

Frågor och svar om BUP KID

Vad är BUP KID?

KID-mottagningen i Stockholm är den barnpsykiatriska delen i omhändertagandet av unga med könsinkongruens/könsdysfori, och tillhör Barn- och ungdomspsykiatriskt forsknings- och utvecklingscentrum sedan 2020. Mottagningen ansvarar för barnpsykiatriska bedömningar och insatser, och samverkar bland annat med barnendokrinologer som sköter endokrinologiska bedömningar och behandlingar.

Vilka personalkategorier arbetar på BUP KID?

Barn- och ungdomspsykiater, psykolog, kurator, sjuksköterska och medicinsk sekreterare.

Vad gör vi på BUP KID?

BUP KID bedömer och ger insatser till barn och ungdomar som har ett lidande orsakat av att könsidentiteten inte stämmer överens med kroppen, så kallad könsdysfori. BUP KID gör en barnpsykiatrisk bedömning och utredning av ungdomens könsdysfori. Därefter erbjuder vi stöd, rådgivning och olika slags insatser. Våra insatser kan bestå av exempelvis psykosocialt stöd, gruppinsatser, föräldrastöd och enskilda utforskande samtal. Vårdnadshavare involveras i så stor utsträckning som möjligt och utifrån ungdomens mognad och ålder. Ibland träffar vi unga som utöver könsdysforin också har ångest, nedstämdhet eller andra psykiatriska tillstånd som de har behov av stöd och behandling för. I de fallen samarbetar vi med BUP:s specialiserade öppenvård.

Hur kommer jag till BUP KID? Kan jag söka direkt eller krävs remiss?

Om du är bosatt i Stockholms län tar du kontakt med BUP:s remissportal En väg in (tel. 08-123 524 50) och beskriver din eller ditt barns situation och mående och vad ni vill ha hjälp med. Efter en första preliminär bedömning får ni därefter komma till er lokala BUP-mottagning som gör en så kallad BAS-utredning. Det innebär en bred kartläggning för att bland annat ta reda på om det finns andra behov utöver det som har med könsdysfori att göra. När BAS-utredningen är klar skickas en remiss från BUP-mottagningen till BUP KID.

Om du bor i övriga landet vänder du dig till din lokala BUP-mottagning som kan skicka remiss till BUP KID (eller till någon av de andra könsidentitetsmottagningarna för barn och ungdomar i Sverige: i Uppsala, Linköping, Umeå, Malmö eller Göteborg). Det krävs alltså alltid en remiss från en BUP-mottagning för att komma till BUP KID i Stockholm.

Finns det någon åldersgräns för att komma till BUP KID?

Det finns ingen nedre åldersgräns för att komma till BUP KID, men eftersom bedömningar av könsdysfori inte görs innan puberteten har kommit i gång är det framför allt rådgivning som kan bli aktuellt vid yngre åldrar. BUP KID tar emot unga fram till dess att de fyller 18 år. ANOVA, mottagningen för vuxna med könsdysfori i Stockholm, tar emot personer från och med 18 års ålder (men det är möjligt att kontakta ANOVA från och med 17 år och 9 månaders ålder).

Varför utreds inte barn före puberteten?

Under puberteten påverkas hjärnan och resten av kroppen av könshormoner. Den könsinkongruens som ses hos yngre barn leder inte alltid till fortsatt könsdysfori under och efter puberteten. Därför är det viktigt att inte utreda och bedöma könsdysfori förrän barnet är en bit in i puberteten.

Hur lång väntetid är det för att få komma på ett första besök?

Just nu är väntetiden ungefär 18 månader från det att remissen har inkommit till BUP KID.

Måste vårdnadshavare följa med på första besöket?

Ja, åtminstone en vårdnadshavare behöver följa med.

Vad händer om en eller båda vårdnadshavarna inte vill delta i utredningen eller ge sitt medgivande?

Den som har hunnit bli 17 år och 9 månader kan själv söka till ANOVA. Den som är yngre kan ibland få hjälp av socialtjänsten för att få tillstånd att söka vård utan föräldrars medgivande.

Har ni tystnadsplikt?

Vi har tystnadsplikt och får inte berätta för andra utanför mottagningen om vem vi träffar och vad ungdomen eller vårdnadshavaren har berättat för oss. Om vi blir oroliga för att ett barn eller en ungdom ska skada sig själv eller andra, eller är i fara på något sätt, är vi dock skyldiga enligt lag att kontakta socialtjänsten och framföra oron (s.k. orosanmälan).

Hur länge brukar kontakten med BUP KID pågå, och hur ser bedömningsprocessen ut?

Bedömningen av könsdysforin sker i flera olika omgångar (faser). I den inledande bedömningen ingår det alltid minst fem besök där ungdomen och vårdnadshavarna får träffa läkare och psykolog, och ibland även sjuksköterska och kurator. Den inledande bedömningsfasen brukar vara i 3–6 månader, och efter det avgörs det om fortsatt kontakt och insatser från BUP KID är lämpliga.

