



Folkhälsomyndigheten

Psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada bland unga transpersoner

En kvalitativ intervjustudie om riskfaktorer, skyddsfaktorer och möjliga förbättringar i samband med psykisk ohälsa

Publicerad: 24 juni 2020

Uppdaterad: 18 juni 2020



Innehåll

Sammanfattning	3
Summary	4
Om publikationen	5
Ordlista	6
Inledning	10
Bakgrund	11
Tidigare forskning	16
Syfte och frågeställningar	20
Metod	21
Resultat	25
Erfarenheter av psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada	27
Diskussion	55
Slutsatser	62
Referenser	64
Tackord	69
Bilagor	70

Observera att det är möjligt att ladda ner hela eller delar av en publikation. Denna pdf/utskrift behöver därför inte vara komplett. Hela publikationen och den senaste versionen hittar ni på www.folkhalsomyndigheten.se

Sammanfattning

Den här studien ger fördjupad kunskap om unga transpersoners erfarenhet av suicidalitet och självskada. Studien är en kvalitativ intervjustudie med 29 unga transpersoner 16–26 år. Den tar även upp förslag på förändringar och insatser som kan minska den psykiska ohälsan bland transpersoner.

Många faktorer ökar risken för psykisk ohälsa

Undersökningen lyfter fram ett antal riskfaktorer för suicidalitet och självskada: bristande socialt stöd, negativt bemötande, bristande kunskaper i samhället, inklusive skolan, om transerfarenheter, våld och kränkningar, låg självkänsla, negativa föreställningar om transpersoner och en tvåkönsnorm som skapar krav och förväntningar. Andra riskfaktorer är att inte våga visa sitt rätta jag, sin könsidentitet och sitt könsuttryck, att försöka passa in och att inte kunna bryta självdestruktiva beteenden.

Vissa faser i livet är särskilt sårbara, såsom puberteten. Transspecifikt självskadebeteende riktar sig mot kroppen, framför allt det som upplevs som särskilt kvinnligt eller manligt, och detta blir ofta mer påtagligt under puberteten.

Skyddsfaktorerna är få men viktiga

I intervjuerna nämns skyddsfaktorer som kan minska psykiskt lidande och främja psykisk hälsa. Det gäller bland annat att få stöd från närstående och skolan, att få adekvat vård för sin könsdysfori och/eller sina psykiatriska diagnoser, och att bli sedd och bekräftad i sin könsidentitet.

Förslag på förbättringar

Flera saker kan förbättras för att minska risken för psykisk ohälsa och öka skyddsfaktorerna, och därmed skapa förutsättningar för könskongruens och psykisk hälsa. Förbättringarna berör till exempel primärvård, allmänpsykiatrisk vård, specialiserad psykiatrisk vård, transspecifik vård, skola, idrott, medier, allmänheten och civilsamhället. Förslagen gäller bland annat en mer transkompetent allmän och specialiserad psykiatrisk vård, en mer suicidkompetent transspecifik vård, kortare väntetider för att påbörja könsdysforiutredning, ökade möjligheter till psykoterapeutisk behandling och stöd till patienter och närstående, både under och efter utredning, samt en mer trans-, könsnorm- och suicidmedveten skola som arbetar våldpreventivt.

Summary

Young transgender people are overrepresented in having experiences of suicidality and self-harm. This report aims for in-depth knowledge of young transgender people's experiences of suicidality and self-harm and to identify their needs and suggestions for possible actions that might reduce mental ill health in this group.

This in-depth study was a qualitative interview study with 29 persons between the ages of 16 and 26 who identified themselves as transgender or non-binary and had experience of mental ill-health, suicidality, and self-harm. The material was analysed through a thematic content analysis and focused on protective factors, risk factors, and suggestions for improvement.

Some risk factors and protective factors reported by the interviewees are related to mental illness in general, while others are specific to trans experiences. The risk factors for suicidality and self-harm include a lack of social support, the occurrence of negative attitudes, lack of knowledge in society and in school about transgender experiences, and negative perceptions of transgender people. A prevailing gender binary norm that creates requirements and expectations, the existence of violence and bullying, and low self-esteem are other factors along with getting stuck in hiding one's self, one's gender identity, and one's gender expression, trying to fit in, and not being able to break self-destructive behaviours. Some stages in life are particularly vulnerable, such as puberty. Specific self-injuries target the sex-encoded body, which often becomes more noticeable during puberty.

The protective factors that appeared in the interviews and that may prevent psychological distress and promote mental health are to receive support from relatives, to receive adequate care, for example, through support from the school, and to be perceived and confirmed in one's gender identity.

Further work

Possible improvements to reduce risk factors and increase protective factors regarding mental ill-health, and thus to create conditions for gender congruence and mental health, affect a number of agencies, such as primary care, psychiatric care, trans-related care, schools, sports, the media, and the public and civil society. These include, among other things, more trans-competent psychiatric care, more suicide-competent trans-related care, shorter waiting times for starting gender dysphoria investigation, increased psychosocial support for patients and relatives during and after the assessment, and more trans-, norm-, and suicide-conscious schools.

Om publikationen

Folkhälsomyndigheten ansvarar för nationell samordning och för ett effektivt och kunskapsbaserat arbete inom områdena psykisk hälsa och suicidprevention. Myndigheten har också en viktig roll i arbetet med att genomföra den nationella strategin för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet och könsuttryck. Hösten 2017 fick Folkhälsomyndigheten av regeringen i uppdrag att göra en kvalitativ fördjupningsstudie om psykisk hälsa och suicidprevention riktad till transpersoner, där unga transpersoners behov särskilt ska beaktas. I uppdraget ingår även att föreslå insatser som kan minska den psykiska ohälsan och förebygga suicidalitet hos transpersoner.

Uppdraget utmynnade i en intervjustudie med unga transpersoner. Den genomfördes under 2018 av forskarna Gabriela Armuand, Felicitas Falck och Cecilia Dhejne, verksamma vid ANOVA, Karolinska Universitetssjukhuset, i ett uppdrag till Linköpings universitet.

Denna rapport är baserad på ovanstående studie. Rapporten bidrar med kunskap om psykisk ohälsa med fokus på suicidalitet och självskada. Den riktar sig till beslutsfattare och ansvariga inom kommun, region och relevanta myndigheter. Rapporten ger också underlag för preventivt arbete för att främja psykisk hälsa bland unga transpersoner och kan med fördel läsas av yrkesverksamma inom skola, hälso- och sjukvård, folkhälsoområdet och ideella organisationer.

Rapporten är sammanställd av utredarna Desireé Ljungcrantz och Kenneth Kaartinen, tillsammans med Regina Winzer och Galit Andersson. Ansvarig enhetschef vid Folkhälsomyndigheten är Louise Mannheimer.

Folkhälsomyndigheten juni 2020

Britta Björkholm

Avdelningschef

Avdelningen för smittskydd och hälsoskydd

Ordlista

Affektiv sjukdom – psykiatriska diagnoser i form av depressionssjukdomar eller bipolär sjukdom.

Agender – en person som inte har en specifik könsidentitet och vars könsuttryck inte kan definieras eller könsbestämmas enligt tvåkönsnormen.

Binär – något som är tvådelat, till exempel uppdelningen av människor efter kön där någon antingen är kvinna eller man. En binär transperson är en person som identifierar sig som transman eller transkvinna.

Ciskvinna – en person som i juridisk och biologisk mening anses vara kvinna och som socialt alltid har sett sig själv som flicka eller kvinna.

Cisman – en person som i juridisk och biologisk mening anses vara man och som socialt alltid har sett sig själv pojke eller man.

Cisnorm – antagandet att det bara finns två kön, kvinna och man, och att dessa är varandras motsats genom kvinnligt och manligt kodade sätt att se ut och bete sig. Det finns oskrivna regler, idéer och ideal om hur personer förväntas vara, leva och se ut beroende på det kön en person har eller antas ha. Avsteg från de rådande könsnormerna kan medföra bestraffande reaktioner från omgivningen, exempelvis ifrågasättanden, förlöjliganden, exkludering, hot och våld. De personer som följer cisnormer är de vars juridiska, biologiska och sociala kön följer varandra.

Cisperson – efter det latinska ordet cis, på samma sida. En person vars könsidentitet följer det juridiska kön som personen tilldelats vid födseln. Motsatsord till transperson.

En – könsneutralt indefinit pronomen som inte syftar på en viss person. Kan användas i stället för man. Används ibland av intervjupersonerna.

Hbtq – paraplybegrepp för homosexuella, bisexuella, transpersoner och personer med queera uttryck och identiteter.

Hen – könsneutralt pronomen som komplement till han eller hon. Används i rapporten när intervjupersonen själv har angett hen som personligt pronomen.

Heteronorm – en sexualitets- och könsnorm. Ett antagande att den givna och naturliga formen för sexualitet är mellan man och kvinna. Det heterosexuella begäret och sättet att leva i tvåsamhet, kärnfamilj och samboskap anses överordnade andra sexuella identiteter, uttryck och sätt att leva.

Icke-binär – paraplybegrepp för olika könsidentiteter som inte följer tvåkönsnormen, exempelvis personer som inte identifierar sig som transkvinnor eller transmän. Icke-binär betyder inte samma sak för alla som definierar sig som det. En del känner sig som både man och kvinna, och andra befinner sig på en skala mellan manligt och kvinnligt, medan vissa inte identifierar sig med något kön alls.

Intersex – ett tillstånd där könskromosomer, könsorgan, könskaraktäristiska och/eller könshormoner inte stämmer överens.

Juridiskt kön – det kön som är registrerat i folkbokföringen. Personens juridiska kön framgår av personnumrets näst sista siffra.

Kränkning – nedvärderande och exkluderande handlingar mot en person. Kränkningen kan vara verbal, fysisk och/eller psykisk.

Könsbekräftande behandling – den behandling som en del transpersoner väljer att genomgå för att kroppen ska stämma bättre överens med könsidentiteten. Behandlingen kan till exempel bestå av hormonbehandling, bröst- eller genitalkirurgi, hårborttagning, röstbehandling och psykoterapi. Tidigare användes begreppen könskorrigering och könsbyte.

Könsdysfori – könsdysfori innebär ett psykiskt lidande och/eller en försämrad förmåga att fungera i vardagen. Alla personer med köninkongruens (se nedan) upplever inte könsdysfori. Om lidandet eller funktionsnedsättningen är uttalad kan personen efter en diagnostisk utredning få en diagnos. En könsdysforidiagnos ger möjlighet att ändra på kroppen och/eller det juridiska könet. I den amerikanska diagnosmanualen DSM-5 benämns diagnosen könsdysfori, på engelska gender dysphoria. I WHO:s internationella klassifikation ICD-10 finns transsexualism, andra könsidentitetsstörningar och ospecificerad könsidentitetsstörningar. I ICD-11 som nyligen är antagen benämns tillståndet gender incongruens på engelska.

Könseufori – positiva känslor som hänger ihop med att en person blir bekräftad i sin könsidentitet. Det kan till exempel vara att kroppen bekräftar eller speglar ens könsidentitet eller att bli bekräftad av andra, exempelvis med rätt namn eller pronomen. Könseufori varierar ofta över tid och beroende på sammanhang. En person kan uppleva både könseufori och könsdysfori, ett eller inget av tillstånden.

Könsidentitet – en persons självupplevda kön och det kön som personen identifierar sig med, det vill säga kvinna, man, icke-binär, inget kön eller annat kön.

Könsinkongruens – när en persons könsidentitet inte stämmer överens med det juridiska kön som personen har tilldelats vid födseln eller det kön omgivningen tror att personen har. Om könsinkongruensen innebär ett lidande kallas det för könsdysfori. Personen kan då genomgå olika former av könsbekräftande behandlingar och ansöka om att ändra sitt juridiska kön.

Könskongruens – en upplevelse av att ens juridiska kön, biologiska kön och könsidentitet stämmer överens.

Könsnormer – oskrivna regler, idéer och ideal om hur personer förväntas vara, leva och se ut beroende på vilket kön en person har eller antas ha. Normerna är ofta kopplade till idéer om kvinnligt och manligt. Avsteg från rådande könsnormer kan medföra bestraffande reaktioner från omgivningen, exempelvis ifrågasättanden, förlöjliganden, exkludering, hot och våld. Tvåkönsnormen är en könsnorm.

Könsuttryck – hur en person väljer att uttrycka sitt kön genom attribut såsom kläder, kroppsspråk, frisyr och röst. En persons könsuttryck kan, men behöver inte, stämma överens med könsidentiteten.

Mobbning – benämning som ibland används av intervjupersonerna, i betydelsen att en eller flera personer utsätter en eller flera personer för upprepade verbala, fysiska och/eller psykiska

kränkningar, trakasserier eller sexuella trakasserier. I övrigt används begreppet kränkningar.

Passera – används ibland av intervjupersoner för att beskriva när en person som genomgått en könsbekräftande behandling och social transition, blir uppfattad av andra som en cisperson. Ordet i sig uppfattas som ett normativt antagande att alla personer som genomgått en könsbekräftande behandling har som mål att ses som cispersoner, vilket inte är fallet. I dag används oftare uttrycket att bli läst eller uppfattad som ciskvinna eller cisman av andra. Vissa personer med transexfarenhet använder fortfarande passera.

Psykiatrisk diagnos – diagnos som fastställs inom den psykiatriska sjukvården, baserat på diagnoskriterier enligt DSM-5 och/eller ICD-11. Innebär ett tillstånd där kognition, känsloreglering och beteende påverkas av störningar i psykologiska, biologiska eller utvecklingsmässiga processer. Psykisk sjukdom är ofta förenat med ett uttalat lidande och påverkar funktionsförmågan.

Psykisk ohälsa – ett paraplybegrepp för olika former av psykiskt dåligt mående, som kan men inte behöver ha med en psykiatrisk diagnos att göra.

Psykiska besvär – symtom av olika former av psykisk ohälsa såsom oro, nedstämdhet och sömnsvårigheter. Sådana besvär kan orsaka lidande och påverka funktionsförmågan men är ofta typiska reaktioner på en påfrestande livssituation.

Psykisk sjukdom – synonym till psykiatrisk diagnos.

Queer – betyder skevt eller konstigt på engelska. Begreppet är medvetet inte helt definierat och används för att ifrågasätta normer om kön, sexualitet och sätt att leva. Queer kan också vara ett sätt att identifiera sig för en person som går emot könsnormer och heteronormer, i form av en queer identitet. Begreppet används ibland som ett paraplybegrepp för icke-binära könsuttryck.

Resiliens – individens motståndskraft mot påfrestningar som ökar möjligheten att hantera trauman.

Självskada – ett begrepp som i Sverige vanligtvis används för att beskriva självskadahandlingar utan intention att ta sitt liv. På engelska definieras självskada vanligen som skada utan intention att ta sitt liv, medan självskadebeteende inkluderar skada både med och utan intention att ta sitt liv. Självskada kan vara direkt, såsom att i nuet skada sin kropp, eller indirekt, genom självdestruktivt agerande i form av ätstörningar, droganvändande och sexuellt riskbeteende.

Självskadebeteende – ett begrepp för olika sätt att skada sig själv som sker mer än en gång.

Självstigma – när en person införlivar omgivningens och samhällets negativa idéer och antaganden om sig själv, ofta beroende på att individen tillhör eller antas tillhöra en minoritetsgrupp. Ett annat ord för internaliserad stigmatisering.

Stigmatisering – när fördomar, negativa föreställningar och okunskap leder till social stämpling som orsakar skam, lidande och minskad självkänsla.

Suicidalitet – ett övergripande begrepp som i denna rapport omfattar självmordstankar och självmordsförsök.

Suicid – en avsiktlig och fullbordad handling med målet att ta sitt liv. Synonymt med självmord.

Suicidförsök – en handling där en person är nära att ta sitt liv. Synonymt med självmordsförsök.

Suicidtankar – tankar, idéer och eventuella planer på att ta sitt liv. Synonymt med självmordstankar. Ingår i begreppet suicidalitet.

Transfobi – en starkt negativ syn på transpersoner som individer eller som grupp. Denna uppfattning eller värdering kan finnas hos en individ, en grupp eller ett samhälle.

Trans – betyder överskridande. Benämning på en person, transperson eller trans, vars könsidentitet eller könsuttryck inte stämmer överens med det juridiska kön som personen tilldelats vid födseln.

Transition – betyder övergång. Transition delas ofta upp i social och medicinsk transition. Social transition innebär att en persons börjar leva och presentera sig i enlighet med den egna könsidentiteten för omgivningen. Medicinsk transition inkluderar de olika könsbekräftande behandlingar som just den individen genomgår för att kroppen i större utsträckning ska stämma överens med den inre könsidentiteten. Slutmålet för denna process är individuell och transitionen är klar när personen nått sina uppställda mål. Transition inbegriper ofta både en social och en medicinsk transition, men det händer att personer enbart gör en social transition eller enbart gör en viss medicinsk transition utan åtföljande social transition.

Transkvinna – person med kvinnlig könsidentitet som tilldelats manligt kön vid födseln. Inkluderar personer som genomgått, som håller på att genomgå och som inte kommer att genomgå könsbekräftande behandling.

Transman – person med manlig könsidentitet som tilldelats kvinnligt kön vid födseln. Inkluderar personer som genomgått, som håller på att genomgå och som inte kommer att genomgå könsbekräftande behandling.

Transperson – paraplybegrepp för personer vars könsidentitet eller könsuttryck inte följer det juridiska kön som personen har tilldelats vid födseln. Inbegriper både binära och icke-binära transpersoner.

Tvåkönsnorm – synonym till cisnorm.

Vid födseln tilldelat manligt eller kvinnligt kön – vid födseln får alla barn ett juridiskt kön i form av flicka eller pojke. Det tilldelade könet baseras vanligen på utseendet av det yttre könsorganet.

Inledning

Världshälsoorganisationen (WHO) definierar psykisk hälsa som psykiskt välbefinnande där varje individ kan förverkliga sina egna möjligheter, klara av vanliga påfrestningar, arbeta produktivt och bidra till det samhälle som personen lever i. Psykisk hälsa innefattar mer än frånvaro av psykisk ohälsa (1).

I Sverige är det nationella målet för folkhälsopolitiken att skapa samhällliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa för befolkningen, och att inom en generation sluta de påverkbara hälsoklyftorna (2). Detta gäller bland annat den psykiska hälsan, suicidalitet och självskada.

Under 2018 dog 1 268 personer i Sverige till följd av suicid. Av dessa var 886 män och 382 kvinnor. Transpersoner finns inte inkluderade i detta register. Av samtliga dödsfall i gruppen 15–29 år orsakades 31 procent av suicid. År 2018 vårdades 73 personer per 100 000 invånare för suicidförsök (3). En svensk studie från 2013 visar att cirka 11 procent av tonårsflickorna och 2 procent av alla tonårspojkar uppfyllde de diagnostiska kriterierna för självskada enligt diagnosmanualen DSM-5 (4).

Forskning och befolkningsundersökningar visar att den psykiska hälsan är ojämnt fördelad mellan olika grupper i samhället. Exempelvis är transpersoner en särskilt utsatt grupp när det gäller psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada (5-9). Det visar Folkhälsomyndighetens enkätstudie bland transpersoner med syftet att undersöka hälsan och hälsans bestämningsfaktorer i gruppen (10). Totalt besvarade 796 transpersoner 15–94 år enkäten, vilket motsvarar omkring 10 procent av den antagna helheten av gruppen. Majoriteten angav att de har ett bra eller mycket bra allmänt hälsotillstånd, men en hög andel uppgav suicidtankar eller suicidförsök. Totalt 36 procent rapporterade att de minst en gång under det senaste året allvarligt övervägt att ta sitt liv. Bland unga transpersoner i åldern 15–19 år var denna andel 57 procent, jämfört med 7 procent bland unga generellt i gruppen 16–29 år enligt den nationella hälsoenkäten (3, 10).

Eftersom enkätstudien baseras på omkring 10 procent av alla transpersoner i Sverige, där gruppen 16–29 år är en mindre andel av respondenterna, bör resultatet tolkas med försiktighet. Internationella studier bekräftar dock bilden av en högre prevalens av psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada bland transpersoner (11, 12). Enkätstudiens resultat tyder på att den högre graden av psykisk ohälsa i form av suicidtankar relaterar till specifika negativa livsvillkor med erfarenheter av kränkningar, diskriminering och våld samt lågt förtroende för samhällsinstitutioner såsom vård och skola (10). Denna rapport kan bidra med mer kunskap om den höga förekomsten av psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada bland unga transpersoner.

Bakgrund

Transpersoner, könsinkongruens och könsdysfori

Gruppen transpersoner är heterogen och inkluderar personer med könsöverskridande uttryck, med eller utan grader av könseufori och könsinkongruens, där vissa har eller kommer att få en könsdysforidiagnos och där vissa men inte andra önskar och har behov av könsbekräftande behandling (13, 14).

Personer med könsdysfori kan efter en diagnostisk utredning och en diagnos få tillgång till könsbekräftande behandling. WHO:s internationella diagnosklassifikation ICD-10 hade innan juni 2018 tre diagnoser för könsdysfori:

- Transsexualism: används när könsidentiteten är motsatt det kön som individen tilldelats vid födseln (15).
- Annan specificerad könsidentitetsstörning: används för personer som inte identifierar sig som man eller kvinna utan icke-binärt, och som upplever ett starkt lidande (16).
- Könsidentitetsstörning ospecificerad: används för personer med könsdysfori som inte uppfyller kriterierna ovan samt används innan den diagnostiska utredningen är klar (17).

Enligt Socialstyrelsen kan personer som uppfyller kriterierna ovan få könsbekräftande behandling (13). Den kan bestå av samtalsstöd, könskonträra hormoner, könsbekräftande kirurgi, röstbehandling och hårborttagning (13, 14, 18). Den tidigare diagnosen transsexualism ändrades i juni 2018, med ICD-11, till diagnosen ”könsinkongruens i tonåren och bland vuxna”, samt ”könsinkongruens i barndomen.” Detta har lett till att personer som identifierar sig binärt och icke-binärt nu omfattas av samma diagnos (19).

