

SEGM Summary of Key Recommendations from the Swedish National Board of Health and Welfare

(Socialstyrelsen/NBHW), February 2022 update

Background

In February 2022, the Swedish National Board of Health and Welfare (NBHW) issued an [update to its health care service guidelines](#) for children and youth <18 with gender dysphoria / gender incongruence. This update contains 14 distinct “recommendations,” with justification for each, referencing a recently completed [systematic review of evidence](#). Three of the recommendations provide guidance for social support for gender dysphoric youth and their families; nine focus on the assessment of gender dysphoria/ gender incongruence; and 2 target hormonal interventions: puberty blockers and cross-sex hormones. Additional updates are anticipated later in 2022.

Key Changes in the Updated Guidelines

Following a comprehensive review of evidence, the NBHW concluded that the evidence base for hormonal interventions for gender-dysphoric youth is of low quality, and that hormonal treatments may carry risks. NBHW also concluded that the evidence for pediatric transition comes from studies where the population was markedly different from the cases presenting for care today. In addition, NBHW noted increasing reports of detransition and transition-related regret among youth who transitioned in recent years.

NBHW emphasized the need to treat gender dysphoric youth with dignity and respect, while providing high quality, evidence-based medical care that prioritizes long-term health. NBHW also emphasized that identity formation in youth is an evolving process, and that the experience of natural puberty is a vital step in the development of the overall identity, as well as gender identity.

In light of above limitations in the evidence base, the ongoing identity formation in youth, and in view of the fact that gender transition has pervasive and lifelong consequences, the NBHW has concluded that, at present, the risks of hormonal interventions for gender dysphoric youth outweigh the potential benefits.

As a result of this determination, the eligibility for pediatric gender transition with puberty blockers and cross-sex hormones in Sweden will be sharply curtailed. Only a minority of gender dysphoric youth—those with the “classic” childhood onset of cross-sex identification and distress, which persists and cause clear suffering in adolescence—will be considered as potentially eligible for hormonal interventions, pending additional, extensive multidisciplinary evaluation.

SEGM Zusammenfassung der wichtigsten Empfehlungen des schwedischen Zentralamts für Gesundheit und Wohlfahrt

(Socialstyrelsen/NBHW), Februar 2022

Hintergrund

Im Februar 2022 veröffentlichte das schwedische National Board of Health and Welfare (NBHW) eine Aktualisierung seiner Leitlinien für die Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen <18 mit Genderdysphorie/Genderinkongruenz. Diese Aktualisierung enthält 14 verschiedene "Empfehlungen" mit Begründungen für jede einzelne, die sich auf eine kürzlich abgeschlossene systematische Überprüfung der Erkenntnisse beziehen. Drei der Empfehlungen bieten eine Anleitung zur sozialen Unterstützung von Jugendlichen mit Genderdysphorie und ihren Familien; neun konzentrieren sich auf die Bewertung von Genderdysphorie/Genderinkongruenz; und zwei zielen auf hormonelle Interventionen: Pubertätsblocker und CSH. Weitere Aktualisierungen sind im Laufe des Jahres 2022 zu erwarten.

Die wichtigsten Änderungen in den aktualisierten Leitlinien

Nach einer umfassenden Überprüfung der Evidenz kam das NBHW zu dem Schluss, dass die Evidenzbasis für hormonelle Interventionen bei genderdysphorischen Jugendlichen von geringer Qualität ist und dass Hormonbehandlungen Risiken bergen können. Der NBHW kam auch zu dem Schluss, dass die Evidenz für die pädiatrische Transition aus Studien stammt, deren Population sich deutlich von den Fällen unterscheidet, die heute zur Versorgung vorgestellt werden. Darüber hinaus stellte das NBHW fest, dass in den letzten Jahren vermehrt über Detransition und Bedauern im Zusammenhang mit der Transition bei Jugendlichen berichtet wurde, die in der Transition waren.

Das NBHW betonte die Notwendigkeit, genderdysphorische Jugendliche mit Würde und Respekt zu behandeln und gleichzeitig eine hochwertige, evidenzbasierte medizinische Versorgung anzubieten, bei der die langfristige Gesundheit im Vordergrund steht. Das NBHW betonte auch, dass die Identitätsbildung bei Jugendlichen ein sich entwickelnder Prozess ist und dass die Erfahrung der natürlichen Pubertät ein wichtiger Schritt in der Entwicklung der allgemeinen Identität sowie der Genderidentität ist.

