mer flexibel och kontinuerligt omforma sig efter ny forskning, är lagstiftningen fastslagen i en viss ordalydelse – en form som innehåller vissa antaganden inombords.

Problemet med detta är särskilt tydligt vid fallet för icke-binära könsdysforiker. Som framkommit i utredningen av gällande rätt utgår könstillhörighetslagen från en binär uppsättning av kön; en upplevelse av att tillhöra ”det andra könet”.<sup>245</sup> Som led av detta har andra könsidentiteter än de binära exkluderats från tillstånd till juridiskt könsbyte och därigenom även de könsbekräftande vårdåtgärderna som regleras i 4 & 4a §§ könstillhörighetslagen. Då medicinsk praxis utgår i bedömning för olika vårdåtgärder utifrån en persons förutsättningar till eventuellt juridiskt könsbyte, riskerar detta också kategoriskt exkludera personer med icke-binära könsidentiteter från annan könsbekräftande vård än de vilka kräver tillstånd enligt könstillhörighetslagen.

Orsaken till att detta är en problematisk exkludering är mångfacetterad. Förutom det uppenbara, att denna konstruktion medför negativ olikabehandling på grund av könsidentitet som medför att patienter inte får den vård de behöver, saknas även vetenskaplig grund för denna exkludering. Tvärtom verkar forskning och vetenskap indikera att personer med icke-binär könsidentitet upplever könsdysfori, och att dessa personers könsdysfori, liksom för personer med binär könsidentitet, kan lindras med könsbekräftande vårdåtgärder. Vårdåtgärder som ska ges i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet hindras därmed att ges till personer som kan vara i behov av dem på grund av en juridisk konstruktion som inte är bindande för hur dessa vårdåtgärder ska administreras. Denna lojalitet till lagstiftningen har även i vissa fall lett till situationer där personer med icke-binär könsidentitet inte tagits emot på ett antal könsutredningskliniker i mån om det faktum de inte innehar förutsättningarna till tillstånd till juridiskt könsbyte. Könstillhörighetslagens konstruktion har sålunda lett till en inte vetenskapligt underbyggd systematisk exkludering av en grupp personer som kan vara i behov av vård även anseende vård som är tillämplig av annan lag än könstillhörighetslagen med motivering att detta ska vara enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

Det faktum att barn som, såväl i eget, vårdnadshavares och medicinsk personals tycke, är i behov av vård i vissa fall vägras sådan enbart på grund av lagens lydelse är en uppenbar brist som bör åtgärdas. Detta strider emot utgångspunkten att säkerställa bästa möjliga vårdresultat för barnet. Detta är föga förenligt med det enskilda barnets bästa i förevarande fall. Utöver detta ter det sig svårförklarligt varför icke-binära könsdysforiska barn hanteras olika i detta fall

---

<sup>245</sup> 1 § 1 st. 1 p. könstillhörighetslagen. Se också avsnitt 3.1.1.

jämfört med andra könsdysforiska barn. Ett kategoriskt exkluderande av icke-binära könsdysforiska barn innebär i detta hänseende även diskriminering på grund av könsidentitet.

Könsdysforiska, här inkluderat även icke-binära könsdysforiska barn, hör till en sådan grupp barn som i Barnkonventionens mening skulle vara särskilt utsatta. Detta utgår dels indirekt från den markanta självmordsrisken bland dessa barn som indikerar om deras utsatthet, dels direkt från barnrättskommitténs egna rapporter där dessa grupper uttryckligen nämns som särskilt utsatta. I barnkonventionens mening har konventionsstaterna en skyldighet att inte bara förhindra negativ diskriminering av barn, utan även en skyldighet att förbättra deras ställning så de kan åtnjuta lika förhållanden som andra barn. Med andra ord kan barnkonventionen i vissa fall kräva särskilda insatser för att hjälpa dessa barn för att staterna ska leva upp till barnkonventionens icke-diskrimineringsprincip.