Personer som önskar ändra juridiskt kön ansöker hos Rättsliga rådet inom Socialstyrelsen. Rådet beslutar även om en person ska få genomgå könsbekräftande underlivskirurgi och avlägsna testiklar eller äggstockar. Det går att ansöka om att ändra juridiskt kön utan att genomgå könsbekräftande underlivskirurgi, men sådan kirurgi tillåts endast om individen ändrar juridiskt kön (20). Enligt nuvarande praxis ska ett läkarutlåtande bifogas ansökan. Det krävs synnerliga skäl för att tillstånd ska beviljas för personer under 23 år. Enligt de kriterier som gäller i dag för att få ändra juridiskt kön ska personen:

- sedan en lång tid upplevt sig tillhöra annat kön än det som fastställdes vid födseln
- sedan en tid uppträda i enlighet med denna könsidentitet
- förväntas komma att leva i denna könstillhörighet även i framtiden
- ha fyllt 18 år
- vara folkbokförd i Sverige
- inte vara registrerad partner eftersom detta civilstånd är förbehållet samkönade par (20).

Fastställandet av juridiskt kön och könsbekräftande underlivskirurgi regleras i lag om fastställande av könstillhörighet i vissa fall (20). Socialstyrelsens utredning på uppdrag av regeringen (21) av förslaget ifall 15 år utgör en rimlig åldersgräns för att få vissa kirurgiska ingrepp, exempelvis underlivskirurgi, publicerades den 31 mars 2020. Socialstyrelsen bedömer att

en sänkt åldersgräns i dagsläget inte kan garantera fler fördelar än nackdelar i fråga om risk och nytta på individnivå och gruppnivå. För den andra utredningspunkten, en möjlighet för personer över 12 år att ansöka om ändring av det kön som framgår av folkbokföringen, menar Socialstyrelsen att detta uppdrag ges till Socialtjänsten. Vidare konstaterar utredningen att mer kunskap om unga transpersoner, könsdysfori etcetera krävs för att genomföra dessa utredningar inom Socialtjänsten (22).

Ökning av antalet transpersoner och könsdysfori

Antal personer som definierar sig som transpersoner verkar öka i västvärlden. Förekomsten av antalet transpersoner i Sveriges befolkning var enligt Socialstyrelsen 1 av 100 000 år 2005, medan antalet hade ökat 2015 till att vara 8 av 100 000 (13, 23). Resultatet är i linje med en befolkningsstudie från USA där 0,5 procent av befolkningen identifierade sig som transpersoner (24). I en skolundersökning bland 80 900 elever i Minnesota, årskurs 9 och 11, identifierade sig 2,7 procent som transpersoner (25).

Könsdysfori är ovanligt, samtidigt som antalet personer som diagnostiseras med transsexualism, annan könsidentitetsstörning eller könsidentitetsstörning utan närmare specifikation har ökat i västvärlden och i Sverige (26, 27). Prevalensen för diagnosen könsdysfori i Sveriges befolkning är ungefär 0,5 procent enligt den första befolkningsstudien i Sverige år 2015. I den uppgav 0,5 procent av 50 000 deltagare i Stockholm att de önskade en könsbekräftande behandling. Detta definierades som ett symptom på könsdysfori (28). Ingen studie har tidigare mätt detta i Sverige. Därmed är en ökning över tid omöjlig att avgöra. Antalet ansökningar om att ändra juridisk kön har dock ökat, enligt Rättsliga rådet. År 2000 var dessa 10–15 stycken, medan ansökningarna år 2018 var 446 stycken (29).

Det finns olika hypoteser om vad en ökning beror på. Några faktorer som diskuteras är miljö, i form av hormonutsläpp och dess inverkan på kroppen, ökad tillgång till vård, generellt ökad öppenhet och mer kunskap om och uppmärksamhet i samhället för frågor som rör könsidentitet och könsuttryck (26). Prevalensen för könsdysfori går att mäta med självrapportering eller register med olika skattningar, och de olika metoderna ger olika utfall. Därmed varierar uppgifterna om prevalens och ökning. Socialstyrelsens statistik består av en sammanslagning av samtliga könsdysforidiagnoser. Exempelvis ingår könsidentitetsstörning utan närmare specifikation, som vanligen inte leder till könsbekräftande behandling. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har gjort en systematisk kunskapsöversikt om könsdysfori bland barn och unga, och konstaterar att varken forskning eller statistik innehåller sammantagen information om ökningen av andelen barn och unga som söker transspecifik vård och andelen som får diagnosen transsexualism (30).

I en artikel i Läkartidningen menar författarna att det enligt internationell forskning inte är ovanligt att barn uttrycker att de tillhör, eller vill göra tillhöra ett annat kön än det vid födelsen tilldelade könet medan det är ovanligt med en bestående önskan om könsbekräftande åtgärder. Av de förpubertala barn som uppfyller diagnoskriterierna för könsdysfori har cirka 20 procent en kvarstående önskan om könsbekräftande åtgärder, enligt uppföljningsstudier. Övriga cirka 80 procent kommer i stället att identifiera sig som homo- eller bisexuella (26, 31-33). Dessa studier är dock ett tiotal år gamla.

Stopp-hormoner är en form av pubertetshämmande behandling som används för att hindra den hormonella utvecklingen i kroppen i tidiga tonår, och kan användas för unga transpersoner med

könsdysfori. Enligt SBU finns ingen sammantagen information om denna användning i Sverige, och det är oklart hur stor andel av dem som får diagnosen könsdysfori eller transsexualism som påbörjar pubertetsfördröjande hormonbehandling. Orsaken är att vården ges inom ramen för olika verksamheter där vissa är inom olika delar av primärvården medan andra är inom den specialiserade vården. Ett kvalitetsregister för samtliga kliniker är dock under uppbyggnad, och i framtiden blir det möjligt att samla dessa uppgifter och följa eventuella biverkningar av stopphormoner och andra behandlingsformer (30).

Förekomst av psykisk ohälsa bland transpersoner och personer med könsdysfori

Transpersoner med könsdysfori som behöver könsbekräftande behandling har på gruppnivå en förhöjd risk för psykisk ohälsa jämfört med den allmänna befolkningen (34-36). Affektiv sjukdom och olika ångesttillstånd, inklusive posttraumatiskt stressyndrom, är de vanligaste diagnoserna bland transpersoner, medan psykosjukdomar är ovanliga. Missbruk är enligt vissa studier också vanligare i gruppen (37, 38). En amerikansk registerstudie på transpersoner 10–17 år rapporterar om ökad förekomst av depression och adhd (39). I en amerikansk skolundersökning i årskurs 9 och 11 rapporterade de elever som identifierade sig som transpersoner en sämre psykisk hälsa än de unga cispersonerna (25).

I Sverige har personer med någon form av könsdysforidiagnos sex gånger så stor sannolikhet för att också ha diagnostiserats med en affektiv sjukdom eller ångestsjukdom jämfört med befolkningen i stort (7). Enligt Socialstyrelsens registerstudie hade 25–61 procent, beroende på kön och åldersgrupp, av personerna med en könsdysforidiagnos någon ångest- eller depressionsdiagnos. Högst förekomst, 61 procent, sågs i gruppen registrerade kvinnor 13–17 år och den lägsta, 25 procent, i åldersgruppen 45–64 år för både kvinnor och män. En missbruksdiagnos fanns hos cirka 1–6 procent av personerna. Högst förekomst sågs bland personer som var registrerade med manligt kön, och den lägsta bland registrerade kvinnor i åldersgruppen 13–17 år (40).

Andra forskare påpekar att det finns flera studier av hjälpsökande ungdomar och unga vuxna med könsdysfori där det är omkring 4–18 gånger vanligare att vara diagnostiserad med autism jämfört med befolkningen (35). Detta bekräftas i Socialstyrelsen rapport från nationella patientregistret 2016–2018. Där framkommer att 15 procent av registrerade kvinnor 13–24 år och 11 procent i gruppen 25–29 år har en autismdiagnos samtidigt som någon form av könsdysforidiagnos, jämfört med 0,7–1,3 procent för samma åldersgrupper i befolkningen. För registrerade män var andelen med autismdiagnos 12–16 procent i åldersgruppen 13–29 år. Även adhd är vanligare bland personer med någon könsdysforidiagnos. Bland registrerade kvinnor 13–29 år är andelen 15–19 procent jämfört med 2–4 procent, och bland män är den 10–14 procent jämfört med 2–8 procent i befolkningen (40).

Det är omdiskuterat huruvida det finns en samvariation mellan könsdysfori och diagnosen autism, eller drag av autism, framför allt vad gäller vuxna transpersoner. Vissa forskare påpekar att det kan vara ett falskt samband utifrån att studierna har använt självskattningsskalor som mäter drag av autism hos personer med könsdysfori. Dessutom kan det finnas en risk att skalan förväxlar symtom på autism med konsekvenser av att leva med könsdysfori. Exempelvis kan utanförskap, kränkningar och självstigma medföra att personen får bristande social träning som påverkar sociala färdigheter, vilket i sin tur kan misstolkas som autistiska symtom (41). Registerstudierna

ovan tyder dock på att det finns en sårbarhetsfaktor för könsdysfori i kombination med psykiatriska diagnoser.

Förekomst av suicidalitet och självskada bland transpersoner och personer med könsdysfori

Förekomsten av suicidalitet och självskada bland transpersoner varierar enligt olika studier (42-45). En kanadensisk sammanställning av 42 studier från USA och Kanada, med sammanlagt 25 735 individer, menar att 55 procent haft suicidtankar någon gång i livet och 29 procent har gjort ett suicidförsök. Motsvarande andelar för de senaste 12 månaderna var 51 procent respektive 11 procent. Risken för suicidtankar var 14 gånger högre jämfört med befolkningen i stort, och risken för suicidförsök var 22 gånger högre (46, 47). I en studie rapporterade unga transpersoner suicidförsök och suicidtankar i högre utsträckning jämfört med unga cispersoner (48). I en amerikansk registerstudie på transpersoner 10–17 år rapporterades också om att suicidtankar och vård för självskada var vanligare jämfört med bland cispersoner (39).

Tidigare internationell forskning visar att det finns skillnader i förekomsten av suicidalitet och självskada mellan transkvinnor och transmän. Enligt en spansk och en engelsk studie är självskada utan suicidavsikt vanligare bland transmän än transkvinnor (43). En nederländsk studie visar att antalet dödsfall bland transkvinnor var 51 procent högre än bland den allmänna befolkningen, och att död till följd av suicid var den tredje vanligaste dödsorsaken. Antalet dödsfall bland transmän skiljde sig däremot inte från den allmänna befolkningen (49).

I Sverige har suicidalitet bland transpersoner undersökts dels i två svenska registerstudier, dels i Folkhälsomyndighetens enkätstudie från 2015. Av de 796 transpersoner som besvarade enkäten hade 36 procent haft suicidtankar eller försökt ta sitt liv under det senaste året, och 57 procent av personerna 15–19 år hade haft suicidtankar (10). En studie som undersökte dödlighet i Sverige bland transpersoner efter genomgången könsbekräftande behandling fann en förhöjd dödlighet bland både transmän och transkvinnor, inklusive en ökad risk för suicid efter behandlingen (6). I en nyligen genomförd registerstudie rapporteras att personer med en könsdysforidiagnos hade sex gånger så hög risk för att ha vårdats för suicidförsök jämfört med befolkningen i stort (7).

Socialstyrelsen bekräftar också den förhöjda risken i sin nyligen publicerade rapport med data från det svenska patientregistret 2016–2018. De undersökte vård för självskaador och suicidförsök hos personer med könsdysfori, och jämförde med den allmänna befolkningen. Bland registrerade kvinnor med någon form av könsdysfori förekom dessa diagnoser hos 19 procent i gruppen 13–17 år och hos 18 respektive 15 procent i gruppen 18–24 och 25–29 år. Motsvarande andel är omkring 1 procent i befolkningen. Bland registrerade män var andelen omkring 4 procent i gruppen 13–17 år, 5 procent i gruppen 18–24 år och 2 procent i gruppen 25–29 år. Detta kan jämföras med 0,5–0,8 procent i den allmänna befolkningen (40).

Omvänt innebar att ha fått en psykiatrisk diagnos före någon könsdysforidiagnos en förhöjd risk för suicidförsök eller självskada. När det gäller suicid hade personer med registrerat kvinnligt kön 13,7 procent högre risk jämfört med befolkningen i stort. För registrerade män var risken nästan 5 procent högre. Av de personer som har fått en könsdysforidiagnos sedan 1998 hade 39 personer, 21 registrerade kvinnor och 18 registrerade män, avlidit genom suicid. Det motsvarar 0,6 procent av de som fått någon könsdysforidiagnos (40).

Tidigare forskning

Risikfaktorer för psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada

Risikfaktorer för psykisk ohälsa kan bidra till psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada. Den största risikofaktorn för suicid i befolkningen är olika psykiatriska diagnoser såsom depression, bipolär sjukdom, schizofreni, psykotiska tillstånd, personlighetssyndrom, missbruk och anorexi samt tidigare erfarenhet av självskada (50-53). Av de personer som avlider till följd av suicid har 90 procent en psykisk sjukdom (51). Andra risikofaktorer för suicid är dåliga socioekonomiska livsvillkor, ensamhet och sömnproblem (50, 51).

Risikfaktorer för självskada bland ungdomar är bland annat erfarenhet av suicidtankar, suicidförsök och självskada, emotionellt instabilt personlighetssyndrom, kamratpåverkan, depression, ätstörning, barndomstrauma och generell psykisk ohälsa. Prevalsen för självskada är högre bland flickor och kvinnor (54, 55). Förutom de risikofaktorer som finns i befolkningen är homo- och bisexuella personer särskilt utsatta på ett sätt som påverkar hälsan negativt (47, 56, 57). Det kallas för minoritetsstress, och senare forskning har visat att det även förklarar en del av transpersoners psykiska ohälsa (56-60).

Transspecifika risikofaktorer: minoritetsstress och mikroaggressioner

Med minoritetsstress menas faktorer som påverkar en minoritetsgrupp genom att gruppen och individerna utsätts för olika former av stress (56-60). I samhället görs en grupp till avvikande i relation till den så kallade majoritetsgruppen (56). I det här fallet är det den heterogena gruppen transpersoner som anses avvikande genom ett så kallat könsöverskridande beteende.

Transpersoner bemöts med negativa attityder, stereotypa idéer och förväntningar, utanförskap, oförståelse och olika former av våld (56). Enligt minoritetsstressmodellen finns dessa faktorer på olika nivåer:

- samhällsstrukturella faktorer
- sociala mellanmännsliga faktorer
- individfaktorer.

Samhällsstrukturella faktorer som skapar minoritetsstress är exempelvis diskriminerande lagar, vilket ofta minoriteter exponeras för i högre grad än andra (56). Dessa faktorer kan påverka en individs hälsa negativt, men omfattningen varierar och påverkar olika individer olika mycket.

Sociala mellanmännsliga faktorer är att inte bli sedd och bekräftad i enlighet med sin könsidentitet, exempelvis genom att bli kallad för fel pronomen (56), men det handlar också om avvissande attityder och utsatthet för våld (43, 61-64). Nyligen publicerades en kvalitativ undersökning av hur unga transpersoner upplevde medierapportering av transfrågor. I studien konstateras det att negativ publicering i media kan bidra till stress och oro i gruppen (65). På individnivå förekommer rädsla, oro och negativa förväntningar om att avvisas, diskrimineras eller utsättas för våld. Påfrestningar kan uppstå när en individ upplever sig tvungen att dölja sin identitet (57). Internaliserad transfobi, eller självstigma, är en negativ självbild där omgivningens

negativa uppfattning om transpersoner har införlivats. Detta är också en riskfaktor för psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada (57). För en översikt av riskfaktorer, se tabell 1.

Begreppet mikroaggression är relaterat till minoritetsstress. Mikroaggressioner är ofta omedveten och vardaglig diskriminering som riskerar att förstärka en individs upplevelse av att vara avvikande (66-68). Det kan vara allt från mer subtila handlingar där individens känslor, tankar och upplevelser ignoreras, till tydligare verbala kränkningar, hot och handlingar (69, 70). Syftet behöver inte vara att skada, utan handlingarna kan vara omedvetna. Den som utsätter en annan person för mikroaggressioner kan därför förneka sitt agerande, ta illa upp eller be om tröst i stället för att be om ursäkt och ta ansvar för sitt beteende (70). Exempel på mikroaggressioner som påverkar transpersoner är att:

- använda nedsättande symboler
- ha en exkluderande fysisk miljö
- tala nedvärderande om transpersoner som sjuka, onormala eller avvikande
- bortförklara eller förminska transpersoners upplevelser av att utsättas för transfobi
- inte respektera kroppslig integritet
- omtala en person med en annan könsidentitet än den individen önskar
- förstå sig på ett stereotypiserande, objektifierande eller exotiserande sätt så att transpersoner görs till udda, spännande sexualiserade objekt (48, 50-54).

Tabell 1. Översikt över riskfaktorer och skyddsfaktorer som har inverkan på psykisk ohälsa, suicid, suicidalitet och självskada bland transpersoner.

RISKFaktorER	SKYDDSFaktorER
Diskriminering och trans- och homofobi (61, 62, 71)	Reducerad transfobi (36)
Bristande socialt stöd (43, 61, 72-74)	Gott socialt stöd (36, 75, 76)
Psykiatriska diagnoser såsom depression och personlighetsstörning (37, 43, 62, 63, 72)	Emotionell stabilitet, optimism och motståndskraft (76-78)
Internaliserad trans- och homofobi, och internaliserat stigma (12, 42, 44, 73, 77)	Låga nivåer av strukturell stigma och stöd för att minska internaliserat stigma (37, 79)
Missbruk (37, 62, 74)	Stabilt boende (37)
Erfarenhet av sexuellt risktagande och sexuellt våld (37, 62, 63)	Slutförd medicinsk transition och pågående hormonbehandling (36, 77, 80)
Hoppat av skolan (63)	Bra möjligheter till anställning (37)
Önskan om viktnedgång (45)	Juridiskt kön överensstämmer med könsidentitet (36)
Utsatt för fysiskt våld (43, 61-64) Erfarenhet av terapi som syftar till att ändra könsidentiteten (81) Ha ett könsuttryck som avviker från normen (65) Negativ rapportering i media (25)	Skydd genom lagstiftning och tillgång till välfärdsstöd (37, 82) Positiv rapportering i media (65)

Skyddsfaktorer för psykisk hälsa, suicidalitet och självskada

Förutom generella skyddande faktorer, till exempel behandling av psykiatriska diagnoser, finns det också transspecifika skyddsfaktorer.

Transspecifika skyddsfaktorer

Några av de transspecifika skyddsfaktorer som har studerats är könsbekräftande behandling, pubertetshämmande behandling, stöd från närstående, skyddande lagstiftning och upplevd gemenskap med minoritetsgruppen.

Könsbekräftande behandling minskar, men eliminerar inte, den förhöjda risken för psykisk ohälsa och suicidalitet (5, 6, 81). Internationella studier publicerade mellan år 2010 och år 2015 om hormonbehandling, könsbekräftande behandling och slutförd medicinsk transition visar att behandlingen minskar könsdysfori och suicidalitet, samtidigt som den förbättrar livskvaliteten och den psykiska hälsan (5, 6, 36, 60, 77, 80, 83). En studie från USA omfattade 20 619 transpersoner 18–36 år, och av dem hade 17 procent önskat att de fått tillgång till stopphormoner under puberteten. Medelåldern var 23,4 år, och 45 procent hade tillskrivits manligt kön vid födseln. Endast 2,5 procent hade fått tillgång till sådan hormonbehandling. Efter att ha kontrollerat för sociodemografi och stöd från familjen var de som fått tillgång till pubertetshämmande behandling mindre benägna att rapportera suicidtankar under sin livstid (81). Den positiva effekten antas bero på de kroppsliga förändringarna som minskar könsdysforin (83).

Dessa resultat bekräftades av den svenska registerstudien som också visar att könsbekräftande kirurgi förbättrade den psykiska hälsan bland transpersoner (5, 6, 36, 37, 57, 84). I Socialstyrelsens rapport framkommer också ett positivt, men inte säkerställt, orsakssamband mellan minskade suicidförsök och självskada och könsdysforidiagnos efter utredning (23).

Transspecifika skyddsfaktorer i övrigt består bland annat av gott stöd från föräldrar, vänner och samhälle (36, 75), skydd genom lagstiftning och tillgång till välfärd (37, 75, 76, 82) och reducerad transfobi i samhället (36, 85). En annan skyddande faktor är upplevd gemenskap med minoritetsgruppen och socialt och känslomässigt stöd från andra inom samma grupp (57). Vikten av att ha socialt stöd, förstå och acceptera sin könsidentitet, vara öppen inför andra, genomgå transition, känna optimism och ha goda copingstrategier visar en kanadensisk enkätstudie bland 133 transpersoner (76). Transpersoner som under identitetsutvecklingens tidigare skede har haft kontakt med andra transpersoner uppger mindre ångest och suicidtankar, och fler känner sig bekväma i sin könsidentitet (60). Positiv rapportering av transerfarenheter i media har visat sig ha en positiv effekt på unga transpersoners psykiska hälsa (65).

Interventioner som syftar till att öka hälsan i en minoritetsgrupp kan ske på olika nivåer. Vissa insatser kan öka individens resiliens, medan andra kan förändra och minska utsattheten på strukturell och mellanmänsklig nivå genom exempelvis lagstiftning mot diskriminering (37, 82). De olika nivåerna samspelar, exempelvis genom att mindre trans- och homofobi i samhället också minskar risken för internaliserat stigma (36, 85). Tabell 1 innehåller en översikt över skyddsfaktorer enligt tidigare forskning.

Behov av kvalitativa studier om transpersoners upplevelser

Det finns få kvalitativa studier som rör upplevelser av psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada bland transpersoner. Det sammantagna, mestadels kvantitativa, forskningsläget tyder på att orsakerna till självskada och suicidalitet bland transpersoner är komplexa och beror på både yttre och inre faktorer, och att dessa också påverkar varandra.