In Anbetracht der oben genannten Einschränkungen in der Evidenzbasis, der fortschreitenden Identitätsbildung bei Jugendlichen und der Tatsache, dass die Genderidentität weitreichende und lebenslange Folgen hat, ist das NBHW zu dem Schluss gekommen, dass die Risiken hormoneller Interventionen für genderdysphorische Jugendliche derzeit den potenziellen Nutzen überwiegen.

Infolge dieser Entscheidung wird die Möglichkeit der pädiatrischen Gender Transition mit Pubertätsblockern und Cross-Sex-Hormonen in Schweden stark eingeschränkt werden. Nur eine Minderheit genderdysphorischer Jugendlicher - diejenigen, bei denen die Identifizierung mit dem anderen Geschlecht in der Kindheit "klassisch" beginnt und die in der Adoleszenz weiterhin leiden - kommt für hormonelle Interventionen in Frage, bis eine zusätzliche, umfassende multidisziplinäre Bewertung erfolgt.

For all others, including the now-prevalent cohort of youth whose transgender identities emerged for the first time during or after puberty, psychiatric care and gender-exploratory psychotherapy will be offered instead. Exceptions will be made on a case-by-case basis, and the number of clinics providing pediatric gender transition will be [reduced to a few highly specialized centralized care centers](#).

Summary of Key Points (NBHW February 2022 Update)

- **Following a rigorous analysis of evidence base, there has been a marked change in treatment recommendations.** The guidance has changed from a previously strong recommendation to treat youth with hormones, to new caution to avoid hormones except for "exceptional cases." A more cautious approach that prioritizes non-invasive interventions is now recommended, due to recognition of the importance of allowing ongoing maturation and identity formation of youth.
- **Currently, the NBHW assert that the risks of hormonal treatments outweigh the benefits for most gender-dysphoric youth:**
 - Poor quality/insufficient evidence: The evidence for safety and efficacy of treatments remains insufficient to draw any definitive conclusions;
 - Poorly understood marked change in demographics: The sharp rise in the numbers of youth seeking to transition and the change in sex ratio toward a preponderance of females is not well-understood;
 - Growing visibility of detransition/regret: New knowledge about detransition in young adults challenges prior assumption of low regret, and the fact that most do not tell practitioners about their detransition could indicate that detransition rates have been underestimated.
- **Psychological and psychiatric care will become the first line of treatment for all GD youth <18.**
 - A substantial focus is placed on gender exploration that does not privilege any given outcome (distance or persistence).
 - The presence of psychiatric diagnoses will lead to prolonged evaluation to ensure that these conditions are under control and that gender transition does not do more harm than good.
- **The diagnosis of ASD (autism spectrum disorder) will necessitate additional evaluation.**
 - The well-known lack of adherence to gender norms among ASD individuals could lead them to misattribute their experience to being "transgender" and inappropriately transition.
 - The guidelines also posit that some youth on the autism spectrum who are suffering from gender dysphoria may not come across as genuinely suffering because they take little care to present in ways consistent with the gender they identify with.

Für alle anderen, einschließlich der inzwischen weit verbreiteten Gruppe von Jugendlichen, deren Transgender-Identitäten erstmals während oder nach der Pubertät auftraten, werden stattdessen psychiatrische Versorgung und gender-explorative Psychotherapie angeboten. Ausnahmen werden von Fall zu Fall gemacht, und die Zahl der Kliniken, die pädiatrische Transitionen anbieten, wird auf einige wenige hochspezialisierte, zentralisierte Versorgungszentren reduziert.