Utöver detta har även i tolkningen av barnkonventionen konstaterats att konventionsstater också har en skyldighet att förebygga suicidalitet bland barn. I denna mån kan svensk lagstiftning anses bristfällig, då vissa särskilt utsatta barn med hög självmordsrisk riskerar vägras vård som enligt vår bästa vetenskapliga förståelse hämmar suicidalitet och på annat vis förbättrar välmåendet bland dem som vårdas för könsdysfori. Detta strider emot utgångspunkten att den bästa möjliga vården ska vara tillgänglig alla barn, oberoende könsidentitet.

### *4.3 Sammanfattning*

Sammanfattningsvis kräver utgångspunkterna för barnets bästa en möjlighet för de enskilda barn som innehar tillräcklig mognad att ta del av samtliga könsbekräftande vårdåtgärder som ingår i transvården. Enligt utgångspunkten att barnets ålder och mognad respekteras och anpassas till vårdåtgärdens ingripandegrad vid bedömning om tillstånd, krävs att barnet ska ha en möjlighet att kunna hävda sin ålder och mognad. Vid absolut förbud, som gäller ingrepp i könsorgan och avlägsnande av könskörtlar enligt 4 och 4a §§ könstillhörighetslagen, har barnet ingen möjlighet till detta. Regleringen i 4 och 4a §§ könstillhörighetslagen strider således emot denna utgångspunkt. Även vid pubertetshämmande och könskonträr hormonbehandling, vars tillstånd regleras av bestämmelserna i 6 kap. 11 § FB, tillmäts barnets ålder och mognad subsidiär roll till vårdnadshavares inställning och den medicinska personalens bedömning av barnets vårdbehov då vårdnadshavaren inte samtycker. Även detta är stridigt ifrågavarande utgångspunkt.



Den andra utgångspunkten avser barnets rätt till den bästa möjliga vården, och det enskilda barnet ska således tillberedas bästa möjliga vårdresultat. Könsdysfori medför stort psykiskt lidande hos patienten av bestående karaktär, om könsdysforin inte lindras. Könsbekräftande vårdåtgärder har visat sig vara effektiva för att lindra känslan av könsdysfori, och i vissa fall är kan könsbekräftande vård, häribland även ingrepp i könsorgan och avlägsnande av könskörtlar, vara den enda vården som kan tillfredsställa barnets vårdbehov. Ett absolut förbud mot ingrepp i könsorgan och avlägsnande av könskörtlar för barn enligt 4 och 4a §§ konstllhörighetslagen strider därmed också emot denna utgångspunkt. Gällande de andra könsbekräftande vårdåtgärderna, riskerar det stora inflytandet vårdnadshavare innehar i enskilda fall att barnet inte genast får den vård barnet behöver om inte vårdnadshavare samtycker. Risken för detta är större för de yngre barnen, och detta kan medföra ökat lidande särskilt för de barn vars pubertetshämmande hormonbehandling blir uppskjutet. Om pubertetshämmande hormonbehandling skjuts upp, undergrävs de könsdysforilindrande effekterna av behandlingen. På detta vis kan bristande respekt för utgångspunkten angående respekt för barnets ålder och mognad även leda till att utgångspunkten att det enskilda barnets ska få bästa möjliga vård.

Om könsbekräftande vård barnet behöver skjuts upp, förlängs också barnets könsdysforiska lidande. I detta hänseende kan också ifrågasättas om inte behandlingens långsamhet då orsakar sämre vård och därmed ökat lidande i strid med den tredje utgångspunkten. Om barnet är i behov av ingrepp i könsorgan eller avlägsnande av könskörtlar, har barnet inte möjlighet till detta förrän barnet fyllt aderton enligt 4 och 4a §§ konstllhörighetslagen. I detta fall är risken påtaglig.