Kvalitativa studier kan fylla delar av kunskapsglappet, men trots det finns få intervjustudier om detta. Det saknas med andra ord kvalitativ forskning och kunskaper om transpersoners egna tankar och erfarenheter kring problematiken i Sverige och de nordiska länderna. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) har gett ut en rapport om kunskapsluckor och forskningsbehovet inom området hälsa och livsvillkor för unga hbtq-personer, och menar att det behövs mer forskning om orsaker till den ökade risken för ohälsa bland hbtq-personer i Sverige. Forte konstaterar även att både strukturella, sociala och individuella faktorer behöver studeras, liksom hur köns- och sexualitetsnormer påverkar hbtq-personers livsvillkor (86).

Denna studie och rapport kan bidra till kunskap om förebyggande och främjande faktorer och åtgärder för en ökad psykisk hälsa för unga transpersoner.

Syfte och frågeställningar

Studiens övergripande syfte är att öka kunskapen om unga transpersoners erfarenheter av psykisk ohälsa, med fokus på suicidalitet och självskada. Ett annat syfte är att öka kunskapen om hur samhället kan främja den psykiska hälsan bland unga transpersoner.

Följande frågeställningar har använts i studien:

- Vilka erfarenheter har unga transpersoner av psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada?
- Vilka erfarenheter har unga transpersoner av att söka hjälp i samband med psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada?
- Vilka riskfaktorer kan utlösa psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada?
- Vilka skyddsfaktorer kan förebygga psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada?
- Vilka åtgärder skulle enligt intervjupersonerna kunna minska den psykiska ohälsan bland transpersoner?

Metod

Studiedesign

Studien är en kvalitativ intervjustudie. Mellan maj och oktober 2018 gjordes djupintervjuer med 29 personer i åldern 16–26 år. Intervallet beror på att Folkhälsomyndighetens enkätstudie från 2015 visat att suicidalitet är särskilt vanligt bland unga transpersoner (10).

Valet av kvalitativ metod beror på studiens syfte och fokus på att undersöka individers upplevelser, erfarenheter, tankar och resonemang (87). De individuella intervjuerna syftar alltså till att samla kunskap om unga transpersoners erfarenheter och reflektioner om trans, psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada.

För att studien ska hålla sig nära intervjupersonernas berättelser och beskrivningar är designen deskriptiv, det vill säga beskrivande. Det innebär att resultatet fokuserar citat från intervjudeltagarnas berättelser och därmed innehåller en relativt låg grad av tolkning och teoretisk analys (88).

Rekrytering och urval

För att nå intervjudeltagare spreds information om studien tillsammans med ett webbaserat anmälningsformulär via annonsering i sociala medier och på kliniker:

- RFSL och RFSL Ungdom: Webbida och Facebook-sidor.
- Privata e-postkontakter: E-post till ett 20-tal personer som är engagerade i transfrågor i olika ideella organisationer. Dessa spred i sin tur information om studien vidare.
- Mottagningar som ansvarar för diagnostiska utredningar inför en eventuell könsbekräftande vård: Möjliga deltagare identifierades av vårdpersonal som gav muntlig och skriftlig information om studien. Efter patientens medgivande tog mottagningen kontakt med forskaren och överlämnade kontaktinformation. Mottagningen satte även upp affischer och lade ut flygblad med kort information om studien, en länk och en QR-kod till anmälningsformuläret.

Urvalet av intervjudeltagare gjordes med andra ord genom både självrekrytering och en blandning av patientrekrytering och snöbollsrekrytering, vilket innebär att personer som nås av annonsen sprider den vidare till personer som de tror kan vara intresserade av att delta (89).

De flesta som inledningsvis anmälde sitt intresse till att delta definierade sig som transmän. Med syftet att få en bredare representation i deltagargruppen gjordes därför i ett annat rekryteringsskede en riktad rekrytering för att inkludera fler transkvinnor och icke-binära personer.

Ett annat urvalskriterium var att ha erfarenhet av både att vara transperson och psykisk ohälsa, suicidalitet och/eller självskada, baserat på personens egen definition. I denna studie ingår alltså inte unga transpersoner som grupp i sig, utan specifikt unga transpersoner med erfarenhet av psykisk ohälsa, suicidalitet och/eller självskada. Deltagarna är också personer som har möjlighet och vilja att tala om sina upplevelser.

Genomförande

En intervjuguideskapades som vägledning för intervjuerna (bilaga 5). I den ingår olika nivåer som kan påverka en persons psykiska hälsa:

- individnivå, såsom personens erfarenheter, minnen och upplevelser
- social nivå, i form av familj och vänner
- samhällsstrukturell nivå, såsom lagstiftning.

I början av intervjun beskrev forskaren de tre nivåerna och uppmuntrade intervjupersonerna att dela med sig av sina tankar och erfarenheter som rör dem. På så vis uppmärksammades intervjupersonerna på att deras erfarenheter av trans och psykisk ohälsa var relevanta.

Intervjuerna inleddes med att deltagarna fick berätta om sin eventuella transition och därmed lyfta erfarenheter av trans. En annan inledande fråga som knöt an till psykisk ohälsa var: "Kan du berätta om hur det varit att må så dåligt att man vill göra illa sig själv?" Forskaren strävade efter att intervjuerna skulle ha en samtalande karaktär, för att på så vis skapa trygghet, förtroende och utrymme för deltagaren att berätta det som kändes viktigt (87).

Intervjuerna tog mellan 45 minuter och 2,5 timme, med en medeltid på 1,5 timme. Alla intervjuer spelades in digitalt och transkriberades ordagrant för att sedan analyseras.

Analys

Studiedatan, som består av transkriberade intervjuer, analyserades i flera steg genom ett induktivt tillvägagångssätt (88, 90). Induktiv analys innebär att materialet analyseras utan ett i förväg bestämt teoretiskt ramverk. I stället är det materialet som avgör strukturen, och analysen är därmed datadriven. För att koda data är det intervjupersonernas egna ord som används snarare än forskarens tolkning av det som sägs. Denna metod är att föredra när kunskapen om det studerade fenomenet är begränsad och när det empiriska materialet snarare kan generera teorier än att utgå från dem (87, 88).

Datan analyserades i flera steg genom:

- fältanteckningar
- närläsning
- kodning
- jämförande tematisk innehållsanalys.

Fältanteckningar togs efter varje intervju. Forskaren skrev ner sina intryck av intervjun samt noterade de teman som var särskilt framträdande i intervjudeltagarens berättelse (87).

Närläsning skedde genom att texten lästes igenom noggrant och forskaren identifierade fraser, meningar eller stycken som besvarade studiens syfte (91). Dessa försågs därefter med en kort sammanfattning i en så kallad öppen kodning.

Efter den inledande och öppna kodningen kodades materialet genom att kategorier bildade teman. Kodningen användes för att fokusera betydelse och meningsskapandet i intervjuerna (88). Ett antal kategorier i form av underteman bildade huvudteman. Dessa sorterades sedan in

under ett övergripande tema (se Tabell 2). Genom sammanslagning av koder minskade antalet underteman (87). Programvaran NVivo version 11, QSR International, användes i alla steg för det transkriberade materialet för att underlätta datahantering av kodningen under analysfasen.

Genom tematisk innehållsanalys där fokus läggs på betydelsen som framkommer i materialet snarare än de språkliga enheterna jämfördes de olika intervjuerna för att säkerställa att de viktigaste koderna och temana var inkluderade (87, 92). För att få en ökad stringens i forskningsprocessen har intervjuförfarandet, materialet, analyserna och resultatet diskuterats i hela forskargruppen. Därefter har Folkhälsomyndigheten gått igenom resultatet och kondenserat studien. Tabell 2 visar exempel på analysprocessen.

Tabell 2. Exempel på analysprocessen med kodning och tematisering.

KODER	UNDERTEMA	HUVUDTEMA	ÖVERGRIPANDE TEMA
Kroppsutveckling väckte könsdysforin. Gränserna kring kön blev tydligare. Mer utpräglade könsroller gjorde att personerna mådde sämre. Skillnader jämfört med andra personer ledde till ökat utanförskap.	Pubertetens inverkan	Tiden fram till insikt	Identitetsutveckling och transition.

Etiska överväganden

Studien följer etiska riktlinjer enligt Helsingforsdeklarationen. Huvudprinciperna här och i Vetenskapsrådets etiska principer är:

- information
- medgivande
- nyttjande
- konfidentialitet
- hantering av data (93, 94).

Informationen om studien i form av en annons innehöll en beskrivning av studiens syfte och upplägg. De personer som ville veta mer kontaktade forskaren. Innan intervjun fick den potentiella studiedeltagaren en ny beskrivning av studiens syfte och upplägg, liksom information om hur resultatet från studien skulle spridas och nyttjas. Deltagaren fick även ett brev innehållande samma information, inklusive kontaktuppgifter till forskaren (bilaga 2).

Medgivande skedde genom att deltagarna före intervjustart fick skriva under ett medgivande till att delta (bilaga 3) och fylla i en kortare enkät med bakgrundsfrågor (bilaga 4). Studiedeltagarna informerades om att deltagandet var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan att ange orsak och utan att det skulle få några negativa påföljder.

Nyttjandet handlar om tydlig information om hur intervjumaterialet ska användas exempelvis i form av vilka slags publikationer som materialet kan förväntas att ingå i. Detta ingick i information om studien som var grund för deltagarnas medgivande.

Konfidentialitet upprätthålls genom att alla citat har avpersonifierats. Beskrivningen av vissa

omständigheter och personernas demografiska bakgrund har också ändrats. Bakgrundsdata presenteras på gruppnivå, utöver tillskrivet kön vid födelsen och valt pronomen. I rapporten används anonymiserade tilltalsnamn i form av pseudonymer som bygger på intervjupersonernas egen könsidentitet. De personliga pronomen (hon, hen, han) som anges i resultatet är också baserade på det pronomen som intervjupersonen själv har uppgett. Vid samtliga intervjuer betonade forskaren sin egen tystnadsplikt.

Data som inhämtades förvarades inlåsa på lösenordskyddade USB-minnen och genom att ljudfiler, anonymiserade transkriptioner och kodnycklar förvarades separat, så att inte obehöriga skulle få tillträde (95). QR-koden som användes i studien ledde till ett individuellt formulär på SurveyMonkey som inte gav tillgång till några uppgifter om andra deltagare.

Intervjupersonerna fick ingen kompensation för sin medverkan. Studien är godkänd av Regionala etikprövningsnämnden i Linköping (dnr 2018/99-31).

Intervjuer om känsliga ämnen och forskarens roll

Intervjuerna gäller erfarenheter av självskada och suicidalitet som kan vara känsliga, och därför var det särskilt viktigt med en respektfull icke-dömande framtoning och miljö under intervjuerna (87). Forskarens roll i kvalitativ forskning innefattar att befinna sig i den sociala verkligheten, och genom sin närvaro är forskaren därmed medskapare av de data som samlas in. Forskaren ansvarar dessutom för tolkningsprocessen och studieresultatet (96, 97). Detta ställer höga krav på forskaren som har en ledande roll i en maktobalans (98). Detta kan delvis avhjälpas genom reflexivitet där forskaren är medveten om sin förförståelse, sina erfarenheter, sin maktposition som intervjuare och sin kunskapsmässiga tolkningshorisont (87).

Forskaren skapar medvetet förutsättningar för öppenhet och tillit, och det kan medföra att en person berättar mer än vad den egentligen hade tänkt (87). För att motverka detta fick varje intervjuperson i slutet av intervjun ange hur det hade varit att berätta om sina erfarenheter. Vid behov fanns kontaktinformation till stödjande funktioner inom trans, suicidalitet och självskada. Forskaren uppmuntrade ett fåtal intervjupersoner att söka kontakt med psykolog, som ett led i att bearbeta de händelser som de varit med om.

Alla intervjuer gjordes av Gabriela Armuand som är disputerad sjuksköterska och barnmorska. Hon var också huvudansvarig för att analysera data. I relation till ämnet och intervjudeltagarna är Gabriela Armuand cisperson och var vid tiden för intervjun 46 år gammal. När intervjuerna genomfördes hade hon ingen tidigare klinisk erfarenhet av att arbeta med transpersoner eller personer med psykisk ohälsa. Däremot hade hon tidigare erfarenhet av att intervju personer om känsliga och utmanande ämnen samt av forskning om transpersoner.

Resultat

Intervjudeltagarna

De 29 intervjudeltagarna är 16–26 år gamla, med en medelålder på 22 år och medianålder på 24 år. Geografiskt var spridningen från norra till södra Sverige. Närmare hälften av intervjudeltagarna bor i Stockholm eller Göteborg, en fjärdedel av deltagarna bor i en mellanstor stad eller ort, och fem personer bor i på en mindre ort eller på landsbygden. Majoriteten arbetar och/eller studerar på heltid. Fem personer är arbetssökande och fyra personer är sjukskrivna, varav tre på grund av psykisk ohälsa. I tabell 3 sammanfattas intervjudeltagarnas bakgrund i relation till ålder, könsidentitet, tilldelat juridisk kön vid födseln, nuvarande juridiskt kön, bostadsort och sysselsättning.

Tabell 3. Beskrivning av intervjudeltagarnas bakgrundsdata (n = 29).

FAKTORER	KATEGORIER	ANTAL (N)
Ålder	16–19 år	7
	20–23 år	7
	24–26 år	15
Könsidentitet	Transkvinna	7
	Transman	14
	Icke-binär	8
Tilldelat juridiskt kön vid födsel	Kvinna	22
	Man	7
Juridiskt kön vid tid för studien	Kvinna	20
	Man	9
Bostadsort	Stockholm och Göteborg	14
	Mellanstor stad eller ort	10
	Mindre ort (10 000 inv.) eller landsbygd	5
Sysselsättning	Studier	12
	Arbete	6
	Studier kombinerat med arbete	2
	Arbetssökande Sjukskriven	54

Deltagarnas könsdysforidiagnos, könsbekräftande behandling och ändring av juridiskt kön

Intervjudeltagarna innefattar både personer med en binär könsidentitet och personer med en icke-binär könsidentitet. Merparten har genomgått diagnostisk utredning för könsdysfori och har därför olika erfarenhet av den könsbekräftande vården. Deltagarnas önskemål om könsbekräftande åtgärder skiljer sig också åt även om samtliga önskade någon åtgärd. Alla har, i enlighet med urvalskriteriet, erfarenheter av psykisk ohälsa. Tabell 4 ger en översikt över intervjudeltagarnas transidentitet och relation till processen med utredning, könsbekräftande behandling och juridiskt kön.

Tabell 4. Intervjudeltagarnas del i processen med att få en könsdysforidiagnos, få könsbekräftande behandling och att ändra juridiskt kön.

SAMTLIGA N = 29		ICKE-BINÄR KÖNSIDENTITET N = 8	TRANSMASKULIN KÖNSIDENTITET N = 14	TRANSFEMININ KÖNSIDENTITET N = 7
1	Antal som planerat att söka transspecifikvård			
8	Antal som remitterats och väntar på utredning			
4	Antal under pågående utredning			
16*	Antal med diagnosen transsexualism eller annan könsidentitetstörning*			
11	Antal med någon form av könsbekräftande behandling			
6	Antal som har ändrat sitt juridiska kön	0/8	4/14	2/7

*Av de 16 som genomfört utredning och fått en könsdysforidiagnos hade fem inte hunnit påbörja könsbekräftande behandling utan stod på väntelista för detta.

Psykiatriska diagnoser

Alla intervjupersoner beskrev att de led av nedstämdhet och ångest i någon utsträckning, vilket inte är förvånande eftersom det var ett urvalskriterium för att delta i studien.

Av de 29 deltagarna hade 23 sökt hjälp inom primärvården, allmänpsykiatri eller specialistpsykiatri och genomgått diagnostisk utredning och/eller fått behandling för olika former av psykisk ohälsa (79 procent). Av dessa har 7 diagnostiserats med fler än två psykiatriska diagnoser (30 procent). I tabell 5 redovisas de psykiatriska diagnoser som deltagarna uppgav.

Tabell 5. Redovisning av de psykiatriska diagnoser som deltagarna uppgav. Vissa deltagare uppgav flera diagnoser

DIAGNOS	ANDEL
Depression någon gång	55 % (n = 16)
Autism	24 % (n = 7)
Adhd (attention deficit hyperactivity disorder)	21 % (n = 6)
Ätstörning	21 % (n = 6)
Bipolär sjukdom	10 % (n = 3)
Ångestsyndrom	10 % (n = 3)
Posttraumatisk stressyndrom	3 % (n = 1)

Erfarenheter av psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada

Resultatdelen består av tre avsnitt och övergripande teman:

- identitetsutveckling och transition
- psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada
- viktiga instanser och möjliga förbättringar.

Beskrivningen av identitetsutveckling och transition i det första avsnittet ger en förståelse för de processer som intervjupersonerna har genomgått och genomgår vad gäller deras transidentitet. Dessa processer har en direkt inverkan på den psykiska hälsan, liksom den psykiska hälsan har en direkt inverkan på identitetsutvecklingen. Psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada är fokus i det andra resultatavsnittet. Det sista avsnittet handlar om olika instanser och möjliga förbättringar i dessa.

Identitetsutveckling och transition

Detta avsnitt handlar om personens inre ”komma ut”-process: att identifiera och sätta ord på sin könsidentitet, könsinkongruens, könsdysfori och behov av könsbekräftande vård. Det består av tre underteman: tiden fram till insikt, strävan efter könskongruens och nya önskade normer.

Tabell 6. Översikt av huvudteman och underteman för identitetsutveckling och transition.

TIDEN FRAM TILL INSIKT	STRÄVAN EFTER KÖNSKONGRUENS	NYA ÖNSKADE NORMER
Ett normbrytande barn	Gömma undan	Ideal
Pubertetens inverkan	Komma ut	Lära om
Upptäckten av begreppet trans	Könsbekräftande behandling som livsförändrare	Frihet från och motstånd mot könsnormerKrävande heteronormer

Tiden fram till insikt

Detta tema handlar om personens process och tid fram till insikten att den är en transperson. Ofta gäller det tiden från tidig barndom fram till senare delen av puberteten. I vissa fall kommer processen och insikten lite senare i livet, ofta dock med start vid puberteten. Underteman är ett normbrytande barn, pubertetens inverkan och upptäckten av begreppet trans.

Ett normbrytande barn

Många beskrev upplevelsen av att vara ett normbrytande barn, inte bara när det gäller könsöverskridande beteende utan även andra normer. Intervjudeltagarna beskrev att de var normbrytande eftersom de tidigt i livet reagerade på könsrollerna som de förväntades ha, inklusive könskodade intressen och klädstilar. Anders som hade tillskrivet kvinnligt kön vid födseln sa så här:

Jag ifrågasatte varför jag inte fick göra vissa saker som killarna fick göra, till exempel leka lite

mer våldsamt om vi säger så, putta, brottas, att låtsas att man lekte med svärd och sådana saker. Jag ifrågasatte redan i förskoleåldern att: ”Men, vadå? Varför får inte jag göra det där?” [...] Jag tänkte väldigt länge att jag kanske bara är en väldigt grabbig tjej. (Anders)

Deltagarna, särskilt de med autism eller en adhd-diagnos, upplevde sig som normbrytande i relation till andra individer, sociala koder och förväntningar. De har setts som och känt sig avvikande på grund av specialintressen eller lässvårigheter.

De tidiga känslorna av könsinkongruens beskrevs dock av intervjudeltagare som mycket diffusa och obestämbara, främst för att de inte kunde sätta ord på sin upplevelse. När de sedan som barn eller ungdomar fick ordförråd för att kunna beskriva sina känslor började saker falla på plats, upplevelserna hamnade i ett sammanhang och gick att förstå.

Pubertetens inverkan

Pubertetens inverkan är ett annat återkommande tema, och några av intervjudeltagarna beskrev att det var då som de började känna obehag över sin kropp och dess utseende. Leo, som identifierar sig som transman, berättade:

Det hade jag tänkt ända sen jag blev tonåring. Någon slags, vad ska man säga, längtan efter att växa upp till att bli man även fast det var väldigt diffust. (Leo)

Just puberteten markerade starten för flera deltagares könsdysfori. Tidigare hade de haft kroppar som inte enkelt kunde könsbestämmas av omgivningen, och som inte skavde mot deras könsidentitet, men så förändrades kroppen och de fick en känsla av bristande överensstämmelse mellan könsidentitet och tillskrivet kön. De personer som kände sig som pojkar började få kvinnliga runda former, medan de som kände sig som flickor fick grövre röst och behåring, vilket var i motsats till den egna könsidentiteten. Om personen innan hade upplevt sig som pojke eller flicka, eller inte tänkt så mycket på sin könsidentitet, blev det uppenbart när personen antingen började utveckla bröst och menstruera, eller kom i målbrottet och fick skäggväxt.

Emma, som är transkvinna, beskrev hur obekvämt hon var med sin kropp:

Och då börjar man komma ihåg, det är en grej som jag tror många kan relatera till, att man liksom börjar man titta tillbaka på sitt liv och jaha, var det inte lite konstigt att jag på dagis tyckte att, ja men killkläder är så tråkiga, är det inte lite konstigt att jag [...] tyckte att det var tråkigt att umgås med killar och bara ville umgås med tjejer [...] Och var det inte lite konstigt att ... jag kommer ihåg specifikt att jag var obekvämt med mina ”nether regions” [nedre regioner/underlivet] och massor sådant här. Det är då man börjar komma ihåg en massa grejer under hela sitt liv. (Emma)

När Emma förstod att hon var transperson fick också tidigare tillfällen i hennes liv en annan betydelse.

Elijah, som är transman, beskrev sina negativa reaktioner på puberteten:

Den [könsdysforin] började när puberteten började. Då minns jag att jag på allvar tänkte att, nej, men vänta nu, såhär ska det ju inte vara, det här är ju helt fel. Och jag minns att jag förväntade mig, till exempel, att bröstet skulle börja växa tillbaka igen [att bröstet skulle gå tillbaka/försvinna]. (Elijah)

Att som äldre förstå sin ungdom i efterhand kan vara en generell erfarenhet och en del av bli vuxen, men upplevelsen att sakna ord som rör könsidentiteten är specifik för målgruppen. Bristen på ord för sina transspecifika erfarenheter lyftes av flera deltagare, och blev tydlig i mötet med begreppet trans.

Upptäckten av begreppet trans

Upptäckten av begreppet trans, som i transperson, och erfarenheten att inte vara cisperson, gjorde de flesta deltagarna via medier eller internet. Vissa hade dock fått ta del av transerfarenheter i skolundervisningen, i en del fall i samband med att en transperson föreläst på skolan.