Summary of Key Points (NBHW February 2022 Update)

- - **Nach einer rigorosen Analyse der Faktenlage haben sich die Behandlungsempfehlungen deutlich geändert.** Der Leitfaden hat sich von der früheren dringenden Empfehlung, Jugendliche mit Hormonen zu behandeln, zu der neuen Aufforderung gewandelt, Hormone nur in "Ausnahmefällen" zu verwenden. Es wird nun ein vorsichtigerer Ansatz empfohlen, der nicht-invasiven Eingriffen den Vorzug gibt, da man erkannt hat, wie wichtig es ist, Jugendlichen eine kontinuierliche Reifung und Identitätsbildung zu ermöglichen.
- - **Das NBHW vertritt derzeit die Auffassung, dass die Risiken einer Hormonbehandlung für die meisten genderdysphorischen Jugendlichen die Vorteile überwiegen:**
 - Schlechte Qualität/unzureichende Beweise: Die Beweise für die Sicherheit und Wirksamkeit der Behandlungen sind nach wie vor unzureichend, um endgültige Schlussfolgerungen zu ziehen;
 - Unzureichend verstandener deutlicher demografischer Wandel: Der starke Anstieg der Zahl der Jugendlichen, die sich für eine Transition entscheiden, und die Veränderung des Geschlechterverhältnisses hin zu einem Übergewicht der weiblichen Jugendlichen sind noch nicht ausreichend verstanden;
 - Wachsende Sichtbarkeit von Detransition/Reue: Neue Erkenntnisse über die Detransition junger Erwachsener stellen die frühere Annahme in Frage, dass das Bedauern gering ist, und die Tatsache, dass die meisten Jugendlichen den Therapeuten nicht von ihrer Detransition erzählen, könnte darauf hindeuten, dass die Detransitionsraten unterschätzt wurden.
- **Psychologische und psychiatrische Versorgung wird die erste Behandlungslinie für alle GD-Jugendlichen <18 sein**
 - Ein wesentlicher Schwerpunkt wird auf die Erforschung des Gender gelegt, ohne dass ein bestimmtes Ergebnis (Abkehr oder Durchhalten) bevorzugt wird.
 - Das Vorhandensein psychiatrischer Diagnosen führt zu einer langwierigen Bewertung, um sicherzustellen, dass diese Bedingungen unter Kontrolle sind und dass die Transition nicht mehr schadet als nützt.
- **Die Diagnose einer ASS (Autismus-Spektrum-Störung) erfordert zusätzliche Untersuchungen.**
 - Der bekannte Mangel an Einhaltung von Gendernormen bei ASS-Personen könnte dazu führen, dass sie ihre Erfahrungen fälschlicherweise als "transgender" einstufen und unangemessen transitionieren.
 - Die Leitlinien gehen auch davon aus, dass einige Jugendliche auf dem Autismus-Spektrum, die an Genderdysphorie leiden, nicht als wirklich leidend erscheinen, weil sie wenig darauf achten, sich so zu präsentieren, wie es dem Gender entspricht, mit dem sie sich identifizieren.