Den sista utgångspunkten är att dessa utgångspunkter skrivna ovan ska gälla lika för alla barn, oavsett könsidentitet. Detta utgår från barnkonventionens icke-diskrimineringsprincip. Kriterierna för ingrepp i könsorgan och avlägsnande av könskörtlar enligt 4 och 4a §§ konstllhörighetslagen medför att icke-binära könsdysforiker inte medges tillstånd till dessa vårdåtgärder enbart på grund av deras könsidentitet, vilket strider direkt mot utgångspunkten. Kriteriernas lydelse, som återfinns i 1 § konstllhörighetslagen, har även lett till att icke-binära könsdysforiker har det svårare att få tillgång till övrig könsbekräftande vård, och icke-binära könsdysforiker diskrimineras även på detta vis.

## 5 Avslutning

Antalet unga personer som ansöker om vård för könsdysfori har ökat dramatiskt runt om i världen under det senaste decenniet. Med denna ökning har transpersoners, och särskilt unga transpersoners rättigheter uppmärksammats. I diskussionen om unga personer med könsdysfori och deras vårdbehov har både framförts en vilja att beskydda barn från de allvarliga konsekvenserna könsbekräftande vårdåtgärderna kan medföra, och en vilja att låta unga könsdysforiker i större grad få ta del av den vård de behöver.

I Sverige har den juridiska utvecklingen stått still. Trots flera utredningar och försök till lagändring, har könstillhörighetslagen inte ändrats. Lagen anses idag vara föråldrad, och dess lydelse anses inneha rättighetsbrister, såväl för barn som för vissa könsidentiteter. Lagens nuvarande form är till hög grad diskriminerande emot icke-binära könsdysforiker. Utvecklingen i lagstiftningsprocessen verkar dock luta mot att öka tillgängligheten av könsbekräftande vård, särskilt kirurgisk sådan, till könsdysforiska ungdomar. Sett ur ett perspektiv som beaktar både tillgänglig vetenskaplig forskning om könsdysfori och barnkonventionen för att bedöma barnets bästa, är utvecklingen i de förslagna lagändringarna positiv. Även om förslagen går mot positiv riktning, riskerar dessa dock vara i viss mån otillräckliga för att fullständigt tillföra barnets bästa. Såväl i nuvarande rättsläge som i förarbeten till eventuell lagändring, har könsdysforiska barns rätt till könsbekräftande vård till viss grad undergrävts med starka villkor om vårdnadshavares samtycke. För att kunna tillgodose det enskilda barnets bästa kräver detta förändring.

## Käll- och litteraturförteckning

### *Offentligt tryck*

#### **Regeringens propositioner**

Proposition 1972:6 *Kungl. Maj:ts proposition med förslag till lag om fastställande av konstllhörighet i vissa fall, m.m.*

Proposition 1989/90:28 *Om vård i vissa fall av barn och ungdomar.*

Proposition 2005/06:50 *Strategi för ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade sjukdomar.*

Proposition 2005/06:115 *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg för äldre.*

Proposition 2011/12:142 *Ändrad konstllhörighet.*

Proposition 2011/12:53 *Barns möjlighet att få vård.*

Proposition 2013/14:67 *Mer inflytande för den enskilde i valet av hjälpmedel.*

Proposition 2013/14:106 *Patientlag.*

Proposition 2017/18:186 *Inkorporering av FN:s konvention om barnets rättigheter.*

#### **Statens offentliga utredningar**

SOU 1968:28 *Intersexuellas konstllhörighet med förslag till bl.a. lag om fastställande av konstllhörighet i vissa fall.*

SOU 2007:16 *Ändrad konstllhörighet – förslag till ny lag.*

SOU 2014:91 *Juridiskt kön och medicinsk könskorrigering.*

SOU 2016:19 *Barnkonventionen blir svensk lag.*

SOU 2017:92 *Transpersoner i Sverige – förslag för stärkt ställning och bättre levnadsvillkor.*

