

## Remissmall könsdysforiutredning

I remiss behöver det framgå anamnes och bedömning enligt remissmall. Bedömningen ska göras av professionell med kompetens att utföra bedömning av psykiatriska symtom dvs. vårdgivare inom specialistpsykiatri.

**Frågeställning** (observera att patienten inte behöver någon könsidentitets-/könsdysforidiagnos för remiss)

### Eventuellt tolkbehov

**Eventuella restriktioner** (utifrån t.ex. risk för hot och våld, önskemål om hur kallelser ska skickas. OBS! Brevkallelser till folkbokföringsadress är standardförfarande och önskemål om kallelse på annat sätt kan inte garanteras.)

**Telefonnummer till patienten och ev. till anhörig** (för minderåriga, eller om myndig patient önskar)

### Önskat namn och pronomen

#### Anamnes:

**Könsidentitetsbeskrivning** (t.ex. hur länge patienten har känt att könsidentiteten inte stämmer överens med det tilldelade könet? Hur har identiteten utvecklats över tid? Hur identifierar patienten sig? Lever patienten i enlighet med sin könsidentitet?)

**Lidande/funktionsnedsättning** (t.ex. svår kroppsdisfori, påverkan i vardagen, önskemål om könsbekräftande behandling?)

**Pubertetsutveckling** (ej medicinsk bedömning, endast patientens beskrivning. Om fullt puberterad, hur upplevde patienten pubertetsutveckling?)

**Somatiska problem** (tidigare och nuvarande diagnoser, pågående medicinsk behandling)

**Psykisk ohälsa** (bedömning av allmänpsykiatrisk symtombild innehållande: tidigare och nuvarande diagnoser (med t.ex. MINI/MINI-KID eller likvärdig screening), utredningar, suicidförsök/ självskadebeteende, trauma, vårdinsatser som medicinering, behandling och stödinsatser)

**Status** (psykisk status)

**Suicidriskbedömning**

**Eventuellt pågående eller tidigare riskbruk/beroendeproblematik**

**Allmänna uppgifter och social situation** (kortfattad information om skolgång, social situation (t.ex. familjesituation, boende, sysselsättning, försörjning, eventuella pågående sociala insatser) och funktion i vardagen.

**Sammanfattande bedömning** (bedömning av eventuell samtidig somatisk och psykisk ohälsa samt bedömning om det finns förutsättningar för att genomgå könsdysforiutredning)

**Planerade vårdinsatser och kontaktuppgifter till ev. pågående vårdkontakt/er** (som kan vara relevant för samråd under utredning och eventuell behandling)

**Sammanhållen journalföring** Från 1 januari 2024 har Socialstyrelsen uppdragit åt Region xx och Region yy att samarbeta i att bedriva Nationell Högspecialiserad Vård.

Patient och, i förekommande fall, vårdnadshavare samtycker till att Region xx och Region yy tar del av ospärrade journaler från andra vårdgivare (inkl. Nationell Patientöversikt) när det bedöms nödvändigt för att kunna ge god och säker vård. (Ja/nej)

Patient och, i förekommande fall, vårdnadshavare samtycker till att uppgifter delas mellan Region xx och Region yy i enlighet med lagen om sammanhållen vård. (Ja/nej)

**Påminnelse** Patienten ger samtycke till sms-påminnelse inför bokade besök vid den utredande mottagningen? (Ja/nej)

**För minderåriga:**

**Samtycker vårdnadshavare?** (Ja/nej)

Om vårdnadshavare inte samtycker gör remitterande en mognadsbedömning om patienten anses tillräckligt mogen att själv fatta beslut om att remiss ska skickas och utredning inledas. I samband med första bedömning för ställningstagande till insats könsdysforiutredning gör NHV-enhet en förnyad bedömning av patientens mognad, möjlighet att få samtycke från vårdnadshavare och hur trängande behovet är av fortsatt vårdkontakt inför beslut om eventuell fördjupad utredning.

**Mognadsbedömning** (vid behov enligt ovan)

Observera att remiss för könsdysforiutredning enbart bör skickas till *en* av de befintliga NHV-enheterna som erbjuder sådan.