Även om deltagarna upptäckte begreppet trans förstod de inte alltid innebörden av könsinkongruens eller könsdysfori. Begreppet trans verkade därmed inte heller applicerbart på deras eget liv. Elijah, som är transman, berättade:

När jag gick på högstadiet till exempel, så mårde jag bara väldigt dåligt, men jag begrep inte riktigt själv varför. För då så visste jag inte att det fanns transkillar, jag trodde att det bara fanns transtjejer. Och jag minns att då tyckte jag att det var ganska konstigt att: ”Hur kommer det sig att man bara kan byta och bli en kvinna och inte tvärtom?” (Elijah)

Flera av intervjudeltagarna kände tidigare ett motstånd mot att vara trans, och de sökte alternativa förklaringar för att undvika transidentiteten. De kunde exempelvis hoppas på att i stället vara intersex.

Strävan efter könskongruens

Strävan efter att finna könskongruens, det vill säga en samstämmighet mellan könsidentiteten och kroppen, framkommer också som en stegvis process. Relaterade underteman är: gömma undan, komma ut och könsbekräftande behandling som livsförändrare.

Gömma undan

Att gömma undan sin upplevelse av att inte identifiera sig med det tilldelade könet och olika grader av könsinkongruens har enligt intervjudeltagare skapat en känsla av skuld och skam. Delvis uppgavs detta bero på att personen tagit till sig allmänhetens syn på trans som någonting udda, tragiskt eller skrattretande. En del har därför dolt sina transupplevelser, anpassat sig och uttryckt det kön som de tilldelades vid födseln genom att använda kläder, smink eller ansiktsbehåring som tolkas som kvinnligt eller manligt.

Emma, som är transkvinna, berättade hur hon har dolt sin könsidentitet:

Under den perioden så vågade jag inte raka mig för jag tänkte att alla mina kompisar skulle mobba mig, så att jag dök upp i liksom ansiktshår och så mårde jag jättedåligt för att jag såg så maskulin ut. Och sen så blev jag jätteobekväm och när jag blir obekväm så ser jag ilsken ut och då kände jag att jag inte alls hörde hemma där och det var en jättedålig känsla.

[Så det var liksom dubbelt?]

Jo, men det blir som en ond cykel för mig. För att om jag typ ser liksom bitter ut, så uppfattar jag att folk blir liksom ... känner sig som att jag är något slags hot så att säga och då mår jag ännu

sämre. Så att ja ... Det är inte perfekt. (Emma)

För att undvika negativt bemötande uttryckte Emma sig manligt och struntade i att raka sig, trots att det gjorde att hon mådde dåligt och inte kände sig hemma i sin kropp. Flera deltagare har liknande erfarenheter av att anpassa sig till förväntningarna om utseende kopplat till könsnormer.

Några beskrev processen att nå könskongruens som att gå från barn till vuxen, där en högre generell grad av mognad och trygghet också påverkade upplevelsen av sin könsidentitet. Psykisk ohälsa blev dock ofta ett hinder för att utforska könsidentiteten och nå könskongruens.

Christian, som är transman, beskrev hur uppväxten var präglad av flera neuropsykiatriska diagnoser och otrygghet på grund av mobbning. Detta ledde till att upplevelsen av att vara transperson hamnade i skymundan av det som framkom som mer akut.

För det är nånting som många nästan alltid frågar mig. Varför jag inte tog tag i det här när jag var 18 eller 17. Och jag är såhär ... Det fanns inte ens i mitt liv då. Jag höll på att dö av andra anledningar. (Christian)

Först efter att Christian hade fått hjälp med sina neuropsykiatriska diagnoser fanns det utrymme att utforska könsidentiteten. Strävan efter könskongruens tog därför tid.

Komma ut

Att komma ut innebär både att komma ut för sig själv och att komma ut för och vara öppen inför andra, exempelvis genom namnbyte eller könsuttryck. Några intervjudeltagare beskrev hur de först testade att komma ut online, exempelvis genom att använda en spelkaraktär som stämde överens med deras könsidentitet. På så vis kunde de pröva var de hörde hemma i sin könsidentitet. Flera berättade att det kändes enklare att komma ut på nätet än att berätta ansikte mot ansikte. En annan vanlig metod var att först komma ut för närstående personer, för att senare utvidga cirkeln till andra personer.

Ett antal deltagare beskrev att de varit oroliga och rädda för att inte bli accepterade, för att personer skulle ta avstånd från dem, överge eller diskriminera dem på grund av deras könsidentitet. De deltagare som hade erfarenhet av kränkningar, speciellt med inslag av homofobi, upplevde att dessa tidigare upplevelser hindrade deras process att komma ut.

Några beskrev att de tagit omvägar till att komma ut som transperson genom att först komma ut som bi- eller homosexuell, som icke-binär eller agender. Tintin, som är transman, sa så här:

Steget till transman kändes lite väl stort så jag började med agender. Därför att det var ett lagom neutralt mellanting. (Tintin)

Intervjudeltagarna beskrev att de inte bara varit selektiva med vilka personer som de kommit ut för, utan också på vilka arenor de kommer ut på. Exempelvis har vissa deltagare valt att inte komma ut på sin arbetsplats. En annan strategi är att inte komma ut inom hälso- och sjukvården, annat än när det behövdes.

En del deltagare valde ibland att inte komma ut, och dölja sin transidentitet, eftersom det tog så mycket energi. Andra deltagare valde att hålla sig till vissa sammanhang, eller grupper, som de visste var accepterande, för att undvika negativa reaktioner. En del hade flyttat till en större stad som upplevdes som mer hbtq-vänlig för att på så sätt öka möjligheten att få ett positivt

bemötande.

Trots att processen att komma ut ofta beskrivs som jobbig innebar det också en lättnad. Deltagarna sa att de äntligen kände sig fria, fick mer energi och kände mer glädje. Lee, som är icke-binär, berättade om friheten:

Jag tänkte tidigare att jag liksom aldrig skulle få leva som jag vill för jag skulle aldrig våga komma ut. Men nu när jag har gjort det så känns det som att det är liksom ... då är det avklarat. Då är jag fri. (Lee)

Att komma ut gav deltagarna möjligheter att till fullo uttrycka sin könsidentitet, att utforska könsroller och könskodade attribut, i form av kläder och smink. Detta upplevdes som frigörande och glädjefyllt. Trots hindren framstår detta som en viktig del i strävan efter att nå könskongruens. Ibland visade det sig dessutom att oron inför att komma ut inte varit befogad, eftersom omgivningen reagerade mer positivt än väntat.

Könsbekräftande behandling som livsförändrare

Könsbekräftande behandling som livsförändrare återkommer som en viktig faktor för att nå könskongruens. Alla intervjupersoner utom en väntade på utredning eller var under utredning. En del behövde och önskade all tillgänglig behandling, medan andra enbart ville genomgå hormonbehandling eller bröstkirurgi.

Leonard, som är transman, berättade om sin syn på kroppen:

Alltså, jag måste tänka på det varje dag, vare sig jag vill det eller inte. Jag måste bestämma om jag ska ha binder [plagg som används för att platta till bröst] eller inte och förhålla mig liksom till det. Och det är väldigt, jag vill inte behöva tänka på det varje dag, jag vill bara inte behöva tänka på det alls. Och det tror jag ... jag kommer komma till det läget med behandling. För det är ingenting jag vill tänka på, att liksom behöva dubbeltänka hur andra ser mig och så. (Leonard)

Den könsbekräftande behandlingen kan skapa lugn och minska stress kring hur andra personer uppfattar ens kropp. För Leonard skulle detta ske genom att operera bort bröstet så att han inte behöver binda sin bröstkorg och fundera över hur hans kropp uppfattas.

I intervjuerna beskrevs den könsbekräftande behandlingen som livsnödvändig eftersom könsdysfori med dess lidande var så stark och påverkade livet så negativt. Dessa deltagare beskrev sig som ”ofärdiga” innan de genomgått transitionen. Målet med behandlingen var dels att få en överensstämmelse mellan könsidentiteten och kroppens utseende och känsla, dels att öka chanserna att omgivningen läser personen i enlighet med den egna könsidentiteten.

Philip, som är transman, beskrev hur han kände sig efter hormonbehandlingen och mastektomi (bröstoperationen):

Jag har fått så mycket mer energi efter det. Jag kan göra saker, jag kan jobba heltid och ändå ha ett liv vid sidan av, socialt, så kan jag träffa nya människor utan att få panik. (Philip)

De deltagare som hade genomgått könsbekräftande behandling beskrev att det hade förändrat deras liv totalt. Från att inte ha några framtidsutsikter upplevde de att de hade fått energi, livsglädje och tilltro till framtiden. Några deltagare menade samtidigt att deras könsdysfori sannolikt aldrig helt skulle försvinna. Trots ett förbättrat mående och en högre grad av

könskongruens, menade de att det fanns en genetisk kodning till det kön som de tillskrivits vid födseln, och att de alltid skulle vara beroende av hormonbehandlingar.

Elias, som är transman, beskrev det så här:

Jag vill ju gå på testosteron, så att jag i alla fall kan känna igen mig själv i spegeln. Sen så har jag tänkt liksom, ja men jag opererar bort ”man boobsen” [brösten], så att jag har lite mindre ”man boobs”. Men sen så är jag rädd liksom, på grund av att den tekniken inte har gått så långt framåt ... så har jag svårt med liksom där nere [underlivet]. Och jag kommer alltid ha kromosomerna xx, och det är jobbigt att tänka på [...] Jag har fortfarande xx-kromosomer. Och om jag slutar hormonbehandlingarna så kommer många av dom här effekterna gå bort. (Elias)

Nya önskade normer

Detta tema handlar om hur personerna, genom sin transition, mötte normer som var nya för dem. Dessa normer kunde dels omfamnas och upplevas som positiva, dels uppfattas som begränsande. De fyra undertemana är ideal, lära om, frihet från och motstånd mot könsnormer och krävande heteronormer.

Ideal

Deltagare som kommit ut mötte ideal med förväntningar på kroppen, intressen och beteenden baserat på könsnormer. Att komma ut innebar med andra ord inte bara möten med nya positiva ideal och förväntningar, utan också önskade könsnormer och ideal.

Flera transmän beskrev att de förväntades uppfylla manliga kroppsideal, såsom att ha stora muskler och djup röst, medan transkvinnor upplevde att kvinnliga skönhetsideal vad gäller kroppslinjer och kläder blev påtagliga. Deltagarna blev på ett nytt sätt medvetna om könsnormer, föreställningar och förväntningar som skapar en skillnad mellan kvinnor och män. Utöver det kroppsliga fick både transkvinnor och transmän ett nytt bemötande när andra tolkade dem i enlighet med deras könsidentitet. Robyn, som är transkvinna, berättade:

Jag har blivit alltmer mottaglig för just det kvinnliga skönhetsidealet, och det har gjort mig ganska ledsen vid ett flertal tillfällen [...] att jag känner att jag inte kommer vara attraktiv som kvinna. (Robyn)

Mötet med önskade ideal kunde upplevas som nedslående och hindra känslan av könskongruens. En skillnad i bemötande var att transmän i högre grad blev lyssnade till medan transkvinnor i högre utsträckning förminskades och utsattes för sexuella trakasserier.

Lära om

Flera deltagare pratade om behovet av att lära om gamla beteenden i relation till könsidentitet och könsuttryck efter att ha kommit ut som transperson. Tidigare strategier hade gått ut på att försöka passa in i det kön de tillskrivits vid födseln, och de kunde vara svåra att bryta, särskilt som det hade varit ett sätt att undvika våld. Några deltagare berättade att de hade anpassat sin röst eller förstärkt könskodade beteenden som ett skydd mot olika former av utsatthet.

Alexandra, som är transkvinna, berättade att hon tidigare varit tvungen att försöka leva upp till manligt kodade sätt att bete sig för att undvika att bli trakasserad och slagen av sin bror:

När jag gör det [talar i ljusare röstläge], så tror jag att alla kommer mörda mig. För mina instinkter säger det. Det är därför jag skakar, för att jag får de här fight-or-flight-reflexerna. (Alexandra)

Relationen till sin könsidentitet innehåller alltså för vissa deltagare olika former av trauma. För vissa blev relationen till könsuttryck som att ”ta på sig en mask”, i form av utseende och beteenden, och för en del blev det svårt att ta av den masken.

Philip, som är transman, berättade om tiden det tog för honom att vänja sig av med gamla mönster och bli van vid nya beteenden:

Som en osäker tonåring kände jag bara att ”Nej, jag vill hellre ha stöttning och glädje från människor runt mig än vad jag vill ha rätt kläder på mig”. [...] Det var viktigare för mig att passa in i den här lilla sociala cirkeln som jag hade, än att se mig själv i spegeln, om man säger så. [...] Men det blev ju ... Ju mer jag gjorde det, och ju mer positiv förstärkning jag fick, desto jobbigare blev det att ta av det. Och det kämpade jag med även när jag hade kommit ut för mig själv. Det var inte så att direkt när jag kom ut för mig själv, så släppte jag det, utan det var en lång process att vänja mig av vid att bära den masken eller utklädnaden eller vad man ska säga. (Philip)

I Philips berättelse framträder relationen mellan den egna identiteten och omvärlden, där andra människors bekräftelse vinner över den egna självbilden.

Frihet från och motstånd mot könsnormer

Frihet från och motstånd mot könsnormer speglar det dubbla i att både vilja bli bekräftad i sin könsidentitet och vilja göra motstånd mot könsstereotyper för att försöka öka toleransen för könsöverskridande uttryck. En del upplevde en ambivalens mellan att protestera mot tvåkönsystemet och att vilja bli erkänd utifrån sin könsidentitet.

Genom transitionen ökade deltagarnas möjlighet att bli sedda av omgivningen i enlighet med den rätta könsidentiteten, vilket i sin tur gav dem utrymme att använda könsöverskridande uttryck även i relation till könsidentiteten. Detta kunde vara att ha klänning och ett mjukare sätt som transman, eller grova kängor och kort hår som transkvinna. När deltagarna tidigare använt dessa könsuttryck, innan transitionen, hade omgivningen könsbestämt dem inkorrekt och tolkat dem i enlighet med det kön de tillskrivits vid födseln. Transitionen gav alltså möjligheter till en mer nyanserad repertoar av könsuttryck.

Ikke-binära personer fann frihet i att använda alla könsuttryck, men också att det provocerade omgivningen som såg deras könsuttryck som ett sätt att få uppmärksamhet snarare än ett sätt att uttrycka sig.

Christian, som är ikke-binär, berättade att han/hen har svårt att uttrycka sin ikke-binära könsidentitet och att det är svårt att bli korrekt tolkad av omgivningen:

Men samtidigt så känner jag väl också ... Hur är man ikke-binär så att folk tror att man är ikke-binär?

[Ja, där är det inte lika färdiga former kring hur det ska vara.]

Nej exakt! Det är ju ... Det blir ju ur en normativ synpunkt så blir det lite ... det går inte riktigt

att visa på det sättet. [...] Men det är såhär, ska jag vara androgyn då? Eller ska jag ha en kjol och en kostym och en slips, eller alltså ... hur ska jag se ut? (Christian)

För icke-binära deltagare var det alltså svårt att bli tolkade i sin könsidentitet, eftersom allmänheten är ovana vid att tolka och erkänna könsuttryck utanför tvåkönsmodellen. Detta blev ett hinder från att uppleva könskongruens.

Krävande heteronormer

Ett återkommande tema var krävande heteronormer i form av förväntningar på att följa mönster för attraktion och sexuellt intresse, och vara sexuellt och/eller romantiskt intresserad av personer av ”motsatt kön”. Enligt deltagarna ökade dessa förväntningar under puberteten. De beskriver det som en period av förvirring kring sin sexuella identitet i förhållande till könsidentiteten, eftersom normer om attraktion är kopplade till manligt eller kvinnligt. Att omgivningen könsbestämde och läste dem som antingen män eller kvinnor och utifrån det förväntade sig en sexuell identitet påverkade deltagarnas förvirring. Deltagarna förklarade också att förvirringen ibland berodde på att de själva blandat ihop sexuell identitet och könsidentitet.

Psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada

Det andra analysavsnittet består av tre teman: ohälsa, suicidalitet och självskada, samt hjälpsökande.

Tabell 7. Översikt av huvudteman och underteman för psykisk ohälsa.

OHÄLSA	SUICIDALITET OCH SJÄLVSKADA	HJÄLPSÖKANDE
Dåligt mående som en ständig följeslagare	Olika funktioner	Hinder för hjälpsökande
Könsdysforin och andra stressfaktorer	Transspecifik självskada	Möjligheter till hjälpsökande

Ohälsa

En av de inledande intervjufrågorna som ställdes var ”Hur är det att må så dåligt att en vill göra illa sig själv?” Detta knyter an till två underteman: dåligt mående som en ständig följeslagare och könsdysforin och andra stressfaktorer.

Dåligt mående är som en ständig följeslagare

Att dåligt mående är som en ständig följeslagare är återkommande i intervjuerna. Den psykiska ohälsan är något som personerna har burit och bär med sig hela livet, i form av nedstämdhet och depressioner. Vissa har svårt att se en framtid utan psykisk ohälsa.

Robyn, som är transkvinna, beskrev det så här:

För jag har vid flera tillfällen tänkt ut att var jag skulle göra det, och liksom hur jag skulle göra det, och hur jag skulle kunna få folk att inte stoppa mig i tid. Det är en ... jag är helt avtrubbad inför den tanken vid det här laget. Och det har jag haft i många, många år. Jag tror att tidigaste fallet av det, det är väl när jag var tio år, eller till och med yngre. [...] Och grejen är att jag brukar oftast säga att jag är lite trött på livet, det är överväldigande och det är påfrestande, och jag vet inte om jag orkar alltid. Men jag orkar heller inte ta mitt eget liv. (Robyn)

Att må dåligt innefattar, i intervjuberättelserna, att ha bristande energi. En del känner, på samma sätt som Robyn, att energin inte räcker till att varken leva eller dö.

Tintin, som är transman, beskrev hur han/hen tenderar att fastna i en nedåtgående spiral av negativ självbild:

Så det är lite sådär ... Ja, men jag suger ju för den här anledningen att jag inte passerar som vad jag känner mig som [...] Och sen så kommer, ja ”men har du tänkt på den här dåliga aspekten av dig själv också”. Hoppas in där med. Så det är väldigt mycket känslor åt alla möjliga håll, och jag vet inte, jag sjunker väl ner i ett hål av ... ”Jag kommer aldrig komma någonstans med min existens ändå.” Så det är väldigt mycket där jag hamnar. [...] Ja, men då är det mer liksom ... Ja, men den här grejen: ”Har du tänkt på ditt cv?”, ”Har du tänkt på den här saken?”, såna saker. Liksom att allt hoppar in på samma gång då.

[Så att det blir som en dipp och sen så ramlar allting ner i det där hålet?]

Ja men precis. Det är väl ungefär det som händer. (Tintin)

I en spiral av negativ självbild, låg energi och känslighet för stress, förekommer ibland självskada som ett sätt att hantera vardagen. Som beskrivs ovan kan den psykiska ohälsan och könsdysforin skapa en sårbarhet för stress och motgångar. Intervjupersonerna berättade också om kränkningar under skoltiden som lett till en känsla av att vara värdelös och oduglig, och har gjort det svårt att bygga upp självkänslan och självförtroendet igen utan hjälp. I upplevelsen av stress och utsatthet, kopplad till en negativ självbild, finns också könsdysforin. Ibland förstärker dessa negativa upplevelser varandra.

Könsdysforin och andra stressfaktorer

Könsdysforin och andra stressfaktorer framkommer som sammanflätade snarare än separata tillstånd. Som tidigare nämnts har många deltagare olika neuropsykiatriska diagnoser och depressioner, och enligt intervjuerna kunde dessa tillstånd förstärka den psykiska ohälsan i form av exempelvis könsdysfori som är kopplad till att ha en transidentitet. En del intervjupersoner berättade att deras psykiska ohälsa ibland hade varit ett hinder för att utforska transidentiteten. De hade kämpat med depressioner och ångest, och kunde ofta inte sätta ord på sina känslor. När de började formulera den könsdysfori som de upplevde och själva såg sambandet till trans uppstod inte sällan rädsla eller oro. Deras föreställningar om trans var färgade av samhällets negativa attityder, vilket skapade ett självstigma.

Intervjudeltagarna med psykiatriska diagnoser, psykiska besvär och könsinkongruens var oroliga för att de psykiatriska diagnoserna skulle hindra dem från att få en könsdysforiutredning.