#### **Riksdagens motioner**

Motion 2017/18:750 *Ett tredje juridiskt kön.*

Motion 2017/18:2857 *Införandet av ett tredje juridiskt kön.*

Motion 2019/20:2297 *Förenklade rutiner för byte av kön.*

#### **Departementsserien**

Ds. 2019:23 *Vägledning vid tolkning och tillämpning av FN:s konvention om barnets rättigheter.*

Ds 2018:11 *Viss kirurgiska ingrepp.*

## Övrigt offentligt tryck

Folkhälsomyndigheten, *Psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada bland barn och unga transpersoner*, 2020.

SBU, *Könsdysfori hos barn och unga*, 2019.

Socialstyrelsen, *God vård för barn och unga med könsdysfori – Nationellt kunskapsstöd*, 2015.

Socialutskottets betänkande 2019/20:SoU12 *Kompetensförsörjning och prioriteringar inom hälso- och sjukvården m.m.*

## Litteratur

American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition: DSM-5*, American Psychiatric Association Publishing, 2013.

Arnoldussen, Marijn, van der Miesen, Anna, Popma, Arne och Steensma, Thomas D., *European child & adolescent psychiatry*, 2020, Volym 29, Sjätte upplagan, s. 803–811.

Bränström, Richard och Pachankis, John E., *The American Journal of Psychiatry*, 2020, Volym 177, Åttonde upplagan, s. 727–734.

Costa, Rosalia och Colizzi, Marco, *Neuropsychiatric disease and treatment*, 2016, Volym 12, Första upplagan, s. 1953–1966.

De Vries, Annelou L.C., McGuire, Jenifer K., Steensma, Thomas D., Wagenaar, Eva C.F., Doreleijers, Theo A.H. och Cohen-Kettenis, Peggy T., *Pediatrics*, 2014, Volym 134, Fjärde upplagan, s. 696–704.

Defreyne, Justine, Motmans, Joz och T'sjoen, Guy, *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, 2017, Volym 17, Sjätte upplagan, s. 543–556.

Dhejne, Cecilia, Lichtenstein, Paul, Boman, Marcus, Johansson, Anna L.V., Långström, Niklas och Landén, Mikael, *PloS One*, 2011, Volym 6, Andra upplagan, e16885.

Dhejne, Cecilia, Öberg, Katarina, Arver, Stefan och Landén, Mikael, *Archives of sexual behavior*, 2014, Volym 43, Första upplagan, s. 1535–1545.

Dreher, Paulette C., Edwards, Daniel, Hager, Shaun, Dennis, Margeaux, Belkoff, Andie, Mora, Jamie, Tarry, Susan och Rumer, Kathy L., *Clinical anatomy (New York, N.Y.)*, 2018, Volym 31, Andra upplagan, s. 191–199.

Dutra, Erika, Lee, Julia, Torbati, Tina och Garcia, Maurice, *Maturitas*, 2019, Volym 129, Första upplagan, s. 45–49.

Figuera, Tayane M., Ziegelmann, Patrícia K., da Silva, Thaís R. och Spritzer, Poli M., *Journal of the Endocrine Society*, 2019, Volym 3, Femte upplagan, s. 943–964.

Frisén, Louise, Söder, Olle och Rydelius, Per-Anders, Kraftig ökning av könsdysfori bland barn och unga, *Läkartidningen*, 2019, Volym 114:EFMY.

Frisén, Louise, Stenlid, Maria H., Rydelius, Per-Anders, Söder, Olle, Arver, Stefan och Dhejne, Cecilia, Multidisciplinärt samarbete har gett bättre kunskapsläge, *Läkartidningen*, 2019, Volym 116:FR6P.

Frisén, Louise, Stenlid, Maria H., Rydelius, Per-Anders, Söder, Olle, Arver, Stefan och Dhejne, Cecilia, Utredning och behandling kan ge bättre livskvalitet och psykisk hälsa, *Läkartidningen*, 2019, Volym 116:FR6P.