Efter den inledande bedömningen görs en sammanfattning och ett diagnostiskt ställningstagande, och återkoppling ges till familjen. Om ungdomen fortsätter att vara patient på BUP KID beskrivs ofta könsinkongruensen med diagnosen F64.9 (ospecificerad könsdysfori), men även andra diagnoser kan vara aktuella.

Därefter inleds en längre bedömningsfas, där vi har regelbunden kontakt och där olika insatser kan ges. I den här fasen brukar vi ha samtal kring könsidentitet, där ungdomen får möjlighet att reflektera kring sin identitet. Även stödjande insatser till vårdnadshavarna erbjuds. Vid behov kan även remisser till en logoped eller barnendokrinolog skickas i den här fasen. Hos barnendokrinologen kan ungdomen få information om kroppen och hormoner, men också diskutera olika medicinska insatser, som exempelvis p-piller och pubertetshämmande medicinering.

När sker en utredning av transsexualism?

När ungdomen har fyllt 16 år och haft regelbunden kontakt med BUP KID i minst två år kan en bedömning göras för att ta ställning till en fortsatt diagnostisk utredning för transsexualism (F64.0). Då inleds en mer intensiv bedömningsprocess, med flera besök hos läkare, kurator och psykolog, som utmynnar i en sammanfattning och ett ställningstagande till om en transsexualismdiagnos kan ställas. I vissa undantagsfall finns därefter alternativet att remittera till en barnendokrinolog, som undersöker förutsättningarna för att sätta in könsbekräftande hormonbehandling (testosteron eller östrogen). Ungdomen fortsätter därefter att följas på BUP KID och hos barnendokrinologen, med avseende på könsdysforin och det generella måendet, fram till 18-årsdagen då patienten vanligtvis remitteras vidare till ANOVA (könsidentitetsmottagningen för vuxna i Stockholm). För de allra flesta patienter sker dock den här utredningen först efter 18 års ålder och inom vuxenvården.

Varför tar det så lång tid att utreda könsinkongruens/könsdysfori?

Att utreda könsdysfori är komplicerat ur flera aspekter, och det är bland annat av den anledningen som Socialstyrelsen nyligen fattade beslut om att organisera könsdysforivården som nationell högspecialiserad vård, NHV (tillsammans med bland annat svårbehandlade ätstörningar, svårbehandlade självska debeteenden, förvärvade ryggmärgsskador med mera). Könsdysfori är ett ovanligt tillstånd som kräver samlad expertis och speciell kunskap för att kunna bedöma och ge rätt insatser.

Den svåraste avvägningen när det gäller unga är att bedöma beständigheten i den könsinkongruens som ungdomen upplever. Många som söker vård på BUP KID beskriver ett stort lidande, ångest, depression och en funktionsnedsättning som många gånger innebär att både skolarbete, socialt liv och andra delar av livet är kraftigt påverkade av könsdysforin. Ofta finns det också en stark och långvarig övertygelse hos ungdomen och ibland även hos vårdnadshavare, om att könsinkongruensen kommer att vara livet ut och att könsbekräftande medicinsk

behandling är det enda som hjälper. Socialstyrelsens kunskapsstöd kring unga med könsdysfori rekommenderar därför att utredningen och uppföljningen av unga med könsdysfori ska ta tid. De formulerar det så här: "Utredning av könsinkongruens hos unga, som befinner sig i en period av intensiv fysisk och psykisk utveckling, behöver som regel pågå över flera års tid och förlängs vid större grad av osäkerhet i bedömningarna." (Socialstyrelsen: *Vård av barn och ungdomar med könsdysfori*, s. 46: www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2022-12-8302.pdf).

Hur många är det som ändrar sig? Och vad betyder det att "ändra sig"?

För ett mindre antal kommer könsidentiteten att förändras med tiden, och ungdomen kan också bestämma sig för att avbryta en könsbekräftande behandling efter en tid. För vissa handlar det om att gå från en binär könsinkongruens till en icke-binär könsidentitet, medan det för andra handlar om att efter en tids hormonbehandling välja att avbryta behandlingen för att personen är nöjd med de förändringar av kroppen som har skett (och ingen ytterligare feminisering/maskulinisering önskas). För ytterligare några handlar det om att livet som transperson blir för svårt (t.ex. på grund av social exkludering eller annan utsatthet), och för ett fåtal personer handlar det om att könsidentiteten återgår till att vara i linje med det registrerade könet vid födseln. Den sistnämnda gruppen är den som vanligtvis brukar hänvisas till som "ångrare".

Det finns inga absolut säkra indikatorer som med säkerhet kan särskilja de som kommer att ha en livslång könsinkongruens från de som årtal senare väljer att återgå till att identifiera sig i enlighet med sitt registrerade kön, eller som av annan anledning kommer att ångra att en transitionsprocess inleddes. Mycket talar för att det är ovanligt att ångra sig, men när det sker erbjuder vården stöd och insatser för att hjälpa personen utifrån de behov som finns.