Tintin, som är transman, berättade:

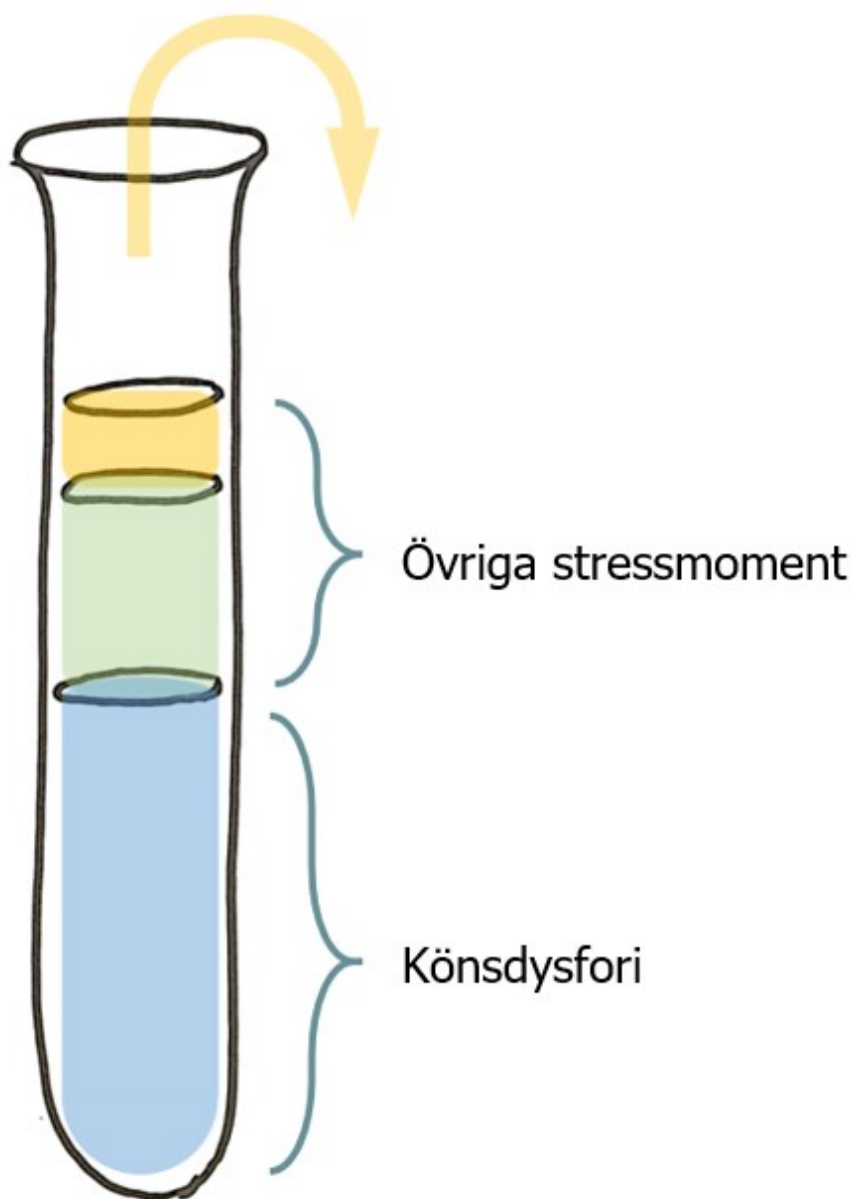
Tänk om jag inte liksom lyckas lösa mina problem tillräckligt tills jag kommer till transmottagningen och att dom säger: ”Ja, du måste ha löst det här först”. (Tintin)

Könsinkongruensen och den eventuella könsdysforin beskrevs alltså både som en del av psykiskt dåligt mående i stort och som något som är isolerat från andra psykiatriska diagnoser.

Könsdysforin var ett stort problem i deltagarnas liv, och blev en central tyngd som skapade en grundläggande sårbarhet. Detta gav i sin tur mindre utrymme för stress och en ökad känslighet

för psykisk ohälsa. Under intervjuerna ledde detta fram till en illustration i form av ett provrör för att beskriva komplexiteten i den psykiska hälsan med könsdysfori och andra stressfaktorer.

Figur 1. En beskrivning av hur stress kan ses som vätska i ett provrör.



Figur 1 beskriver hur stress kan ses som vätska i ett provrör. Könsdysforin finns längst ner i röret. Röret fylls sedan med andra stressfaktorer som inte relaterar till trans, exempelvis oro för ekonomin. När röret blir fullt rinner det över, och det ökar risken för tankar på självskada och suicidalitet.

Gaby, som är icke-binär, beskrev att hon/hen skadade sig själv samma dag som intervjun hölls då hon/hen hamnade i en krävande situation:

Redan innan har jag liksom könsdysfori. Och har liksom det i bagaget. Så jag är ju mer känslig för saker som till exempel stress i form av plugget. [...] Könsdysforin har aldrig varit ett direkt problem för mig men i och med att jag har den så har allting annat som kommer ovanpå det ... Det har liksom gjort så att ... Okej, det kanske behövs ... jag kanske har nio utav tio för att

liksom bara brista ihop och liksom ... liksom att jag inte klarar av stress eller nånting liknande på grund av könsdysforin. Och sedan har vi då den här tentan som till exempel var i dag, den kommer och lägger på två.

[Ja, just ja. Och då tippas det över.]

Precis, då tippas jag över och det är liksom bara, poof! (Gaby)

Även andra intervjudeltagare beskrev att könsdysforin fyllde upp röret i olika utsträckning beroende på tid och plats, och framför allt att könsdysforin tog mindre utrymme ju bättre kropp och könsidentitet stämde med varandra, även om den kanske inte försvann helt. På det sättet skapades en ökad stresstolerans. Könsbekräftande behandling minskade risken för att det rann över och upplevdes minska risken för självskada och suicidalitet.

Suicidalitet och självskada

I intervjuerna finns återkommande berättelser om psykisk ohälsa och psykiska besvär som startade tidigt i livet, i några fall vid förpubertal ålder. Den psykiska ohälsan mynnade ut i tankar om självskada och suicidalitet, som i flera fall sedan utvecklades till aktiv självskada och suicidförsök. Underteman för självskada och suicidalitet är olika funktioner och transspecifik självskada.

Olika funktioner

Att skada sig själv hade olika funktioner enligt intervjupersonernas berättelser. Det kan röra sig om att dämpa ångest, känna kontroll, känna sig verklig, leda ilskan inåt i stället för utåt, straffa sig själv eller ropa på hjälp.

En ångestdämpande, lugnande funktion beskrev Lee, som är icke-binär:

Det var lugnande på nåt sätt att planera mitt självmord och sen bestämma att ja, jag ska göra det på den här dagen och jag ska göra det så. (Lee)

Att det kunde upplevas som ångestdämpande att skada sig själv sa också Philip, som är transman:

Definitivt ångestdämpande, och sen så var det väl också, det låter väldigt konstigt men det var ett sätt att ta makt över min kropp även om det var att förstöra den. På vissa sätt så kände jag att då hade jag kontroll över vad som hände, vilket ju alltså ... Jag tycker det är lite obehagligt att tänka på att jag, att det var det som skulle till för att jag [skulle känna] att jag ägde mig själv. (Philip)

I Philips berättelse finns också funktionen av upplevd kontroll. Självskada beskrevs även som en möjlighet att ta kontroll över den kropp som inte upplevs samarbeta eller tillhöra en själv, och som dessutom diskvalificerades av det omgivande samhället. I detta finns också spår av att självskadandet får personen att känna sig verklig.

Funktionen att omdirigera utåtagerande ilska och aggressivitet till självskada och suicidförsök framkom också, att skada sig själv i stället för andra. Christian, som är transman, berättade så här:

Jag föredrar att jag gjorde det mot mig själv än mot andra, ungefär. För att det var ungefär under samma period när jag slutade ta all aggression utåt, så blev det ju inåt i stället. (Christian)

Christian kände att han genom sitt agerande skyddade andra runt sig.

Att skada sig själv kunde också vara ett sätt att straffa sig själv. Deltagarna beskrev erfarenheten av suicidalitet och självskada som en tung börda att bära med sig genom livet, snarare än någonting som personen lämnar bakom sig för gott. Dessutom var det skrämmande att veta att de hade kapaciteten till självskada, att de förlorat spärar som hindrar en person från att skada sig själv.

Vissa intervjupersoner ville att andra skulle se och reagera på deras självskador, som kanske var synliga. De beskrev att självskada och suicidalitet var ett sätt att ropa på hjälp och visa hur dåligt de mårde. De kan också verka tillsammans med olika invanda beteenden och reaktionsmönster vid psykisk ohälsa och vara ett sätt att känna sig verklig, få bekräftelse och synas. Carl som är transman beskrev det så här:

Jag försökte prata med människor men det var ingen som tog tag i det och min familj förstod inte och då jag bara ... ”Okej men jag mår så här dåligt, jag måste visa hur dåligt jag mår så att någon kan förstå”. Snälla hjälp mig liksom. (Carl)

Självskada och suicidtankar fyller alltså olika funktion i intervjudeltagarnas liv, och flera funktioner kan vara aktuella för en individ. Vissa former av självskada bland deltagarna kan kategoriseras som generella och typiska för självskada, såsom att använda droger och alkohol, utsätta sig för fara och sexuellt risktagande, eller skära, sticka, nypa och slå sig själv. Andra former var mer specifika för målgruppen och kan kategoriseras som transspecifik självskada.

Transspecifik självskada

Transspecifik självskada återkommer i deltagarnas berättelser. Självskada och suicidalitet beskrevs som direkt kopplade till könsdysfori genom att könsdysforin skapar ångest och oro. Den transspecifika självskadan handlade för vissa om att ta kontroll över en kropp som inte upplevs lyda. Emma, som är transkvinna, berättade att hon tidigt i livet tänkte att även hennes döda kropp skulle vara feminin:

Om jag gör det [suicid] så ska jag förvrida min kropp så att man inte kan identifiera mig som maskulin. (Emma)

Detta var strax efter att hon insett att hon är trans, och Emma ville alltså se till att hon vid sin död inte tolkades som det kön som hon tilldelats vid födseln. Därför behövde hennes fantasier om att ta sitt liv också inkludera att hon förstörde kroppen så att den skulle tolkas som kvinnlig.

Att inte bry sig om kroppen eller känna ångest och motvilja inför den egna kroppen ledde ibland till missbruk av droger eller sex. Personen tog inte hand om sig och gav uttryck för ett ökat riskbeteende. Flera hade också medvetet skadat könskodade kroppsdelar, exempelvis genom ätstörning. Några deltagare beskrev att ätstörningarna syftade till att få bort kvinnligt kodade former. Andra undvek att aktivera kroppen för att slippa bli påmind om den, eller för att med mer fettmassa mjuka upp en hårdare manligt kodad kropp.

Hjälpökande

Inte alla som deltog i studien hade sökt hjälp för sin psykiska ohälsa, men de som gjort det hade oftast fått hjälp att söka vård. Ofta var detta efter att skolan slagit larm, eller när en anhörig sett att personen mådde dåligt. Några hade själva bett om hjälp. Hinder för hjälpsökande och möjligheter till hjälpsökande är återkommande ämnen i intervjuerna.

Hinder för hjälpsökande

Hinder för hjälpsökande kunde vara en normalisering av suicidalitet och självskada på nätet. Planer och impulser om att skada sig själv eller ta sitt liv var inspirerade av filmer, böcker eller sociala medier. Carl, som är transman, berättade att det online anses normalt att personer skadar sig själva. Han upplevde att beteendet var accepterat och att ingen sa ifrån, utan att han snarare blev uppmuntrad till att självskada. För vissa deltagare är självskada en återkommande vanemässig impuls, medan andra gör planer för att självskada sig.

Ett annat hinder var en känsla av att inte vilja vara till besvär eller vara en belastning för andra. Flera deltagare trodde inte att de mådde tillräckligt dåligt för att få hjälp, och för att inte bli avvisade undvek de att söka hjälp. I vissa fall var detta endast en negativ förväntan och någonting som inte infriades om de väl sökte hjälp. I andra fall hade denna oro förverkligats.

I intervjuerna finns berättelser om att skämmas över att vara trans och över sina suicidtankar. Leo, som är transman, berättade:

Det känns ju väldigt liksom förnedrande på ett sätt liksom. Att man gör så mot sig själv, att man får såna tankar tycker jag. Att man inte liksom tycker om sig själv är väldigt svårt. Och känna att det liksom inte finns någon utväg, att man inte orkar mer. (Leo)

Skam gjorde att intervjupersonerna undvek att söka hjälp och att de försökte dölja självskada genom att ha heltäckande kläder, eller genom att skada sig på ställen där det inte syntes. Lo, som är icke-binär, berättade att hen skadade sig själv och sökte vård för det, men fick varken ett bra bemötande eller stöd:

[Läkaren sa:] ”Ja, ja det är nog bara att du rispar dig lite. Det är inte att som att du behöver söka vård för det”. (Lo)

Känsla av skam kring sitt dåliga mående, självskada och suicidalitet, gjorde att vissa personer undvek att söka hjälp. Skammen var relaterad till att inte kunna hantera vardagen så som alla andra personer verkade kunna, men också till den psykiska ohälsan, till könsinkongruens, och till att inte kunna leva upp till de förväntningar som fanns på det kön individen tillskrivits vid födseln. Skammen och stressen över att anses avvikande ökade i och med försöken att passa in. En del deltagare ansåg att de förtjänade att må dåligt.

Neo, som är transman, beskrev att han hade vägrat att söka hjälp på barn- och ungdomspsykiatri (BUP) för sin självskada trots att hans mamma försökt få honom att göra det:

Det har väl dels varit att jag har känt att jag har förtjänat att må dåligt. Jag har förtjänat att ha ont. [...] Men det var väl att jag inte tyckte att det var någon fara. Det är folk som behöver mer hjälp än mig, och just för att det var självorsakat, alltså det är något som jag har valt kan man väl säga, eller som jag ansåg att jag valt. Och därför så är det ju mitt eget fel, och därför så slösar jag på resurser. [...] Man vill liksom inte sätta fokus på sina problem heller, man vill inte släppa ut sina egna, för mig var det så, sin smutstvätt för allmän beskådning så att säga. (Neo)

Flera sa att de skämts över sitt dåliga mående, och inte velat visa upp det för omgivningen, och i vissa fall hade de inte insett allvaret i situationen. Att problemen förminskades, kombinerat med ett lågt självvärde, angavs vara ett hinder för att söka hjälp för psykisk ohälsa. Intervjudeltagare beskrev också att de i perioder med mycket dåligt mående inte hade tillräcklig energi för att kontakta vården. Monica, som är transkvinnor, beskrev det så här:

Jag sökte inte hjälp för det [självordstankar]. Inte först i alla fall. Utan det var ... alltså jag sökte inte riktigt hjälp för jag visste inte riktigt vad jag skulle söka hjälp för. Liksom jag visste inte vad det här var för nånting. Utan typ jag var väldigt vilsen då också, jag höll på göra slut med personen jag var ihop med. Så det var ganska körigt och känslomässigt då, så att jag hade inte så mycket kapacitet till att liksom tänka på det här, och göra en fullständig analys. Utan det var nånting som fick knuffas undan lite, för att jag inte hade plats i huvudet. (Monica)

Vissa hinder för att söka hjälp var direkt relaterade till att vara transperson i mötet med samhället. Flera beskrev att vården har begränsad kunskap om trans och att de ofta varit tvungna att ta en undervisande roll i mötet med vården. I vissa fall var problemen direkt relaterade till transfrågor, och flera var oroliga för att de behövde komma ut för vårdpersonalen för att få den hjälp som de behövde. I intervjuerna återkommer en rädsla för att möta vårdpersonal som skulle kunna förneka transpersoners existens, eller förlöjliga transerfarenheter. Detta förstärktes i de fall där personen skulle ha behövt få hjälp med att förhindra suicidalitet eller självskada. Elijah, som är transman, sa så här:

Flera gånger ... jag har dragit mig för att söka hjälp. Och ibland har det också varit just för att jag inte orkar med att få en massa jobbiga frågor, och sånt ... om att jag är trans. [...] Jag blir som "spokesman" för alla transpersoner helt plötsligt, och jag kan inte vara där som patient. (Elijah)

Individer med transerfarenheter upplever alltså att de inte kan vara patienter utan måste vara experter, eller representanter för transpersoner, och ha kunskaper som olika delar av vården inte har. Det hindrar en del deltagare från att söka stöd och hjälp från vården.

Leo, transman, berättade:

Första gången jag pratade med någon om att jag var ätstörd var på en ungdomsmottagning, då började det med att jag gick dit för det och det slutade med att vi hade typ fem sessions där jag fick berätta om trans för den personen, och det var det enda vi gjorde.

[Var det kring hur du kände kring det, eller var det att du skulle förklara?]

Nej, det var väldigt mycket att jag bara skulle förklara hur jag funkade och vad olika transord betydde. Det var liksom ... Ja, jag vet inte. "Varför har du långt hår om du vill vara man?" [...] Det var verkligen välmänt, alltså det var med glädje som hon då fick lära sig om det här. Hon ville verkligen och tyckte det var spännande men det var ju inte ... Jag hade ju kanske behövt lite hjälp. (Leo)

De intervjuade vill få ett individuellt bemötande som vilken patient som helst, i stället för att bli reducerade till ett fenomen.

Kim, som är icke-binär, beskrev att hen inte vågade ringa till Självmordslinjen:

Jag ville såhär prata med typ såhär självmordsstödlinjen men jag kunde inte prata med dem utan att såhär komma ut och jag vågade inte prata om det när jag var hemma för att jag var rädd för att mina föräldrar skulle höra mig genom väggen liksom. Och jag inte trodde, eller jag var rädd för att de, att jag inte skulle få bo kvar hemma om de visste att jag var queer liksom. (Kim)

Oron för att inte bli accepterad av sina föräldrar på grund av sin queera identitet hindrade Kim från att ta stöd av Självstödlinjen. Detta visar hur sårbara unga transpersoner är, och beroende av personer i sin närhet, i detta fall ekonomiskt och materiellt. Missuppfattningar och negativa föreställningar om transpersoner framstår alltså som hinder för att söka suicidpreventiv hjälp. För dessa transpersoner finns alltså fler faktorer som skapar sårbarhet för psykisk ohälsa, och transrelaterade faktorer som hindrar dem från att söka stöd och vård för att förebygga suicid, suicidalitet och självskada.

Vidare beskrev flera deltagare att de blev slussade runt till olika instanser inom vården till dess att de gav upp. Flera upplevde att möjligheten till stöd och vård minskade med åren och att de som äldre hamnade mellan stolarna. Flera deltagare hade kontakt med BUP som yngre, men i vuxen ålder var det svårt att veta vart de skulle vända sig. Som äldre upplevde flera deltagare att det var svårare att få den hjälp som de behövde. Övergången mellan barn- och vuxenpsykiatri beskrevs som bristfällig.

Lee, som är icke-binär beskrev följande:

Alltså när jag var på BUP så tyckte jag att jag blev väldigt bra behandlad. Jag tyckte att de liksom, jag hade ganska mycket tid med psykolog och sådär. Däremot så släpptes jag väldigt hux flux när jag fyllde 18. [...] Och sen efteråt så till hösten så började jag må dåligt igen och då kändes det som att jag inte visste vart jag skulle vända mig. (Lee)

Några deltagare hade, med hjälp av familjen, sökt sig till privata vårdgivare, vilket fungerade som en sista hjälpinstans. Därmed framstår ekonomi som ett hinder för att få adekvat hjälp, eftersom det blir en kostnadsfråga. Några deltagare berättade också att de inte hade råd att betala för den hjälp som de kände att de behövde.

Möjligheter till hjälpsökande

Möjligheter att söka hjälp framkommer som en viktig del för att ta sig ur självdestruktivitet och negativa spiraler av psykisk ohälsa. Alla deltagare hade inte sökt hjälp för sin psykiska ohälsa, men de som fått vård hade oftast fått stöd och hjälp i att söka vård. Det var främst föräldrar men även andra familjemedlemmar och vänner som hjälpt dem att inse behovet av vård.

Ann som är transkvinna berättar hur hennes flickvän till slut hade fått henne att söka vård:

Efter att jag hade berättat för henne [flickvännen] så var det väl ett halvår innan jag ringde och fick en tid på vårdcentralen. Hon sa till slut att: ”Det här måste du göra någonting åt”. Både det [könsdysforin] och också att jag hade olika självskadebeteenden och inte tog hand om mig själv och var deprimerad samtidigt. Att det var någonting som jag var tvungen att hantera också. (Ann)

Ungdomsmottagningar sticker ut som ett gott exempel på arenor där deltagarna kände sig sedda och fick stöd. Flera deltagare upplever att de mottagningarna är en trygg och kunnig startpunkt för deras hjälpsökande, vad gäller både transidentitet och psykisk ohälsa.

Viktiga instanser och möjliga förbättringar

Det tredje och sista analysavsnittet handlar om åtta instanser som enligt intervjupersonerna haft en viktig inverkan på deras identitetsutveckling, transition och psykiska hälsa (tabell 8). I avsnittet redogörs även för de möjliga förbättringar av instanserna som deltagarna föreslog under intervjuerna. De olika instanserna är: allmänheten och samhället, skolan, arbetslivet, primärvården och allmänpsykiatri, psykiatrisk vård: specialiserad psykiatri, transspecifik vård: utredningsteam, hbtq-nätverken och nära relationer, se tabell 8.

Tabell 8. Översikt av huvudteman och underteman för viktiga instanser.

ALLMÄNHETEN OCH SAMHÄLLET	SKOLAN	ARBETSLIVET	PRIMÄRVÅRDEN OCH ALLMÄNPSYKIATRIN
Attityder	Hbtq i undervisningen	Stöd och styrka inom arbetslivet	Bristande helhetssyn
Hot och våld	Kränkningar	Oro för nedsatt konkurrenskraft	Rädsla för att tala om trans
Samhällsutvecklingen	Stöd och hjälp från skolan	Upplevd diskriminering	
PSYKIATRISK VÅRD: SPECIALISERAD PSYKIATRI	TRANSSPECIFIK VÅRD: UTREDNINGSTEAMEN	HBTQ-NÄTVERKEN	NÄRA RELATIONER
Att ta upp transrelaterade frågor	Väntetider	Delade erfarenheter	Stöd och acceptans i nära relationer
Bristande kunskaper om transerfarenheter	Ojämlig vård Stereotypa krav som grund till beslut	Negativa sidor av hbtq-nätverken	Motstånd och oförstånd i nära relationer

Allmänheten och samhället

Allmänheten och samhället är de viktigaste instanserna eftersom dessa ligger till grund för övriga instanser. De övriga insatserna är givetvis en del av samhället men ges särskilt fokus nedan.

Attityder, hot och våld och *samhällsutvecklingen* är underteman i detta avsnitt.

Attityder

Attityder, idéer och föreställningar om kön och transpersoner återkom i intervjuerna. Deltagarna beskrev hur negativa attityder till transpersoner har direkt påverkan på deras liv, exempelvis genom att personer i deras omgivning inte vill erkänna att transpersoner finns. Missuppfattningar om trans förekommer också, där sexuell identitet och transidentitet eller crossdressing blandas ihop.

Vissa intervjudeltagare beskriver att transpersoner medialt framställs som skrattretande och löjliga och att detta påverkat dem.