Garland, Jameson, Testing the bounds of Lawful Medicine in Sweden: Vetenskap och beprövad erfarenhet as a legally enforceable standard of care, i *Nordisk Socialrättslig Tidsskrift*, nr 19–20, 2019, s. 79–114.

Georgas, Konstantinos, Beckman, Ulrika, Bryman, Inger, Elander, Anna, Jivegård, Lennart, Mattelin, Ellenor, Olsen Ekerhult, Teresa, Persson, Josefine, Sandman, Lars, Selvaggi, Gennaro, Stadig, Ida, Wikberg Adania, Ulla och Strandell, Annika, *Health Technology Assessment (HTA) report 2018:102*, Region Västra Götaland.

Di Giacomo, Ester , Krausz, Micheal, Colmegna, Fabrizia, Aspesi, Flora och Clerici, Massimo, *JAMA pediatrics*, 2018, Volym 172, Tolfte upplagan, s. 1145–1152.

Gómez-Gil, Esther, Zubiaurre-Elorza, Leire, Esteva, Isabel, Giullamon, Antonio, Godás, Teresa, de la Cruz, Almaraz M., Halperin, Irene och Salamero, Manel, *Psychoneuroendocrinology*, 2012, Volym 37, Femte upplagan, s. 662–670.

Landén, Mikael, Ökningen av könsdysfori bland unga tarvar eftertanke, *Läkartidningen*, 2019, Volym 116:FSMH.

Landén, Mikael och Innala, Sune, *Archives of sexual behavior*, 2000, Volym 29, Fjärde upplagan, s. 375–388.

Manrique, Oscar J., Adabi, Kian, Martinez-Jorge, Jorys, Ciudad, Pedro, Nicoli, Fabio och Kiranantawat, Kidakorn, *Annals of plastic surgery*, 2018, Volym 80, Sjätte upplagan, s. 684–691.

Maraka, Spyridoula, Ospina, Naykky S., Rodriguez-Gutierrez, Rene, Davidge-Pitts, Caroline J., Nippoldt, Todd B., Prokop, Larry J. och Murad, M. Hassan, *The journal of clinical endocrinology and metabolism*, 2017, Volym 102, Elfte upplagan, s. 3914–3923.

Marshall, Ellen, Claes, Laurence, Bouman, Walter P., Witcomb, Gemma L. och Arcelus, Jon, *International review of Psychiatry*, 2016, Volym 28, Första upplagan, s. 58–69.

McFarlane, Thomas, Zajac, Jeffrey D. och Cheung, Ada S., *Clinical endocrinology*, 2018 Volym 89, Sjätte upplagan, s. 700–711.

Millet, Nessa, Longworth, Julia och Arcelus, Jon, *International Journal of Transgenderism*, 2017, Volym 18, Första upplagan, s. 27–38.

Murad, M. Hassan, Elamin, Mohamed B., Garcia, Magaly Z., Mullan, Rebecca J., Murad, Ayman, Erwin, Patricia J. och Montori, Victor M., *Clinical endocrinology*, 2010, Volym 72, Andra upplagan, s. 214–231.

Nguyen, Hillary B., Loughead, James, Lipner, Emily, Hantsoo, Liisa, Kornfield, Sara L. och Epperson, C. Neill, *Neuropsychopharmacology*, 2019, Volym 44, Första upplagan, s. 22–37.

Nguyen, Hillary B., Chavez, Alexis M., Lipner, Emily, Hantsoo, Liisa, Kornfield, Sara L., Davies, Robert D. och Epperson, C. Neill, *Current psychiatry reports*, 2018, Volym 20, Tofte upplagan, s. 110–126.

Rysell, Katrin, SBU hittar ingen förklaring till att fler söker för könsdysfori, *Läkartidningen*, 2019, Volym 116:FXYT.