Varför används hormonbehandling om det finns risk att ångra sig?

För unga som har ett stort lidande kopplat till könsdysfori är det ofta en medicinsk könsbekräftande behandling som till slut ger lindring och som möjliggör för ungdomen att få ett liv som känns meningsfullt, med fungerande skolgång, familje- och vänskapsrelationer, fritidsintressen med mera. BUP KID följer Socialstyrelsens kunskapsstöd när det gäller bedömningen av unga med könsdysfori, och tar hänsyn till de övervägningar, tidsaspekter, försvårande omständigheter, mognadsaspekter med mera som hänvisas till där. Detta för att kunna göra noggranna bedömningar, för att minimera risken för felaktiga bedömningar och för att tillsammans med barnendokrinologer och andra delar av könsdysforivården göra välavvägda behandlingsinsatser där nyttan av behandlingen alltid vägs mot riskerna.

Varför är det viktigt att spara könsceller före könsbekräftande hormonbehandling?

Likt andra delar av befolkningen finns det personer med könsdysfori som vill bilda familj längre fram i livet. Eftersom det finns en överhängande risk för att en långvarig hormonbehandling försämrar reproduktionsförmågan är det viktigt att vården ger uttömmande information till unga personer om detta, och om möjligheten att spara könsceller innan en könsbekräftande behandling påbörjas. Samt att en diskussion förs med ungdomen och vårdnadshavarna om vilka möjligheter och begränsningar det finns kring att få barn i framtiden. För unga är det svårt att veta med säkerhet huruvida de kommer att vilja ha barn i framtiden eller inte, och för vissa kan det vara lätt att avfärda det, att tänka att ”jag kan alltid adoptera” eller ha andra tankar, idéer eller förväntningar som inte nödvändigtvis är okomplicerade. BUP KID informerar därför om fertilitetsbevarande insatser och kan remittera patienter till gynekolog eller reproduktionsmedicinskt centrum (RMC), för ytterligare information om vad det innebär att frysa spermier eller ägg.

Vad händer om jag tvivlar och inte är säker på om jag vill fortsätta min transition?

På BUP KID är utgångspunkten alltid att ungdomen själv bestämmer hur hen vill definiera sin könsidentitet, utan att omgivningen försöker styra i någon riktning (vare sig mot eller ifrån en viss upplevd könsidentitet). Det finns alltid utrymme att diskutera tvivel och osäkerhet kring ens könsidentitet, oavsett hur övertygad ungdomen har varit tidigare, och det är inte så att kontakten måste avbrytas bara för att tvivel uppstår. På BUP KID erbjuder vi stöd till ungdomen oavsett i vilken riktning transitionen sker, och vi är alltid öppna för att könsidentitetsutvecklingen för en del kan förändras över tid.

Hur vanligt är det med neuropsykiatriska funktionsvariationer (t.ex. autism och adhd) bland unga med könsdysfori?

Andelen unga med könsdysfori som också har en autismspektrumproblematik har i olika studier uppskattats ligga mellan 6 och 26 procent. Motsvarande siffror för adhd har uppskattats till mellan 16 och 25 procent bland unga med könsdysfori. Detta kan jämföras med att cirka 1 procent av barn och ungdomar i Sveriges totalpopulation har en autismspektrumdiagnos och cirka 5 procent har en adhd-diagnos. Neuropsykiatriska funktionsvariationer är med andra ord överrepresenterade inom gruppen unga med könsdysfori. De unga som kommer till BUP KID screenas alltid för neuropsykiatriska funktionsvariationer, och vid behov initieras en neuropsykiatrisk utredning, inom ramen för den barnpsykiatriska bedömningen.

Har könsdysfori blivit vanligare under de senaste åren?

Vi vet att fler unga vänder sig till vården för hjälp med könsinkongruens och könsdysfori, vilket märktes genom att antalet remisser som inkom till KID-

mottagningen började öka kring 2014/2015. Liknande ökning har rapporterats i de andra nordiska länderna och även i andra delar av världen. Remissinflödet till KID har ökat från cirka 30 remisser årligen 2012/2013 till över 300 remisser under 2023. Vi vet inte vad ökningen beror på, men några förklaringar har föreslagits:

- Samhällets acceptans har ökat kring könsdysfori, könsinkongruens, könsöverskridande uttryck med mera.
- Mängden tillgänglig information om könsdysfori och transsexualism har ökat i samhället.

Remissinflödet till BUP KID minskade under 2019 och 2020 (till omkring 130 remisser per år). Sedan 2021 har inflödet av remisser åter ökat.

Hur många unga får hjälp på BUP KID?

Under 2023 tog vi emot över 300 remisser. Sammanlagt har vi ungefär 440 patienter hos oss. De som har kontakt med BUP KID motsvarar ungefär 0,5–1 promille av de barn och ungdomar som bor i Stockholms län.