Aron, som är transman, beskrev det så här:

När jag var liten så kollade jag mycket på [...] Family guy och de har mycket såhär skämt som dras om [trans]. Speciellt ett avsnitt där det är en karaktärs förälder som är transkvinna och så. Ja, hon typ gör en transition på en scen som är tecknat och sen så ligger en annan karaktär med henne och så får han reda på att hon är trans och så spy han i 30 sekunder, det är en hel scen. Och då blev jag såhär: ”Okej, transpersoner är äckliga.” En sådan ska jag inte vara. (Aron)

Vid sidan av bilden av transpersonen som skrattretande och löjlig finns idén om den tragiska transpersonen, med ett fokus på transpersoner som far illa, mår dåligt och kanske väljer att ta sitt liv. Flera intervjudeltagare beskrev hur denna bild gjorde att de blev rädda och oroliga när de upptäckte att de var transpersoner, och därför förnekade sina känslor och undvek att utforska sin könsidentitet.

Några upplevde att folk i omgivningen tyckte synd om dem, på grund av berättelsen om den tragiska transpersonen. Detta kunde skapa en känsla av att inte bli sedd som en individ.

Kim, som är icke-binär, sa så här:

Om folk också har en idé om vad det innebär att vara trans, så är det om att det är synd om transpersoner. [...] Jag känner [mig] lite förminskad av det. (Kim)

Deltagarna upplevde att de blir förminskade i de bilder och berättelser som finns i medier och populärkulturen, att de inte riktigt blir sedda som nyanserade och komplexa egna personer. De negativa attityderna till normbrytande könsuttryck och till transpersoner tog sig i uttryck genom att de blev uttittade, förlöjligade eller ifrågasatta. Ibland ledde de även till hot och våld.

Hot och våld

Hot och våld framkommer som en del av vardagen för de unga transpersoner som intervjuats, och särskilt transkvinnor. Genomgående ansåg också deltagarna, oavsett plats på transspektrat, att det förekommer mer transfobi mot transkvinnor än transmän.

Idéerna om och attityderna till transpersoner skiljer sig mellan olika transidentiteter. Icke-binära deltagare beskrev att de inte kunde uttrycka sin könsidentitet som de önskade eftersom omgivningen inte ens förstod att en könsidentitet kunde vara icke-binär. Folks behov av att könsbestämma dem tog sig dessutom ibland aggressiva uttryck. Detta ledde till att dessa deltagare ofta valde att presentera sig som ”man”, vilket kändes bättre än att presentera sig som ”kvinna”, trots att de flesta tillskrivits det könet vid födseln och det dessutom är lättare att bli läst och accepterad som.

Samhällsutvecklingen

Flera nämner samhällsutvecklingen i ett politiskt rörligt klimat med både en upplevd ökad öppenhet och en insikt om att rättigheter inte är givna. Den politiska utvecklingen med högerextrema grupper som får allt större utrymme i det offentliga rummet, upplevdes av flera av deltagarna som mycket oroande. I intervjuerna nämndes en rädsla för framtiden och samhällsutvecklingen, med exempelvis en risk för nedmontering av rättigheter och betydelsefulla lagar som direkt skulle kunna påverka deras liv som transpersoner.

Flera transkvinnor upplevde att just transkvinnor ses som ett hot mot politiska rörelser, specifikt radikala transexkluderande grupper, vilket minskar känslan av frihet. Intervjupersonerna nämnde också det mediala utrymme som har givits en amerikansk särgrupp som kallar sig för transexkluderande radikalfeminister, Trans Exclusionary Radical Feminism (TERF). TERF erkänner inte transkvinnor som ”riktiga” kvinnor eftersom de anses vara manliga förtryckare och förövarer som genom transitionen från man till kvinna har bibehållit sin makt som män, men nu även fått tillgång till kvinnliga rum (99). Denna idé tillhör en mycket begränsad grupp, men

deltagarna upplevde att den begränsar deras liv och förstärker en oro för att bli illa bemött på grund av sin transidentitet.

Elin, som är transkvinna, beskrev det så här:

I vissa transfobers ögon så är transkvinnor en ulv i fårakläder. Just den myten att det skulle röra sig om någon som förfalskar eller infiltrerar [...] Dom [radikalfeminister] ser mer transmän som förlorade systrar, än dom ser dom som ett hot, medan transkvinnor hotar deras bild av kvinnligheten och därmed blir fiende nummer ett. Det handlar om att man är rädd, att det alltså ... Jag har blivit kallad våldtäktsman av folk bara för att jag är trans. (Elin)

Denna idé om att våldsamt och makt är en biologisk given del för män har visat sig i att exempelvis Elin har blivit kallad för våldtäktsman.

Trots vissa negativa idéer och attityder i samhället upplevde flera deltagare att samhällsklimatet generellt har blivit bättre. Ökad öppenhet, ökad tolerans och bättre kunskaper bland folk i allmänhet har skapat bättre möjligheter för transpersoners livsvillkor.

De såg ett antal möjliga förbättringar i samhället och bland allmänheten:

- Behov av allmän transkompetens: Genom allmän transkompetens skulle transerfarenheter och transfrågor kunna normaliseras och stigmat minska. Det skulle innebära att personer med begynnande könsdysfori snabbare vågar söka hjälp för sitt mående, och i förlängningen skulle den psykiska ohälsan minska i gruppen och färre transpersoner skulle överväga att ta sitt liv.
- Nyanserade berättelser i medier om transerfarenheter: Den tragiska bilden av transpersoner som målas upp i medier behöver motarbetas, enligt flera intervjupersoner. Unga transpersoner skulle påverkas positivt av mer nyanserade berättelser, med olika slags transpersoner, som lyfter positiva sidor av att vara transperson.

Skolan

Skolan är givetvis en central plats i deltagarnas uppväxt, och här behandlas främst grundskolan och gymnasieskolan. Tre teman i intervjuerna är hbtq i undervisningen, kränkningar och stöd och hjälp från skolan.

Hbtq i undervisningen

Hbtq i undervisningen berör hur hbtq-begreppet togs upp som ämne i skolan, framför allt under sex- och samlevnadsundervisningen men även inom samhällskunskapen och biologin. Oftast låg dock fokus på homosexualitet och bisexualitet, medan undervisningen om trans och queer upplevdes som mycket begränsad. Enligt deltagarna verkade lärarna ofta genererade över att lyfta just hbtq. Ämnet tas ofta upp först i högstadiet, vilket enligt deltagarna är för sent eftersom missuppfattningar och negativa attityder då redan har formats.

Andra deltagare beskrev att lärare valde att ta upp homosexualitet, samkönat äktenskap eller samkönade personer som adopterar som diskussions- och debattämne där eleverna skulle öva argumentationsteknik. Dessa diskussioner upplevdes som mycket obehagliga. I vissa fall förstärkte dessutom läraren pågående kränkningar genom att i klassrummet förmedla och legitimerade negativa attityder om transpersoner.

Lo, som är icke-binär, beskrev hur en lärare under sex- och samlevnadsundervisningen uttryckte sig generellt om transpersoner som hopplösa fall:

[Läraren sa:] ”Det spelar ingen roll om transpersoner får vård eller hjälp eller inte, för förr eller senare så tar dom alltid livet av sig”. (Lo)

Ovanstående beskrivning visar hur kränkningar gav en känsla av, och ett slags bevis för, att något fel var på en som person. Attityder som tidigare legat under ytan lyftes upp och förstärktes i diskussionerna och gav grogrund för ytterligare kränkningar utanför klassrummet. Flera deltagare sa att det var under sådana diskussioner de hade format sin första förståelse av sin transidentitet, vilket skapade en osäkerhet.

Kränkningar

Kränkningar under grundskolan är en vanlig erfarenhet bland deltagarna. Det finns flera beskrivningar av att klasskamrater snabbt identifierade ett normbrytande beteende och att intervjupersonerna blev utvalda som ett objekt för kränkningar. Dessa tog sig olika uttryck, från tyst avståndstagande och exkludering till verbala kränkningar och fysiskt våld. Den samlade erfarenheten av kränkningar gav en dålig självkänsla som var svår att göra sig av med.

Elijah, som är transman, berättade:

Jag minns att jag var rädd och hade ångest, en klump i magen varje dag när jag gick till skolan. Och det är inte kul att gå och vara rädd varje dag, fem dagar i veckan. Det är inte kul att leva så, helt enkelt. Och det är samma att ... Ja, jag fick ju självmordstankar just för att jag kände mig som att det finns ingen utväg från det här. När man är i skolan, då blir det ju hela ens värld. Så jag kunde inte föreställa mig att det nånsin skulle kunna bli bättre heller. [...]. Men det var ändå väldigt jobbigt, för jag blev tillsagd att jag skulle gå och ta livet av mig. Just för att ... De sa till exempel att: ”Vi ska inte ha såna som du i samhället” och sånt där. Och det var ju också kring tiden då samkönade äktenskap faktiskt blev lagligt. Så då var det ju massa debattartiklar i tidningarna och på nyheterna. ”Ska vi ha det såhär och bla bla bla.” Och då det ledde ju till debatt inom klassen, och det var också väldigt jobbigt. Jag minns på en lektion i samhällskunskap så skulle vi debattera om ett ämne, och då valde läraren samkonat äktenskap. För att: ”Jamen det är aktuellt i media, det kan vi väl prata om.” Och då så blev det som att jag fick vara den enda icke-heterosexuella personen som fick debattera mot alla andra. (Elijah)

Vardagen i skolan innehöll idéer och uttalanden om att inte vara duglig eller värdefull, där suicid uppmuntrades. Flera berättade att inga aktiva insatser gjordes för stoppa kränkningarna, eller att eventuella insatser inte hade någon effekt.

Stöd och hjälp från skolan

Några deltagare hade fått stöd från lärare och uppmuntran att söka vård för den psykiska ohälsan eller genom att skolan larmade till BUP om detta. Vissa deltagare beskriver också att skola och lärare identifierade pågående kränkningar och lyckades få stopp på dem. Dessa beskrivningar var dock få, vilket visar att det finns utvecklingspotential inom skolans värld.

Deltagarna såg ett antal möjliga förbättringar inom skolan:

- En transkompetent sex- och samlevnadsundervisning i skolan: Det är viktigt med undervisning

som tar upp könsnormer, könsidentitet och sexuella identiteter, skillnader mellan biologiskt kön och könsidentitet, och vad det innebär att vara icke-binär. Det minskar avståndstagandet och stigmatiseringen, och ökar förståelsen och acceptansen av transpersoner. Eleverna bör få information om transpersoner tidigt i skolundervisningen, gärna innan puberteten för att tidigt kunna sätta ord på sina känslor och erfarenheter.

- Ökat ansvar på skolpersonal för att förebygga psykisk ohälsa och identifiera suicidnära elever: Detta ansvar handlar inte om att skolpersonal ska agera som terapeuter och försöka lösa elevernas problem, utan att de ska ha grundläggande kunskap om signaler på psykiskt illabefinnande, våga se dessa signaler och ha en handlingsplan om de identifierar en elev som mår dåligt.
- Ökad kompetens om psykisk ohälsa och neuropsykiatriska diagnoser i skolhälsovården: Eftersom flera av deltagarna har olika neuropsykiatriska diagnoser önskar de att skolhälsovården fick mer kunskap om detta för att förstå hur man ska bemöta personer med dessa diagnoser. Dessa personer behöver också vara medvetna om att dessa barn i högre grad riskerar att råka ut för kränkningar.

Arbetslivet

Av 29 deltagare har 6 personer arbete, medan 2 kombinerar studier och arbete och 5 personer är arbetssökande. Arbete är en viktig del av personernas vardag, särskilt för de äldre personerna i gruppen som gått ut skolan. Arbetslivet framstår som en instans för stöd och styrka inom arbetslivet, men också för oro för nedsatt konkurrenskraft och upplevd diskriminering.

Stöd och styrka inom arbetslivet

När det gäller stöd och styrka inom arbetslivet har deltagarna med ett jobb kommit ut på sina arbetsplatser och tyckte att detta har gått bra. Deltagarna beskrev att speciellt chefer har arbetat aktivt med att alla skulle respektera deras namn och pronomen, och cheferna hade även uppmanat dem att säga till om det uppstod några problem. Flera har därtill upplevt att deras transerfarenhet kunde betraktas som en styrka för arbetsplatsen och ett bidrag till mångfald. De flesta deltagare som var aktiva i arbetslivet hade med andra ord inga problem inom just det. I intervjuerna fanns resonemang om att detta kanske beror på arbetslagstiftningen som förbjuder diskriminering på grund av kön och könsuttryck.

Oro för nedsatt konkurrenskraft

Oro för nedsatt konkurrenskraft, och för bemötandet på en arbetsplats, var starkast bland de deltagare som ännu inte var en del av arbetslivet. Denna oro berodde delvis på att vissa deltagare inte hade kompletta grundskolebetyg eller avslutat sin gymnasie- eller universitetsutbildning på grund av psykisk ohälsa. Några hade också varit sjukskrivna i längre perioder. De var därför oroliga över sina framtida möjligheter, och några frågade om det finns extra ekonomiskt stöd att söka för att kunna utbilda sig, trots tidigare eller pågående psykisk ohälsa, och i framtiden få arbete.

Elin, som är transkvinnor, beskrev hur hon känner inför arbetslivet:

Har en varit sjukskriven så länge i perioder som jag har varit så blir det också att man blir väldigt oanställningsbar eller vad man ska säga. Och jag har ingen formell utbildning utan jag är självlärd

och har jobbat ideellt [...]. Och det gör att man inte är så spännande kandidat innan utan då måste man få komma på intervju för att få visa att det här kan jag och det kan vara ganska svårt. [...] Och det är det som jag känner, att jag kommer aldrig att få jobb (Elin).

Elin upplever att hon inte uppfattas som anställningsbar och att hon inte ens kvalificerar sig till att få komma på anställningsintervjuer, eftersom en formell utbildning är det som räknas inom arbetslivet. Några deltagare känner, likt Elin, att de aldrig kommer att få ett arbete. Det skapar en upplevelse av att vara exkluderad från en del av samhället och vardagslivet, och det påverkar synen på den egna framtiden.

Upplevd diskriminering

Få personer tog upp upplevd diskriminering i arbetslivet, såsom att bli nekad ett arbete eller bortvald på basis av att vara transperson.

Aron, som är transman, berättade om sina erfarenheter i samband med en anställningsintervju:

Jag har bara blivit dåligt bemött en gång och det var på en intervju på en skola. Ja, jag bara sa hur det var på slutet utav intervjun [att han var trans] och man kände att det blev en spänd stämning i rummet och efter det så har jag ... även fast att jag har skickat mejl och sådant så har jag inte fått ett enda svar. (Aron)

Upplevelsen, trots oklar orsak, är att bli negativt bemött och exkluderad på grund av negativa föreställningar om transpersoner. De som ännu inte hade ett arbete var mest oroliga för att få ett dåligt bemötande eller bli diskriminerade. Det kan bero på en brist på positiva erfarenheter från arbetslivet, eller på erfarenheter av att ha blivit dåligt bemött i andra sammanhang. Intervjupersonernas berättelser från arbetslivet innehåller dock exempel på positivt bemötande, och förklaringen antas vara diskrimineringslagstiftningen.

Deltagarna såg ett antal möjliga förbättringar inom arbetslivet:

- Insatser för att inkludera transpersoner: Stöd för att fullfölja utbildningar.
- Ett aktivt antidiskrimineringsarbete: Ett tydligt budskap från arbetsgivare om ett aktivt antidiskrimineringsarbete som policy och i praktiken.

Primärvården och allmänpsykiatri

De deltagare som har sökt hjälp för psykisk ohälsa har haft kontakt med olika vårdinstanser, genom enstaka besök hos husläkare och ungdomsmottagning, regelbunden kontakt med kurator eller psykolog, eller slutenvård inom barnpsykiatri (BUP) och vuxenpsykiatri. När det gäller primärvården tog de upp en bristande helhetssyn och rädsla för att tala om trans.

Bristande helhetssyn

Bristande helhetssyn är ett problem inom primärvården och allmänpsykiatri, enligt intervjuberättelserna. Denna brist ledde till att deltagarna inte fick det stöd och den vård som de behövde, utan vården bestod mest av punktinsatser. Den bakomliggande orsaken till problemen eftersöktes inte.

Rädsla för att tala om trans

Rädsla för att tala om trans inom vården är återkommande i berättelserna. Flera deltagare berättar att de själva inte hade initierat samtal med primärvården eller allmänpsykiatrin om sin könsdysfori. Det berodde på att de ännu inte kunde formulera sin upplevelse av könsinkongruens och/eller könsdysfori, eller på att de skämdes över sina känslor kring trans. Intervjupersonerna kände också ofta att det inte fanns kunskaper om trans inom vården. Detta gjorde att de förlorade sitt förtroende för vården, och avstod från att ta kontakt igen trots att det egentligen behövdes.

Den bristande kunskapen om trans ledde också till att personen fick ta en undervisande roll gentemot vårdpersonal, i stället för att vara patient, och kanske inte fick den vård som de sökt. Vissa undvek att initiera samtal om trans eftersom de var rädda för att nekas transspecifik vård på grund av psykiatriska diagnoser, som kunde ha en mer akut karaktär än transrelaterade aspekter. Det fanns också en rädsla för att inte få hjälp med sin psykiska ohälsa om de också berättade om sina känslor kring sin könsidentitet.

Deltagarna såg ett antal möjliga förbättringar inom primärvården/allmänpsykiatrin:

- Ökad kunskap om transfrågor inom primärvården: Flera deltagare beskrev att de behövt undervisa vårdpersonal om könsinkongruens och könsdysfori, i stället för att själva få det stöd som de behövt. Speciellt gäller detta för vårdpersonal som möter personer med psykisk ohälsa. Det behövs för att patienten ska få hjälp med sin psykiska ohälsa som beror på flera olika faktorer. Exempelvis är depression, självskada och ätstörningar nära sammankopplade med könsdysfori.
- Stöd inom allmänpsykiatrin som tar hänsyn till könsidentitet och könsdysfori: Vissa upplevde att hjälpen var alltför ensidig och tog för lite hänsyn till deras könsidentitet. Personal inom allmänpsykiatrin lyfte exempelvis inte frågor om könsdysfori, utan de ifrågasatte oftare individens upplevelse av kön, och ställde kränkande eller irrelevanta frågor.
- Screeningverktyg för könsinkongruens: Det vore bra om vårdpersonalen öppnade för samtal om kropp och könstillhörighet, eftersom intervjudeltagare hade svårt att berätta om sina känslor. Ett förslag är att vårdpersonal använder ett screeningverktyg för att mäta könsinkongruens, liknande de som används för att mäta alkoholvanor.

Psykiatrisk vård: specialiserad psykiatri

Psykiatrisk vård är ett återkommande ämne i denna rapport om erfarenheter av psykisk ohälsa bland unga transpersoner. Att ta upp transrelaterade frågor och bristande kunskap om transerfarenheter är underteman i detta avsnitt.

Att ta upp transrelaterade frågor

Att ta upp transrelaterade frågor handlar om allt från frågor om könsidentitet och könsuttryck och frågor till erfarenheter av könsinkongruens och könsdysfori. Få hade upplevt att personal inom den specialiserade psykiatriska vården hade initierat samtal om könsdysfori och könsidentitet. Den som inte får genomgripande hjälp riskerar att tappa förtroendet för specialistpsykiatrin inom vården, och flera deltagare berättade att trots stora behov hindrade bristande tillit dem från att ta kontakt med psykiatrin och vården.

Elijah, som är transman, berättade om sin BUP-kontakt:

Hon [läkaren] skrev ut mediciner och bara ringde till mig typ en gång och sa: ”Så här, fungerar de?”, och då sa jag: ”Ja”. Och sen så var det typ inget mer med det. (Elijah)

Leo, som är transman, svarade på vad som hade hänt om det var någon inom psykiatrin som hade frågat om hans tankar om kroppen och identiteten:

Jag vet inte riktigt faktiskt. Jag tror att det hade varit intressant, särskilt under ätstörningsbehandlingen. Att liksom fråga varför. Det [könsdysforin] var en ganska stor anledning till varför jag var så rädd att gå upp i vikt. Jag kände att jag blev kvinnlig av det. (Leo)

Intervjudeltagare berättade om en upplevd konflikt mellan sina upplevelser av psykisk ohälsa och psykiatriska diagnoser, och sina upplevelser av sin könsidentitet. Detta skapar oro för att de inte ska få det stöd och den vård som de behöver, oavsett om den är relaterad till psykisk ohälsa eller könsinkongruens och/eller könsdysfori.

Leo, som har haft tät kontakt med vuxenpsykiatrin, berättade:

Alltså, jag har ju ganska mycket psykisk ohälsa, men den vård jag har fått har varit koncentrerad på att lösa mer basic grejer. Så jag har nog aldrig fått prata om att jag mådde dåligt om kring just könsidentitet.

[Vad var det för psykisk ohälsa? Och varför kunde du inte prata om könsidentitet där?]

Jag har depressioner, jag har social ångest och jag har haft en ätstörning. Så det är dom tre grejerna som jag har fått hjälp för. Jag tror anledningen till att jag inte pratade om transgrejen var dels för att jag kände väl mig inte ... Jag kände att det skulle komplicera grejer. Någoting som jag ville ha skulle ... Det skulle bli svårare att få det jag behövde om det dessutom blandades in att jag var trans. Även om jag numera tycker att det kanske var en lite överdriven tanke som hängde ihop med att jag inte trodde att jag skulle kunna accepteras. (Leo)

Deltagarna upplever och antar att de inte blir förstådda. Det medför att problem som är relaterade till könsidentitet och trans döljs, och det blir svårare att få kontakt med den transspecifika vården. Resultatet blir att en eventuell könsbekräftande vård fördröjs.

Bristande kunskap om transerfarenheter

Bristande kunskap om transerfarenheter är en återkommande erfarenhet bland deltagarna i mötet med specialiserad psykiatrisk vård. En del tyckte att de har fått bra och respektfull vård efter det att de hade kommit ut som trans, men andra beskrev att den specialiserade psykiatriska vården saknade kompetens om trans. Exempelvis använde vårdpersonal inte rätt namn och pronomen, eller verkade generade och obekväma, eller ifrågasatte personens upplevelse av könsdysfori.

Några deltagare beskrev också att vissa behandlingsstrategier mot psykisk ohälsa innebär ett ökat fokus på kroppen, exempelvis mindfulness och andra kroppsövningar. De kan dock vara direkt kontraproduktiva för en person med svår könsdysfori.