Segelmark, Leo, Transvården bör förändras i grunden – och det måste gå fort, *Läkartidningen*, 2017, Volym 114:ETW6.

Singh-Ospina, Naykky, Maraka, Spyridoula, Rodriguez-Gutierrez, Rene, Davidge-Pitts, Caroline, Nippoldt, Todd B., Prokop, Larry J. och Murad, M. Hassan, *The journal of clinical endocrinology and metabolism*, 2017, Volym 102, Elfte upplagan, s. 3904–3913.

Svensson, Gustav, Barns bestämmanderätt i medicinska frågor, i *Juridisk Tidsskrift*, nr 4 2005/06, s. 866–887.

UNICEF, *Handbok om Barnkonventionen*, Första upplagan, 2008, UNICEF Sverige, Stockholm.

Westerhäll, Lotta V., *Patienträttigheter*, Första upplagan, 1994, Nerenius & Santéus, Stockholm.

Westerhäll, Lotta V., *Svensk patientlagstiftning: lärobok om patienters ”rätt” i hälso- och sjukvården*, Tredje upplagan, 2020, Santéus förlag, Stockholm.

Van de Grift, Tim C., Elaut, Els, Cerwenka, Susanne C., Cohen-Kettenis, Peggy T. och Kreukels, Baudewijntje P.C., *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2018, Volym 44, Andra upplagan, s. 138–148.

Wernick, Jeremy A., Busa, Samantha, Matouk, Kareen, Nicholson, Joey och Janssen, Aron, *The Urologic clinics of North America*, 2019, Volym 46, Fjärde upplagan, s. 475–486.

Wiepjes, Chantal M., Nota, Nienke M., de Blok, Christel J.M., Klaver, Maartje, de Vries, Annelou L.C., Wensing-Kruger, S. Annelijn, de Jong, Renate T., Bouman, Mark-Bram, Steensma, Thomas D., Cohen-Kettenis, Peggy, Gooren, Louis J.G., Kreukel, Baudewijntje P.C. och den Heijer, Martin, *The journal of sexual medicine*, 2018, Volym 15, Fjärde upplagan, s. 582–590.

### *Tryck från Förenta Nationerna*

UN Committee on the Rights of the Child (CRC), *General Comment No. 4 (2003): Adolescent Health and Development in the Context of the Convention on the Rights of the Child*, 1 July 2003, CRC/C/GC/2003/4.

UN Committee on the Rights of the Child (CRC), *General Comment No. 8 (2006): The Rights of the Child to Protection from Corporal Punishment and Other Cruel or Degrading Forms of Punishment (Arts. 19;28, Para. 2; and 37, inter alia)*, 2 March 2006, CRC/C/GC/8.

UN Committee on the Rights of the Child (CRC), *General Comment No. 12 (2009): The right of the child to be heard*, 20 July 2009, CRC/C/GC/12.

UN Committee on the Rights of the Child (CRC), *General Comment No. 13 (2011): The right of the child to freedom from all forms of violence*, 18 April 2011, CRC/C/GC/13.

UN Committee on the Rights of the Child (CRC), *General Comment No. 14 (2013) on the right of the child to have his or her best interests taken as a primary consideration (art. 3, para. 1)*, 29 May 2013, CRC/C/GC/14.

UN Committee on the Rights of the Child (CRC), *General Comment No. 15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24)*, 17 April 2013, CRC/C/GC/15.



UN Committee on the Rights of the Child (CRC), *General Comment No. 20 (2016) on the implementation of the rights of the child during adolescence*, 6 December 2016, CRC/C/GC/20.

## Övriga källor

American Psychiatric Association, *Gender Dysphoria*, 2013, [[https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA\\_DSM-5-Gender-Dysphoria.pdf](https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM-5-Gender-Dysphoria.pdf)] Granskad 2020-22-11. Observera att länken innehåller en pdf-fil.