- **Access to hormonal interventions for youth <18 will be tightly restricted.**
 - The goal is to administer these interventions in research settings only, and to restrict eligibility criteria to mirror those in the "Dutch protocol."
 - The key prerequisite for hormonal treatment of youth is the **prepubertal** onset of gender dysphoria that is long-lasting (5 year minimum is mentioned), persists into adolescence and causes clear suffering.
 - Some exceptions apply. Puberty blockade can be offered in extreme circumstances to those with post-pubertal onset of gender dysphoria, especially for biologically male patients. However, it does not appear that cross-sex hormones can be offered to the <18 youth with no childhood history of gender dysphoria.
- **Social transition may be recommended to some youths.** Social transition may be recommended at the latter stage of assessments. The health care service may accommodate these young people by providing them with "aids" such as packers, binders, tucking devices, and breast and genital prosthesis.
- **Most youth will receive psychotherapeutic care in their home regions.** Gender-affirming interventions will be provided at few highly specialized centers and in the context of research.
 - Home regions will need to develop competence in managing gender dysphoria with psychological and psychotherapeutic interventions.
 - Centers offering "gender-affirming" interventions will be centralized, and their number reduced.
- **Treatment eligibility will be based on the criterion of "distress," and not "identity."**
 - The DSM diagnosis of "gender dysphoria" will be a prerequisite for eligibility for "gender-affirming" hormonal interventions.
 - The presence of a transgender identity that is not causing distress or functional impairments is not sufficient.
 - At the current time, youth who identify as nonbinary will not be eligible for hormonal interventions even in research settings. Future updates to these guidelines will address appropriate treatments for this patient population.
- **Der Zugang zu hormonellen Behandlungen für Jugendliche <18 wird stark eingeschränkt.**
 - Ziel ist es, diese Interventionen nur in Forschungsumgebungen durchzuführen und die Zulassungskriterien an die des "niederländischen Protokolls" anzupassen.
 - Die wichtigste Voraussetzung für eine Hormonbehandlung von Jugendlichen ist das Auftreten einer Genderdysphorie in der Vorpubertät, die lange anhält (es werden mindestens 5 Jahre genannt), bis in die Adoleszenz andauert und ein deutliches Leiden verursacht.
 - Es gelten einige Ausnahmen. Eine Pubertätsblockade kann unter extremen Umständen bei post-pubertären Ausbrüchen von Genderdysphorie angeboten werden, insbesondere bei biologisch männlichen Patienten. Cross-Sex-Hormone können jedoch offenbar nicht für Jugendliche <18 Jahre angeboten werden, bei denen in der Kindheit keine Genderdysphorie aufgetreten ist.
- **Für einige Jugendliche kann eine soziale Transition empfohlen werden.** Die soziale Transition kann in der letzten Phase der Beurteilung empfohlen werden. Die Gesundheitsversorgung kann diese jungen Menschen mit "Hilfsmitteln" wie Packern, Bindern, Bindevorrichtungen sowie Brust- und Genitalprothesen versorgen.
- **Die meisten Jugendlichen werden in ihrer Heimatregion psychotherapeutisch versorgt.** Genderbestätigende Maßnahmen werden in wenigen hochspezialisierten Zentren und im Rahmen der Forschung angeboten.
 - Die Herkunftsregionen müssen Kompetenzen im Umgang mit Genderdysphorie durch psychologische und psychotherapeutische Interventionen entwickeln.
 - Zentren, die "genderbestätigende" Interventionen anbieten, werden zentralisiert und ihre Zahl wird reduziert.
- **Die Berechtigung zur Behandlung wird auf dem Kriterium der "Störung" und nicht der "Identität" beruhen.**
 - Die DSM-Diagnose "Genderdysphorie" ist eine Voraussetzung für die Inanspruchnahme von "genderbestätigenden" Hormonbehandlungen.
 - Das Vorhandensein einer Transgender-Identität, die keinen Leidensdruck oder funktionelle Beeinträchtigungen verursacht, reicht nicht aus.
 - Zum gegenwärtigen Zeitpunkt haben Jugendliche, die sich als nicht-binär identifizieren, keinen Anspruch auf Hormonbehandlungen, auch nicht in Forschungseinrichtungen. Künftige Aktualisierungen dieser Leitlinien werden sich mit geeigneten Behandlungen für diese Patientengruppe befassen.

Limitations of the NBHW's Updated Guidelines

The updated guidelines leave several key questions open to interpretation. While more responsibility has been placed on local health services to provide gender exploration and psychotherapy, it is not clear how this expertise will be developed and scaled. Similarly, it is uncertain how the presence of autism-spectrum disorders, which are highlighted as cause for significant caution, will impact eligibility for hormonal interventions. Further, is it not readily apparent how the guideline's

Grenzen der aktualisierten Leitlinien des NBHW

Die aktualisierten Leitlinien lassen mehrere wichtige Fragen offen. Während den lokalen Gesundheitsdiensten mehr Verantwortung für die Bereitstellung von Exploration und Psychotherapie übertragen wurde, ist nicht klar, wie dieses Fachwissen entwickelt und skaliert werden soll. Ebenso ist ungewiss, wie sich das Vorhandensein von Autismus-Spektrum-Störungen, die als Grund für erhebliche Vorsicht hervorgehoben werden, auf die Berechtigung zur Inanspruchnahme hormonaler Maßnahmen auswirken wird. Außerdem ist nicht ohne weiteres ersichtlich, wie die Forderung der Leitlinie, pädiatrische Transitionen nur in

requirement to provide pediatric transitions only in research settings will be practically implemented, given that there are no ongoing research trials in Sweden. Another significant gap in the current guidelines is that they do not address the care for 18–25-year-olds. Like the 13–17-year-old cohort, which is the focus on the current update, the cohort of gender-dysphoric 18-25 year-olds with significant mental health comorbidities has risen rapidly in recent years as have reports of regret and detransition from this group. The need to safeguard this vulnerable cohort requires careful consideration because though they are recognized as “young adults,” this cohort is distinctly different from mature adults due to differences in terms of brain maturity and life experiences.