Philip, som är transman, berättade att de råd han fick vid ångestattacker inte fungerade ihop med hans könsdysfori:

De förstår inte hur det ter sig om man har dysfori, vilka situationer som utlöser det. [...] De

säger ”ta en kall dusch” [vid ångestattack] men då säger jag: ”Jag kan inte klä av mig liksom” [skrattar]. (Philip)

I intervjuerna framkommer det alltså att det saknas metoder som passar personer med både psykisk ohälsa och erfarenheter av trans.

Deltagarna såg ett antal möjliga förbättringar inom den specialiserade psykiatriska vården:

- En bättre övergång från barnpsykiatri till vuxenpsykiatri: Deltagarna beskrev att övergången från barn- och ungdomspsykiatri till vuxenpsykiatri inte fungerade. Som nyblivna vuxna visste de inte vart de skulle vända sig för att få vård, vilket höjde tröskeln för att söka hjälp.
- Anpassade hälsoråd: Vissa vanliga behandlingsmetoder inom psykiatri fungerar sämre för dem med könsinkongruens, och att kombinationen av dessa råd kunde få dem att må sämre.

Transspecifik vård: utredningsteam

Den transrelaterade vården är en viktig instans för deltagarna. Väntetider, ojämlik vård och stereotypa krav som grund för beslut är underteman i detta avsnitt.

Väntetider

Flera deltagare upplevde väntetider som frustrerande och stressande, särskilt mellan remiss och det första besöket på mottagningen. Av olika skäl hade många väntat med att söka vård, och kanske avvaktat tills de var helt säkra på sin könsidentitet och vad de ville ha för behandling. Vissa hade till exempel hört via olika forum på nätet att de måste veta vad de vill och behöver, annars kan man bli nekad transspecifik vård. När de väl bad om en utredning för könsdysfori var de mer än redo att påbörja den. Kötiden var dock sex till tolv månader, vilket skapade otålighet och frustration.

Ojämlik vård

Ojämlik vård lyfts återkommande i intervjuerna, och deltagarnas intryck var att den transspecifika vården är ojäm och ojämlik. Flera har haft kontakt med personer som utreddes på andra kliniker och upplevde att utredningarna skiljer sig mycket mellan klinikerna. Deltagarna såg också stora skillnader i hur långa kötiderna är, hur lång tid utredningar tar och vilka möjligheter till psykoterapeutisk behandling och stöd som finns under utredning och behandling. Dessa skillnader i väntetid och bemötande gav en osäkerhet i mötet med den transrelaterade vården. Själva utredningen beskrevs därtill ofta som mycket påfrestande, bland annat eftersom den konkretiserar könsinkongruensen. Lidandet blir alltså mer påtagligt under utredningen.

Stereotypa krav som grund för beslut

Deltagarna berättade om stereotypa krav som grund för beslut, där utredningen upplevs vara baserad på normativa föreställningar om kön och könsidentitet. Bland annat beskrevs att en transmans könsidentitet kunde bli ifrågasatt om han hade en rosa tröja och långt hår, och en transkvinnas om hon hade kortklippt hår och militärkängor.

Utredningsteam, inom specialistpsykiatri, sågs heller inte som en plats där en person fritt kunde ta upp sina tankar, sin oro eller sitt tvivel kring könsidentitetsfrågor. I stället ansågs det vara en plats där patienterna skulle bevisa att könsidentiteten var stabil och att de var säkra på

vilken behandling som önskades. Vissa deltagare tog därför inte upp ambivalens, oro eller psykisk ohälsa under utredningen trots att de mådde mycket dåligt psykiskt av detta.

Tintin, som är icke-binär, hade tre månader tidigare fått remiss för utredning:

Jag vet inte riktigt, men det är väl den, alltså den atmosfären. Jag har hört från andra [...] att man blir ofta ifrågasatt liksom. Att det känns som man ska komma dit och bevisa att man är en transperson, och dom gör allt i sin väg för att motbevisa och ... Jag vet inte riktigt, jag har fått ... av någon anledning så har jag hört från folk att det känns lite som så. Och det är väl liksom det lite, jag inte varit redo för riktigt ... att ändå våga säga emot. (Tintin)

Intervjudeltagare beskrev hur de under utredningen valde att förstärka attribut som överensstämde med normativa föreställningar om kön och könsuttryck. Bland deltagarna fanns dock också en motreaktion mot dessa upplevda krav.

Kim tyckte att personalen i utredningsteamet kan lära sig saker genom att möta olika och varierade könsuttryck:

Jag har läst om folk som frågar om de ska byta hela klädstilen eller någonting, och det tycker jag är lite såhär ... de får göra det om de vill, men utredningsteamet kommer aldrig lära sig att det finns variationer om de inte bemöter sådant. Om de inte träffar ... om det kommer säg en transkvinna som kanske gillar att ha på sig ... vi säger kostym då byxdress kanske det heter på kvinnospråk. [skrattar] Nej men en sådan där ... men jag menar det kan man väl ha liksom, och de måste lära sig att förstå. Och sen ska man vara sig själv, man kommer inte må bra av att spela teater. (Kim)

I detta sammanhang återkommer erfarenheten av att undervisa och utbilda vårdpersonal, men här ser deltagarna en möjlighet att skapa större medvetenhet och påverka bemötandet positivt. En del har också positiva erfarenheter i mötet med utredarkliniker. Några av de som har sökt till kliniken för att få hjälp med könsdysfori och sin oro kring könsidentiteten menar att de har fått ett bra stöd med utrymme att utforska och diskutera sina komplexa upplevelser.

Deltagarna ser ett antal möjliga förbättringar för utredningsteamet inom den transspecifika vården:

- Kortare kötid för att påbörja utredning för könsdysfori: Det framhålls som relevant av intervjudeltagarna som upplever att vården är ojämlig. Vissa hade väntat i över ett år, och en del hade sökt sig till en annan klinik någon annanstans i landet.
- En fördjupad kunskap om normer och könsuttryck vid utredningsteamet: Utredningsteamet behöver ifrågasätta sin syn på kön och könsnormer. Deltagarna vill inte känna att de behöver spela teater av rädsla för att inte ses som tillräckligt manlig eller kvinnlig, för det skapar bara onödigt oro och ångest. De menade att det var fullständigt irrelevant vilka kläder en person bär, utan det var den inre känslan och eventuell könsdysfori som skulle ligga i fokus.
- Riktad information till anhöriga om transerfarenheter: Det var vanligt att anhörigas kunskapsnivå avspeglade allmänhetens attityder till transidentiteter. Deltagarna beskrev att de haft problem med att få sina nära att förstå deras behov av könsbekräftande behandling, och önskade att de anhöriga hade haft mer kunskap om trans och transspecifik vård. De önskade också att klinikerna kunde ge anhöriga mer riktad information om trans.
- Lättillgängliga stödgrupper för anhöriga: Stödgrupper för familj och anhöriga behöver vara mer

lättillgängliga, eftersom dessa grupper ökar möjligheter för anhörigas acceptans, förståelse och stöd.

Hbtq-nätverken

Olika hbtq-organisationer beskrevs som en viktig instans för deltagarna, med aspekter som delade erfarenheter och negativa sidor av hbtq-nätverken.

Delade erfarenheter

Delade erfarenheter med andra personer i liknande situation, i transrelaterade frågor och erfarenheter, framstår som en viktig del. I sådana grupper går det att få stöd under vägen fram till insikt om sin transidentitet eller icke-binära identitet, genom utredning och transition. Hbtq-organisationer fungerar som en plattform för information och kontakt, och därigenom går det att upptäcka eller få reda på mer om transbegreppet. Vissa hade bara haft kontakt på nätet, men personlig kontakt enskilt eller i grupper förekom också. Organiserade gruppaktiviteter och kurser hade varit till ytterligare hjälp, speciellt grupper som inriktade sig till personer som väntade på sin könsdysforiutredning och grupper riktade till anhöriga till transpersoner.

Kontakt med andra hbtq-personer gav alltså en känsla av gemenskap och trygghet där personen inte behövde förklara eller försvara sig.

Joakim, som är transman, berättade:

Men att, såhär omringa sig med andra transpersoner kan kännas mycket bättre, för man känner nästan likadant allihopa. Så då kan man vara mer bekväm i att man kanske kan bada utan att känna sig fruktansvärd på en offentlig plats eller nåt sånt. [...] Att man kanske kan gå runt i bara shorts och binder, till exempel, utan att det är fruktansvärt och att man ska känna sig utstirrad. Det är ju en liten lättnad i allting det också. Man försöker ju hitta varenda liten vrå av positivitet man kan få tag i. (Joakim)

För en del blir mötena med andra transpersoner en frizon från ifrågasättanden, som kan kategoriseras som mikroaggressioner, och det finns möjlighet att dela erfarenheter och knep. Samtidigt framkom negativa aspekter av dessa hbtq-nätverk.

Negativa sidor av hbtq-nätverken

Negativa sidor enligt deltagarna är att många personer i dessa hbtq-sammanhang, liksom de själva, har problem med psykisk ohälsa. Fokus i chatt och samtal blev då ofta på det. Till viss del fungerade detta som ett stöd i att de inte var ensamma med sina känslor, men det kan också bli en belastning att förväntas att stötta andra som mår dåligt. Gemenskapen i hbtq-nätverken kunde också tydliggöra skillnader i kötider till utredningsteam. För flera var det jobbigt att märka att andra personer kom vidare till utredning och behandling, medan de själva fortfarande stod i kö.

De flesta deltagare beskrev att hbtq-nätverken är inkluderande, men några kände att det finns vissa krav på hur en transperson ska vara. Det medför en känsla av att bli exkluderad. Vidare beskrev andra deltagare att det var svårt att hitta sammanhang som bara hade fokus på trans.

Love, som är icke-binär, berättade:

Det är svårt att hitta till transcommunityt på såhär nätet. För alltså ... det finns ju då typ hbtq-tidningar och sånt, men det finns ju inte någon specifik trans. Och hbtq-tidningar, även om dom säger hbtq, är det oftast H [homosexualitet], kanske lite B [bisexualitet], och dom andra har väl typ en artikel varje blåmåne. (Love)

Att vara en minoritetsgrupp inom en minoritetsgrupp gör att frågorna blir marginaliserade, och det är svårt att hitta mer transspecifika sammanhang.

Deltagarna såg ett antal möjliga förbättringar inom hbtq-nätverken:

- Tillgängliga trygga transgrupper och frizoner: Organiserade grupper som är tillgängliga på nätet och kan nås av de som bor på landsbygden. Deltagarna önskade också att transgrupper blir lättare att hitta för de personer som har behov att detta slags stöd.
- Positiva förebilder: Det är viktigt för unga personer att ha positiva förebilder, och att de kan träffa personer som genomgått sin transition och som mår bra. Dessa möten och gemenskaper kan civilsamhället bidra med.

Nära relationer

Nära relationer innebär relationer med anhöriga, vänner och/eller partner, med eller utan sexuella inslag. Här finns utrymme för både stöd och acceptans och motstånd och oförstånd.

Stöd och acceptans i nära relationer

Stöd och acceptans i nära relationer handlar framför allt om att föräldrar har fungerat som ett viktigt stöd i deltagarnas strävan mot könskongruens. De hade positiva erfarenheter av att föräldrar hade agerat förstående och tröstande och hjälpt personen att söka sig till rätt instanser för att få hjälp med sin könsinkongruens. Att anhöriga såg den positiva förändringen där personen mådde bättre efter att ha kommit ut påverkade stödet och acceptansen. Ofta förändrades också de anhörigas attityder när de hade deltagit vid anhörigsamtal på kliniken i samband med utredning eller hade medverkat i anhöriggrupper anordnade av hbtq-organisationer.

Några deltagare hade haft en partner när de kom ut som transperson. I vissa fall var det just partnern som hade uppmuntrat dem att söka hjälp och utredning. Processen att "komma ut som transperson" hade i flera fall medfört någon slags förändring i de pågående relationerna, och ibland var den positiv.

Mike, som är transman, beskrev det så här:

Min partners första reaktion var alltså så här, han var så här: "Åh, vad bra att du har kommit fram till det här men jag kommer att få lite ångest, för nu måste jag lista ut vem jag är", eftersom han var identifierad som straight. Så att han hade lite ångest över vem han var. Alltså, vad han tyckte om mig ändrades inte det minsta, och vad sa det om honom? Han fick en identitetskris.

[Klarade han av den då?]

Ja. Så nu har han kommit fram till att han uppenbarligen är hetero-flexible. Så att han är straight och sen finns jag [skrattar]. (Mike)

Personens transition kunde alltså påverka synen på relationen mellan könsidentitet och sexuellt

begär även för partner. I andra fall kunde nära relationer innebära motstånd och oförstånd.

Motstånd och oförstånd i nära relationer

Motstånd och oförstånd i nära relationer gällde ofta föräldrar. Flera berättade att föräldrar hade svårt att ta till sig personens nya namn och pronomen. Detta kunde pågå i många år och personerna kämpade med att ha tålamod även om det i längden blev mycket frustrerande. Fel namn och pronomen påminde personen om det som den hade lämnat bakom sig, samtidigt som det var ett tecken på att familjen inte helt accepterade personen. Att träffa sina föräldrar blev då förenat med stress, vilket ledde till att vissa deltagare undvek att ha kontakt med sina föräldrar.

I intervjuberättelserna finns också beskrivningar av att föräldrar, syskon eller partner reagerat direkt negativt på att personen kom ut som trans. I vissa fall ledde detta till att personen backade i sin komma-ut-process.

Carl, som är transman, berättade:

Jag kommer ihåg att hon [syster] stod ute i hallen och sminkade sig liksom, och så satt jag bredvid henne och jag bara pratade om det här och sa att: "Ibland känner jag mig som en kille", för att mjuka upp det lite så. [...] Och hon bara: "Fan vad konstig du är!". Och då tar man bort det igen, bara och ... så där sjönk allting undan igen. Och hon ... nu när jag pratar med henne i dag, hon mår jättedåligt över det. Men hon mådde inte heller jättebra i tonåren, så hon tog ut allt det över mig och liksom, det var ingen bra blandning liksom. Men det gick ut över mig och det gick ut över min könsidentitet och liksom hur jag mådde, så jag la ju undan det väldigt mycket längre. (Carl)

Systemens reaktion gjorde att Carl sköt på processen att komma ut, vilket i sin tur påverkade hans mående negativt. Carl beskriver också hur systemet så småningom ändrade sin inställning och senare blev ett gott stöd. Ett starkt initialt motstånd bland närstående beskrevs återkommande i intervjuerna.

Vissa deltagare beskrev att deras partner hade reagerat negativt och valt att lämna relationen i det skedet. Andra hade själva valt att bryta förhållandet eftersom det hade varit svårt att förhålla sig till partners negativa upplevelser av transitionen samtidigt som personen själv mådde dåligt. Flera berättade om skuld känslor för att de inte kunde ge sin partner det som en man eller en kvinna förväntas ge i en sexuell relation. Könsdysforin hade också en direkt inverkan på sexuella relationer. Eftersom kroppslig beröring gör en person mer medveten om könsinkongruensen mellan kropp och könsidentitet valde flera deltagare att inte ha några sexuella relationer alls, särskilt inte penetrerande eller omslutande sex.

Deltagarna såg ett antal *möjliga förbättringar* relaterat till nära relationer:

- Psykoterapeutisk behandling och stöd för närstående i samband med könsdysforiutredning: Syftet är att skapa goda förutsättningar för stöd till patienterna och möjliggöra goda relationer som hindrar ensamhet.
- Lättillgänglig och lättförståelig information om transerfarenheter till anhöriga: Informationen kan innehålla basfakta om utredning, hälsa och tips på hur anhöriga kan ge stöd, exempelvis det avgörande i att använda korrekt pronomen.

Diskussion

Transpersoner är en heterogen grupp som på gruppnivå har en ökad risk för psykisk ohälsa, självskada, suicidalitet och suicid (10, 40). I syfte att identifiera risk- och skyddsfaktorer för psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada har 29 unga transpersoner i åldern 16–26 år med erfarenhet av psykisk ohälsa intervjuats. Intervjupersonernas erfarenheter och berättelser har fokuserat trans, psykisk ohälsa, självskada och suicidalitet, hjälpsökande, samhällsstrukturer, sociala och individuella risk- och skyddsfaktorer och slutligen möjliga förbättringar av insatser.

Erfarenheter av psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada

Genomgående beskriver informanterna att psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada är nära förknippade med deras könsdysfori och att de förstärker varandra. Ett exempel är att psykisk ohälsa kan förvärras av att den transspecifika vården och tillgången till könsbekräftande vård uppfattades som ojämnt fördelad i landet. Samtidig psykisk ohälsa och samtidiga psykiatriska diagnoser kan även fördröja vårdsökandet, både för att den psykiska ohälsan hindrar personer från att orka eller kunna söka hjälp, och för att de är rädda att mötas av okunskap, nekas vård och få ett dåligt bemötande inom primärvården, allmänpsykiatrin, den specialiserade psykiatriska vården och/eller den transspecifika vården. Det är också känt att transpersoner har dåliga erfarenheter av vård och transspecifik vård och att det kan påverka hälsan negativt (61, 100).

Den könsbekräftande behandlingen beskrevs som livsavgörande och en förutsättning för att den psykiska hälsan ska förbättras. Ju mer könskongruens intervjupersonerna upplevde, desto större möjlighet hade de att tillgodogöra sig annan vård. Därför är det viktigt med en låg tröskel till vård och ett adekvat omhändertagande av både könsdysforin och annan psykisk ohälsa och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Faktorer som minskar tillgången till vård blir därför extra viktiga att undanröja.

Deltagarnas självskadebeteende liknar det som förekommer i andra grupper (9, 64, 76, 78-80) och syftet är att dämpa ångest, ge en känsla av kontroll, ge utlopp för aggression och fungera som ett rop på hjälp. Skillnaden är att personer med könsdysfori riktar skadan mot en kropp som de anser är fel, som de vill straffa och ta kontroll över, och som vissa försöker omintetgöra. Könsdysforin beskrivs som en underliggande orsak till självskadehandlingar, samtidigt som avskyn för den egna kroppen gör den mindre värdefull att skydda och därmed lättare att skada.

Risikfaktorer för psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada

Transpersoners psykiska hälsa påverkas av generella faktorer som är kända i studier av cispersoner, men också faktorer som är unika för hbtq-gruppen i stort och transpersoner specifikt. De generella faktorerna är kända och kommer inte att beskrivas närmare, men det är viktigt att komma ihåg att dessa också gäller transpersoner. Risk- och skyddsfaktorer kan förekomma på individuell nivå, social interpersonell nivå och samhällsnivå.

På samhällsnivå beskrev deltagarna att det finns bristande kunskaper inom vård och skola, långa köer till vård och ojämlik vård i landet. Dessutom menade de att behandlingsmetoder inom

psykiatrin och primärvården inte är anpassade för personer med könsdysfori, att gruppen osynliggörs i exempelvis sexualundervisningen, att det finns stereotypa uppfattningar om könsuttryck, homo- och transfobi och tvåkönsnormer och att det saknas positiva bilder av transpersoner i medier. Tidigare forskning har också visat en koppling mellan homofobi, bristande social integrering och suicidalitet eller självskada (71, 78, 84).

Sociala riskfaktorer är individens relation till gruppen samt normer och förväntningar. Enligt deltagarna är bristande socialt stöd och negativt bemötande i omgivningen riskfaktorer, liksom kränkningar och mikroaggressioner och bristen på positiva förebilder och trygga rum med gemenskap och möjligheten att bara få vara. Detta är i linje med tidigare forskning som visar att det finns transspecifika riskfaktorer såsom diskriminering, transfobi och homofobi (44, 45, 47). Dåligt eller inget stöd från familj och vänner i samband med komma-ut-processen är också associerat med psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada (72). En ytterligare riskfaktor som lyfts i materialet är att exkluderas från sammanhang som skulle kunna vara inkluderande, exempelvis att som transman bli illa bemött av feministiska grupperingar som ser transitionen från kvinna till man som ett hot.

Riskfaktorer på samhällsnivå och social nivå påverkar individen. Deltagarna berättade om låg självkänsla och svårigheter att bryta självdestruktiva tankar och handlingar, samt att de blev ifrågasatta i sin könsidentitet, att de inte blev lyssnade till och att de tvingades följa det kön som de tillskrevs vid födseln. Andra riskfaktorer är individuella och förstärker sårbarheten för psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada, såsom upplevelser av könsdysfori och könsinkongruens över längre tid, undvikande som strategi och bristande egen kunskap om könsnormer och trans. Omgivningens idéer om och förväntningar på heterosexuella relationer mellan personer som följer tvåkönsnormen hade gjort det svårt för några av deltagarna att finna könskongruens. Idén om att könsidentiteten avgör sexualiteten påverkar med andra ord transpersoner negativt, vilket ligger i linje med tidigare forskning (71).

Andra individuella riskfaktorer är att ha flera psykiatriska diagnoser och en ökad stresskänslighet. Resultatet överensstämmer med andra ord i stort med tidigare forskning som visar att psykisk ohälsa förvärras av internaliserat stigma som en följd av att ha blivit utsatt för diskriminering och trans- och homofobi (36, 44, 47, 68, 101). Erfarenhet av könsrelaterad diskriminering, verbal och fysisk utsatthet har också associerats med ökad risk för suicidförsök (45, 56, 60, 71, 75). Transpersoner som har utsatts för våld löper fyra gånger högre risk att försöka ta sitt liv (82).

Skyddsfaktorer som kan förebygga psykisk ohälsa

Skyddsfaktorer minskar den generella sårbarheten för psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada. Även om skyddsfaktorerna inte är många är de viktiga.

Samhällsstrukturella faktorer innefattar en skyddande och inkluderande lagstiftning. Diskrimineringslagen berör både arbetsliv och utbildningar, och eftersom könsidentitet och könsuttryck är en diskrimineringsgrund ses lagen som en viktig orsak till att intervjudeltagarna har positiva erfarenheter från arbetslivet. Tidigare forskning visar att skyddande lagstiftning och tillgång till välfärd (37, 82) samt reducerad transfobi i samhället på olika sätt förebygger psykisk ohälsa (36, 85).