Andersson, Sara, Läkare i USA: Farligt uppmuntra barn byta kön, *Världen idag*, 2018, [<https://www.varldenidag.se/nyheter/lakare-i-usa-farligt-uppmuntra-barn-byta-kon/repriA!LjBa6HgTWjx4gtQYZppikA/>] Granskad 2021-10-04.

CC-INC, *Stoppa äldre puberteten med pubertetsblockerare*, 2021, [<https://sv.cc-inc.org/stopping-precocious-puberty-with-puberty-blockers-4135230-4202>] Granskad 2021-10-04.

Feministiskt initiativ, *Könsidentitet och könsuttryck*, [<https://feministisktinitiativ.se/politik/sexualpolitik/konsidentitet-och-konsuttryck/#:~:text=Transv%C3%A5rden%20och%20intersexv%C3%A5rden%20%C3%A4r%20idag,som%20%C3%A4r%20tillg%C3%A4nglig%20och%20ickediskriminerande.>] Granskad 2020-16-11.

Fjeldstad, O., Mats, 10: ”Låt inte din kropp stoppa dig”, *Expressen*, 2015, [<https://www.expressen.se/halsoliv/mats-10-lat-inte-din-kropp-stoppa-dig/>] Granskad 2021-10-04.

Johnsson, Lars-Åke, Hälso- och sjukvårdslag (2017:30), kommentaren till 5 kap. 1 § under rubriken Självbestämmande och integritet, Norstedts Juridik (JUNO), [<https://juno-nj-se.proxy.ub.umu.se/b/documents/2964949>] Granskad 2021-10-04.

Regeringen pressmeddelande från kulturdepartementet och socialdepartementet den 16 mars 2017, *Regeringen vill modernisera könstillhörighetslagen*,

[<https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2017/03/regeringen-vill-modernisera-konstillhorighetslagen/>] Granskad 2020-11-11.

Reimer, Mats, Mats Reimer: Låt barn som inte följer könsmallen vara i fred, *Dagens Samhälle*, 2019, [<https://www.dagenssamhalle.se/opinion/gastkronika/lat-barn-som-inte-foljer-konsmallen-vara-i-fred/>] Granskad 2021-10-04.

Socialstyrelsen, *Kodning inom psykiatrin*, [<https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/klassificering-och-koder/icd-10/psykiatrikoder/>] Granskad 2020-20-11.

Socialstyrelsen, *Vård och behandling av personer med könsdysfori*, [[https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/jamlik-halsa-var-d-och-omsorg/hbtq/var-d-vid-konsdysfori/#:~:text=K%C3%B6nsdysfori%20%C3%A4r%20ett%20psykiskt%20lidande,\(transsexualism%20och%20%C3%B6vrig%20k%C3%B6nsidentitetsproblematik\).](https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/jamlik-halsa-var-d-och-omsorg/hbtq/var-d-vid-konsdysfori/#:~:text=K%C3%B6nsdysfori%20%C3%A4r%20ett%20psykiskt%20lidande,(transsexualism%20och%20%C3%B6vrig%20k%C3%B6nsidentitetsproblematik).)] Granskad 2020-14-11.

Westerhäll, Lotta V., Hälsa- och sjukvårdslag (2017:30), kommentaren till 5 kap. 1 §, Karnov (JUNO), [[https://juno-nj-se.proxy.ub.umu.se/b/documents/2280963?annotation\\_id=SFS2017-0030\\_NKAR23&st=karnov&t=annotations#SFS2017-0030\\_K5\\_P1](https://juno-nj-se.proxy.ub.umu.se/b/documents/2280963?annotation_id=SFS2017-0030_NKAR23&st=karnov&t=annotations#SFS2017-0030_K5_P1)] Granskad 2021-10-04.

World Health Organisation, *International Classification of Diseases 11<sup>th</sup> Revision*, [<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2ficd%2fentity%2f411470068>] Granskad 2020-20-11.