Comparison to WPATH Draft SOC8 Guidelines

There are several important differences between hormonal treatment eligibility criteria outlined by Sweden’s NBHW and those put forth by WPATH in their recently released draft SOC 8 guidelines.

Some of the key differences are highlighted in a table below:

Forschungssettings anzubieten, in der Praxis umgesetzt werden soll, da es in Schweden keine laufenden Forschungsstudien gibt. Eine weitere große Lücke in den aktuellen Leitlinien besteht darin, dass sie sich nicht mit der Versorgung der 18- bis 25-Jährigen befassen. Wie die Gruppe der 13- bis 17-Jährigen, auf die sich die aktuelle Aktualisierung konzentriert, ist auch die Gruppe der gender-dysphorischen 18- bis 25-Jährigen mit erheblichen psychischen Komorbiditäten in den letzten Jahren rapide angestiegen, ebenso wie die Berichte über Bedauern und Detransition in dieser Gruppe. Die Notwendigkeit, diese gefährdete Gruppe zu schützen, erfordert sorgfältige Überlegungen, denn obwohl sie als "junge Erwachsene" bezeichnet werden, unterscheidet sich diese Gruppe aufgrund von Unterschieden in Bezug auf die Hirnreifung und die Lebenserfahrung deutlich von reifen Erwachsenen.

Vergleich mit dem WPATH-Entwurf der SOC8-Leitlinien

Es gibt mehrere wichtige Unterschiede zwischen den vom schwedischen NBHW aufgestellten Kriterien für eine Hormonbehandlung und den von der WPATH in ihrem kürzlich veröffentlichten Entwurf der SOC 8-Leitlinien dargelegten Kriterien.

Einige der wichtigsten Unterschiede sind in der nachstehenden Tabelle hervorgehoben:

ENGLISCH

| | Swedish National Board of Health and Welfare (NBHW), February 2022 update | World Professional Association for Transgender Health (WPATH), SOC8 draft |
|---|--|--|
| Management of gender dysphoria in youth | <ul style="list-style-type: none"> • First line of treatment is mental health support and exploratory psychological care. Hormonal interventions can be a last resort measure for some youth (see p.43, NBHW guidelines). • Hormonal interventions should be restricted to research settings. • Eligibility for hormonal treatment and ability to consent will be assessed by an interdisciplinary clinical team, with only a minority of patients expected to be treated hormonally. • Only “gender dysphoria” (DSM-5) will qualify for hormonal interventions. A transgender identity or “gender incongruence” without distress is not sufficient. | <ul style="list-style-type: none"> • There should be a general assumption to treat with hormones and surgeries. Mental health assessments are important but can also be abbreviated (see SOC8 draft ‘Assessment’ section). • Hormonal interventions should be widely available in general medical practice. • Patient desire is the ultimate eligibility criterion. While ability to consent is important, inability to consent is not always a barrier to receiving “gender-affirming” interventions. • All forms of gender incongruence are eligible for interventions, and all interventions should be available to bring the body in congruence with identity. |
| Eligibility for hormonal interventions based on timing of gender dysphoria onset | <ul style="list-style-type: none"> • Prepubertal onset of gender dysphoria is required for eligibility for hormonal (GnRHa and cross-sex hormones) interventions. • An exception may be made for selected post-pubertal onset cases for pubertal suppression, but not for cross-sex hormones. | <ul style="list-style-type: none"> • The importance of long-lasting gender dysphoria is acknowledged, the timing of prepubertal vs post-pubertal onset is noted. • However, hormonal transition is allowed even for those with post-pubertal onset for eligibly. |
| Minimum age for puberty blockers (GnRH analogues) | Tanner Stage 3; suggested minimum age of 12. | Tanner Stage 2; no minimum age suggested. |
| Minimum age for CSH (estrogen, testosterone) | Minimum age 16. | Minimum age 14. |

| DEUTSCH | | |
|--|---|--|
| | Swedish National Board of Health and Welfare (NBHW), February 2022 Update | World Professional Association for Transgender Health (WPATH), SOC8 draft |
| Behandlung von Genderdysphorie bei Jugendlichen | <ul style="list-style-type: none"> • Die erste Behandlungslinie ist die Unterstützung der psychischen Gesundheit und eine explorative psychologische Versorgung. Hormonelle Interventionen können für einige Jugendliche ein letztes Mittel sein (siehe S. 43, NBHW-Leitlinien). • Hormonelle Eingriffe sollten auf den Forschungsbereich beschränkt bleiben. • Die Eignung für eine Hormonbehandlung und die Einwilligungsfähigkeit werden von einem interdisziplinären klinischen Team geprüft, wobei nur bei einer Minderheit der Patienten eine Hormonbehandlung vorgesehen ist. • Nur "Genderdysphorie" (DSM-5) kommt für hormonelle Interventionen in Frage. Eine Transgender-Identität oder "Genderinkongruenz" ohne Leidensdruck ist nicht ausreichend. | <ul style="list-style-type: none"> • Es sollte generell davon ausgegangen werden, dass eine Behandlung mit Medikamenten und Operationen möglich ist. Bewertungen der psychischen Gesundheit sind wichtig, können aber auch abgekürzt werden (siehe SOC8-Entwurf, Abschnitt "Bewertung"). • Hormonelle Behandlungen sollten in der allgemeinen medizinischen Praxis weit verbreitet sein. • Der Wunsch des Patienten ist das entscheidende Kriterium für die Inanspruchnahme. Die Einwilligungsfähigkeit ist zwar wichtig, aber sie ist nicht immer ein Hindernis für "genderbestätigende" Eingriffe. • Alle Formen der GD kommen für Interventionen in Frage, und alle Interventionen sollten zur Verfügung stehen, um den Körper in Übereinstimmung mit der Identität zu bringen. |
| Eignung für hormonelle Interventionen je nach Zeitpunkt des Auftretens der Gender-Dysphorie | <ul style="list-style-type: none"> • Das Auftreten von Genderdysphorie in der Vorpubertät ist Voraussetzung für die Teilnahme an hormonellen Interventionen (GnRHa und CSH) • Eine Ausnahme kann bei ausgewählten Fällen nach Beginn der Pubertät für die Pubertätsunterdrückung gemacht werden, nicht aber für CSH | <ul style="list-style-type: none"> • Die Bedeutung einer lang anhaltenden GD wird anerkannt, der Zeitpunkt des Auftretens in der Vorpubertät bzw. in der Nachpubertät wird erwähnt. • Die hormonelle Transition ist jedoch auch für Personen mit postpubertärem Beginn zulässig, wenn sie förderfähig sind. |
| Mindestalter für Pubertätsblocker (GnRH-Analoga) | <ul style="list-style-type: none"> • Tanner-Stufe 3; empfohlenes Mindestalter: 12 Jahre. | <ul style="list-style-type: none"> • Tanner-Stufe 2; kein Mindestalter empfohlen. |
| Minimum age for CSH (Östrogen, Testosteron) | <ul style="list-style-type: none"> • Mindestalter 16 Jahre. | <ul style="list-style-type: none"> • Mindestalter 14 Jahre. |

SEGM Take-away

The update to the Swedish treatment guidelines represents an impressive step toward safeguarding the growing numbers of gender dysphoric youth from medical harm arising from inappropriate gender transition.

SEGM hopes that other countries will follow Sweden's example, independently examining the body of evidence and issuing evidence-based guidelines for medical care that respects young people's dignity, provides relief from suffering, safeguards them from medical harm, and ultimately, prioritizes long-term mental and physical health.

SEGM Meinung

Die Aktualisierung der schwedischen Behandlungsrichtlinien stellt einen beeindruckenden Schritt dar, um die wachsende Zahl genderdysphorischer Jugendlicher vor medizinischen Schäden zu bewahren, die durch eine unangemessene Gender-Transition entstehen.

SEGM hofft, dass andere Länder dem schwedischen Beispiel folgen werden, indem sie die Evidenzlage unabhängig prüfen und evidenzbasierte Leitlinien für eine medizinische Versorgung herausgeben, die die Würde junger Menschen respektiert, sie von ihrem Leiden befreit, sie vor medizinischem Schaden bewahrt und letztlich die langfristige psychische und physische Gesundheit in den Vordergrund stellt.