Sociala skyddsfaktorer är kunskaper om trans och icke-binära identiteter samt ett positivt

bemötande av omgivningen. Här ingår förebilder inom medier, skola och arbetsliv, men också socialt stöd från omgivningen och sammanhang där andra har liknande erfarenheter. Gott stöd från föräldrar och vänner skyddar också mot suicid och självskada (36, 75). Forskning har även visat att kontakt med andra transpersoner tidigt under sin identitetsutveckling gör det lättare att förstå sin könsidentitet och minskar risken för suicidalitet och suicid (60).

På individuell nivå kan skyddsfaktorerna bestå i stöd från anhöriga, men även från andra personer såsom lärare och chefer. Andra skyddsfaktorer är att söka hjälp för könsdysfori och psykiatriska diagnoser, att vara öppen med sin könsidentitet i vissa sammanhang och i andra sammanhang undvika att vara öppen, samt att vid behov få genomgå könsbekräftande behandling och transition. Transition som en skyddsfaktor är i linje med tidigare forskning som visar att slutförd medicinsk transition och pågående könskonträr hormonbehandling skyddar mot suicidalitet och suicid (36, 77, 80). Även könsbekräftande kirurgi har i en nyligen publicerad svensk registerstudie samband med en förbättrad psykisk hälsa över tid (7).

Möjliga förbättringar som kan främja psykisk hälsa

Övergripande handlar de möjliga förbättringarna om insatser för att minska minoritetsstress, diskriminering, mikroaggressioner och internaliserat stigma, och därmed skapa bättre förutsättningar för transpersoner i samhället. Det handlar också om insatser för stärka individen att kunna nå könskongruens och könseufori, det vill säga känslan av välbefinnande i relation till sin könsidentitet och sin kropp. Eftersom denna studie undersöker just psykisk ohälsa bland unga transpersoner är det också viktigt att se till riktade insatser för att identifiera och ge stöd och behandling för psykiatriska diagnoser, och att generellt förebygga psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada.

Nedan beskrivs förbättringsområden inom olika instanser. Förslagen på förbättringar baserar sig på intervjupersonernas förslag, analysen av materialet och tidigare studier.

Skolan

Inom skolan finns behov av ett aktivt antitransfobiskt arbete och normmedvetet förhållningssätt som kan ge unga personer möjlighet att få vara den person som de känner sig som könsidentitetsmässigt.

Undervisning kan i vissa fall till och med öka stigmatisering, utanförskap och kränkningar utanför klassrummet. Här behöver skolan tänka om i sitt anslag och i sina budskap om trans eftersom det behövs en trans- och normmedveten sex- och samlevnadsundervisning. Det är därtill viktigt att arbeta aktivt mot kränkningar och att arbeta våldpreventivt.

Skolan kan till exempel fundera på hur transpersoner ska kunna byta om i skolan. Studievägledare med transkompetens kan möjligen öka chanserna för att dessa elever genomför sin utbildning.

Personal inom skolhälsan behöver vara medveten om transfrågor, psykisk ohälsa, särskilt suicidalitet och självskada för att tidigt ge stöd och hänvisa vidare till vården. På generell nivå gynnas transpersoners psykiska hälsa av de skolbaserade program som i dag finns för psykisk ohälsa och suicidprevention. Studier har visat att sådana skolbaserade suicidpreventiva program kan minska risken för suicidförsök och minska suicidtankar, även om effekten på antalet suicid

är oklar Skolpersonal kan ha en viktig roll i att identifiera tecken på psykisk ohälsa och identifiera elever med en ökad risk för suicid, suicidalitet och självskada, vilket kan minska antalet suicidförsök (46).

Fysisk aktivitet

Även om det inte var ett återkommande tema i intervjumaterialet är det relevant att lyfta fysisk aktivitet, såsom lagsport, gruppträning och annan träning i en offentlig träningslokal. Å ena sidan visar tidigare studier att fysisk aktivitet är associerat med en minskning av depressiva symtom och ångest och att frånvaron av fysisk aktivitet ökar risken för suicidalt beteende (102-104). Å andra sidan visar tidigare studier att transpersoner sällan tränar, delvis för att fysisk aktivitet i offentliga rum inte alltid är tryggt, delvis för att dessa personer har en negativ relation till kroppen (10). Att tillgången till fysisk aktivitet försvåras för transpersoner är särskilt problematiskt för de transpersoner som också har psykisk ohälsa. Därför har en normmedveten idrottsrörelse potential att öka ungas möjligheter att ha en aktiv fritid oavsett könsidentitet och att skapa det utrymmet för unga transpersoner både innan, under och efter en eventuell social och/eller medicinsk transition. Inom den könsuppdelade idrotten finns regler som blir särskilt kännbara för transpersoner. Att ha en trygg plats att byta om på inför fysisk aktivitet är också centralt.

Medier

Medierna är en annan aktör som påverkar unga transpersoners liv. Förebilder i form av transpersoner i det offentliga kan göra att unga transpersoner inte känner sig ensamma utan ser att det finns andra med liknande erfarenheter. Medialt handlar det om att visa hur transpersoner kan leva ett gott liv som transperson, i stället för populärkulturella berättelser där transpersoner endast gestaltas som tragiska eller avvikande, eller en negativ medierapportering som snarare ökar den psykiska ohälsan (65).

Arbetslivet

Arbetslivet framstår som en positiv arena, där särskilt diskrimineringslagstiftningen lyfts av intervjupersonerna. Arbetsgivare och arbetsförmedling ska erbjudas kunskaphöjande åtgärder vid behov. Andra möjliga förbättringar rör stöd till möjligheter att fullfölja utbildningar och en stärkt lagstiftning avseende att ändra sina personuppgifter i form av personnummer och förnamn i examensbevis och intyg på avklarade utbildningar. Andra studier visar att lagstiftningen kan ha en inkluderande och skyddande påverkan på hbtq-personer (37, 82).

Civilsamhället

När det gäller civilsamhället är det viktigt med ett fortsatt stöd till hbtq-rörelsers verksamhet, och då specifikt transinkluderande arenor. Att öka tillgängligheten i hela landet och på nätet är en viktig åtgärd för att skapa möjligheter till gemenskap och bryta isolering. Civilsamhället kompletterar exempelvis vården, bland annat genom att tillgängliggöra information om hur transpersoner kan söka vård och stöd. Personer som står i början av sin komma-ut-process behöver kontakt med andra transpersoner som har genomgått social och/eller medicinsk transition eftersom det kan ge hopp och realistiska förväntningar inför framtiden. Forskning visar också att framtidstro och hopp är en viktig faktor för resiliens och kan skydda mot suicidalitet och suicid (105-108), medan hopplöshet och pessimism ökar risken för suicidalitet, suicid och självskada (27, 109-111). Att bryta ensamhet och isolering är en annan viktig faktor som kan

förbättra den psykiska hälsan. Det sociala stödet inom olika områden har visat sig ha suicidförebyggande effekt (112, 113).

Hälso- och sjukvården

Vid olika typer av vård finns det flera sätt att främja den psykiska hälsan bland unga transpersoner. Psykisk ohälsa är vanligt vid könsdysfori, och en del av ohälsan beror på könsdysforin i sig. Den psykiska ohälsan kan också ha ett indirekt samband med könsdysforin, till exempel en oro för eller insikt om att den könsbekräftande behandlingen inte klarar att ändra allt på kroppen och att det ibland bara är möjligt att uppleva en viss ökning av könskongruensen. Den psykiska ohälsan kan också hänga samman med kränkningar och våld från omgivningen som reaktioner på könsöverskridande beteenden. Dessutom kan personer med könsdysfori ha psykisk ohälsa helt oberoende av könsdysforin. Det behövs mer kunskap om detta, både i den transspecifika vården och inom primärvård, allmänpsykiatri och specialiserad psykiatri. Den könsbekräftande vården behöver ibland kompletteras med vård för psykisk ohälsa som inte beror på könsdysforin. I dessa fall är det viktigt att den vården anpassas till transpersoners specifika situation.

Liksom tidigare forskning visar den här undersökningen att många har lågt förtroende för vårdpersonalens transkompetens inom primärvården inklusive allmänpsykiatri (113-115). Inom primärvården och allmänpsykiatri kan kunskaper om transpersoners hälsa och livsvillkor ingå i grundutbildningar för vårdpersonal för att öka transkompetensen inom primärvården. Dessutom behövs mer kunskap om bemötandet av transpersoner för att undvika att vården bidrar till minoritetsstress och mikroaggressioner. Om vårdpersonal vet mer om sambandet mellan psykisk ohälsa och könsinkongruens kan problem identifieras och behandlas tidigare, vilket skulle hindra onödigt lidande. Deltagarna vill också att vårdpersonalen öppnar för samtal om kropp och könstillhörighet, eftersom många hade svårt att berätta om sina känslor, exempelvis på grund av att de ännu inte hade funnit begreppet trans eller för att de kände skam. Primärvården skulle kunna använda ett screeningverktyg för att mäta könsinkongruens, liknande de verktyg som används för att mäta alkoholvanor.

Specialistpsykiatri blir därmed också central för dessa personer med psykiatriska diagnoser. Det behövs transanpassade behandlingsmetoder för ångesthantering och terapier som är riktade mot depression och ätstörningar samt psykoterapeutisk behandling för att behandla självstigma. En annan åtgärd är att öka skyddsfaktorerna och ge möjligheter till ökade copingstrategier. Detta kan ske via modifierad traumabehandling där erfarenheter av att ha blivit negativt bemött och utsatt för mikroaggressioner, våld och kränkningar kan bearbetas. Syftet är att minimera de samhällseliga och sociala riskfaktorerna för psykisk ohälsa.

Transspecifik vård genom utredningsteam handlar om tillgång till utredning för transdiagnostik. Väntetiderna till det första utredningsmötet behöver bli kortare, och en ökad medvetenhet om könsnormer och ett mindre könsnormativt synsätt i bemötandet behövs. Många patienter och anhöriga behöver ökat psykoterapeutiskt stöd under och efter den diagnostiska utredningen, särskilt transanpassad psykoterapi med fokus på att minska skam. Utredningsteam behöver därför stöd och ökad kunskap om psykisk ohälsa, och det behöver utvecklas metoder för att balansera diagnostisk utredning av könsdysfori och psykiatrisk eller psykologisk behandling av tillstånd som är relaterade till könsdysforin i sig och till en social och medicinsk transition. Ett sätt att säkerställa adekvat vård är att förbättra vägarna till psykiatriskt stöd genom ett ökat samarbete med andra former av vård och remittering till det som patienten behöver, exempelvis

dialektal beteendeterapi som fokuserar självskadebeteende.

Metoddiskussion

Den här studiens metodmässiga förtjänster och svagheter beskrivs nedan i relation till *tillförlitlighet, urval, mättnad, pålitlighet* och *överförbarhet* (97).

Tillförlitlighet handlar om hur väl data och analys adresserar studiens syfte och frågeställningar, och om studien lyckas fånga olika erfarenheter av fenomenet utifrån olika infallsvinklar (97). För att svara på studiens syfte användes flera rekryteringsmetoder och datainsamlingen gick relativt snabbt. Den mest effektiva rekryteringsmetoden var annonsering via sociala medier. Endast två intervjupersoner rekryterades via klinik, plus två som godkände att kliniken lämnade kontaktuppgifter till forskaren men som sedan inte deltog, vilket kan bero på hög arbetsbelastning på utredningsteamet eller att vårdpersonal fungerat som ”gate keepers”, och inte ville tillfråga patienter som de upplevt som sköra och sårbara. Det är etiskt korrekt, men påverkar också rimligen urvalet av personer där de personer som mår mycket dåligt inte representeras i studien. Ett annat alternativ hade varit att rekrytera via ungdomsmottagningar eller särskilda hbtq-mottagningar i landet, men studien lyckades rekrytera tillräckligt många deltagare ändå.

Urvalet är en av studiens största styrkor eftersom personer över hela transspektrat inkluderades. I början var det färre transkvinnor och icke-binära som deltog, och då genomfördes en riktad rekrytering. Genom den balanserades urvalet och studiedata blev mer diversifierade. Erfarenheter från tre grova grupperingar har inkluderats: transmän, transkvinnor och icke-binära personer. Till största delen hade dessa grupper liknande erfarenheter, men vissa unika erfarenheter identifierades också, exempelvis transkvinnors större erfarenhet av trakasserier och icke-binäras upplevelser av omgivningens behov av att kunna könsbestämma dem. Ytterligare en styrka med studien var att den inkluderar personer från landsbygd, mindre samhällen, mellanstora städer och storstäder. På så sätt framkom att det finns skillnader i möjligheterna att få stöd och hjälp via exempelvis hbtq-certifierade utredningsteam eller aktiva hbtq-nätverk. Materialet hade eventuellt stärkts och inkluderat andra aspekter om fler personer med utomeuropeisk bakgrund hade rekryterats till studien.

Mättnad säkerställdes genom fältanteckningar för att utvärdera materialets fyllighet. Efter intervju nummer 6, 12, 21, 23 och 28 värderades mättnaden i datan genom att formulera en preliminär förståelse av intervjuerna. Formellt uppnåddes mättnad efter 23 intervjuer, även om ytterligare 6 intervjuer genomfördes efter det, utan att några nya teman eller underteman framkom.

Pålitligheten i studien, alltså att intervjuerna höll rätt fokus (97), säkerställdes genom den vägledande intervjuguiden (bilaga 5). Intervjuguiden säkerställde också att alla intervjupersoner fick samma möjlighet att dela med sig av sina erfarenheter inom studiens alla områden. Intervjuerna täckte samma områden, men de utvecklades ändå över tid. Skillnader i intervjumiljö kan ha påverkat pålitligheten i data, för intervjupersonerna fick själva välja tid och plats för intervjun. Syftet var att skapa ett intervjuklimat som kändes tryggt och som mötte individens behov av integritet (87, 98). Intervjuaren var även noga med att inte ställa ledande frågor.

Analysen har skett i flera steg genom att kategorisera ämnen och upprätta teman och underteman. Intervjuare och de som analyserar materialet är medskapare till resultatet (96, 98). Forskargruppen hade också flera möten för att gemensamt diskutera datainsamling, dataanalys

och presentation av data. Folkhälsomyndigheten har sedan sammanställt och skrivit denna rapport baserat på det underlag som forskargruppen har levererat. Därmed har ytterligare tolkning och analys skett.

Överförbarhet avser i hur stor utsträckning resultaten kan överföras till andra grupper eller sammanhang (97). Denna studies resultat kan bidra till både den svenska och den internationella forskningen om unga transpersoner som lider av psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada, och kanske särskilt om unga transpersoner som också har andra psykiatriska diagnoser. De personer som valde att delta i studien kan dock skilja sig från de som inte deltog eller som aldrig fick information om studien. Denna kvalitativa studie kan inte visa om det finns något samband mellan psykiatriska diagnoser och könsdysfori.

Resultatet i denna rapport bygger på intervjuer som gjordes under 2018 med unga transpersoner, som har erfarenhet av psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada. De har berättat om aktuella erfarenheter av mötet med exempelvis skola, primärvård, allmänpsykiatrisk vård, specialiserad psykiatri och utredningskliniker, och även om erfarenheter som ligger längre tillbaka i tiden. På senare tid har det skett en del övergripande förändringar på samhällsnivå som rör den transspecifika vården, såsom att kravet på sterilisering har tagits bort.

Slutsatser

Detta är en av få kvalitativa intervjustudier som undersöker psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada bland unga transpersoner i Sverige. Syftet har varit att fördjupa kunskapen inom detta område samt identifiera risk- och skyddsfaktorer och möjliga förbättringsområden för att skapa bättre förutsättningar för psykisk hälsa i gruppen unga transpersoner. Den här studien identifierar inga nya risk- och skyddsfaktorer, men den är baserad på unga transpersoners egna berättelser och ger därför en unik och fördjupad bild.

Resultatet visar att det finns riskfaktorer för psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada i form av bristande socialt stöd, negativt bemötande, bristande kunskaper i samhället såsom i skolan, våld och kränkningar, låg självkänsla, transfobi och könsnormer som förutsätter två stabila kön i en tvåkönsnorm. Andra riskfaktorer är att gömma undan sitt jag, sin könsidentitet och sitt könsuttryck, och att försöka passa in eller att inte kunna bryta självdestruktiva beteenden.

De skyddsfaktorer som förekommer i intervju berättelserna är att få stöd från närstående och skola, bli sedd och bekräftad i sin könsidentitet och få både adekvat könsbekräftande vård och vård för psykisk ohälsa. Vissa samhällsaktörer lyfts fram som positiva exempel, och diskrimineringslagen har ökat chansen för ett positivt bemötande inom arbetslivet.

Konsekvenserna av riskfaktorerna kan även skapa en utsatthet för psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada. Exempelvis har det konstaterats i tidigare forskning att frånvaro av skyddsfaktorer ökar risken för suicidalitet. Skyddsfaktorer kan ibland associeras med resiliens och copingstrategier, men dessa är mer individorienterade, medan skyddsfaktorer som kan förebygga psykisk ohälsa kan fungera på eller påverkas av faktorer på samhällsnivå eller social nivå (105).

Denna fördjupningsstudie pekar på möjliga förbättringar för att minska riskfaktorer för psykisk ohälsa och öka dess skyddsfaktorer, och därmed skapa förutsättningar för könskongruens och psykisk hälsa. Förbättringarna berör bland annat allmänhet, skola, arbetsliv, primärvård, allmän psykiatrisk vård, specialiserad psykiatri, transspecifik vård, idrott, medier och civilsamhälle. Bland förslagen finns en mer transkompetent specialiserad psykiatrisk vård, en mer suicidkompetent transspecifik vård, kortare väntetider för att påbörja könsdysforiutredning, kortare interna kötider, ökat psykoterapeutisk stöd och behandling till patienter och närstående under och efter utredning samt en mer trans-, norm- och suicidmedveten skola.

Särskilt viktiga är resultaten om betydelsen av att både identifiera och behandla det som handlar om transerfarenheter, könsdysfori och könsinkongruens och psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada. Dessa områden kan nämligen överlappa varandra, ha ett samband och på olika sätt förstärka varandra. De kan också blandas ihop, vilket kan medföra att unga transpersoners behov osynliggörs. Det får konsekvenser för arbetssätten inom skolhälsovård, primärvård, allmänpsykiatrisk vård, specialiserad psykiatrisk vård och transspecifik vård. Ett annat viktigt resultat är att puberteten framträder som en särskilt sårbar period i intervjudeltagarnas liv. Därmed skulle fler insatser tidigt i livet fungera förebyggande och hindra onödigt lidande.

Det här är en begränsad studie baserad på intervjuer med 29 individer. Syftet är att ge en fördjupad bild av unga personers erfarenheter av trans, psykisk ohälsa, suicidalitet och självskada, och rent kvalitativt är urvalet ett relativt stort underlag. Resultatet i den här intervjustudien är en del i en fördjupning av och jämförelse med resultat i tidigare internationella

och svenska studier och rapporter.

Utvecklingsinsatser

I linje med regeringsuppdraget föreslås följande utvecklingsinsatser på samhällsövergripande, social och individuell nivå:

Samhällsstrukturell nivå

- Högre kompetens om transfrågor samt transpersoners hälsa och livsvillkor inom primärvård, allmänpsykiatrisk och specialiserad psykiatrisk vård.
- Högre kompetens om psykisk ohälsa och psykiatriska diagnoser inom transspecifik vård (utredningsteam).
- Ökat psykoterapeutiskt stöd till patienter och närstående under och efter en könsdysforiutredning samt till de patienter som inte genomgår en könsbekräftande behandling.
- Tillgänglig och anpassad information om transerfarenheter till närstående.
- Stöd till civilsamhället i dess fortsatta viktiga roll i att skapa trygga sammanhang för unga transpersoner.

Social nivå

- En ökad medvetenhet inom skolhälсан om transfrågor samt psykisk ohälsa, särskilt suicidalitet och självskada.
- En mer trans- och normmedveten sex- och samlevnadsundervisning i skolan.
- Att aktivt våldpreventivt arbete mot kränkningar inom skolan.
- En mer inkluderande och normmedveten idrottsrörelse som möjliggör en aktiv fritid för unga transpersoner.
- Fler förebilder med transerfarenhet inom exempelvis civilsamhället och medier.

Individnivå

- Kortare väntetider för att påbörja könsdysforiutredning, det vill säga att få komma till det första mötet.
- Adekvat behandling som är anpassad till psykiatriska diagnoser och könsdysfori.

Referenser

1. WHO. Health 2020. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/199536/Health2020-Short.pdf?ua=1.
2. Regeringen. För en god och jämlik hälsa: en utveckling av det folkhälsopolitiska ramverket: delbetänkande. Stockholm: Wolters Kluwer; 2017.
3. Folkhälsomyndigheten. Statistik om suicid. 2019.
4. Zetterqvist M, Lundh LG, Dahlstrom O, Svedin CG. Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *J Abnorm Child Psychol*. 2013;41(5):759-73.
5. Dhejne C, Van Vlerken R, Heylens G, Arcelus J. Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *Int Rev Psychiatry*. 2016;28(1):44-57.
6. Dhejne C, Lichtenstein P, Boman M, Johansson AL, Langstrom N, Landen M. Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: cohort study in Sweden. *PLoS One*. 2011;6(2):e16885.
7. Bränström R PJ. Reduction in Mental Health Treatment Utilization Among Transgender Individuals After Gender-Affirming Surgeries: A Total Population Study. *The American Journal of Psychiatry* 2019;4 okt 2019.
8. Liu TR ea. Prevalence and correlates of non-suicidal self-injury among lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2019;Volume 74, (December 2019, 101783).
9. Marshall BD, Socias ME, Kerr T, Zalazar V, Sued O, Aristegui I. Prevalence and Correlates of Lifetime Suicide Attempts Among Transgender Persons in Argentina. *J Homosex*. 2016;63(7):955-67.
10. Folkhälsomyndigheten. Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner: En rapport om hälsoläget bland transpersoner i Sverige. 2015.
11. Kuper LE, Adams, N. & Brian S. Mustanski Exploring Cross-Sectional Predictors of Suicide Ideation, Attempt, and Risk in a Large Online Sample of Transgender and Gender Nonconforming Youth and Young Adults. *LGBT Health*. 2018;2018;5(7):391-400.
12. Perez-brumer A, Day JK, Russel ST & Hatzenbuehler, ML. Prevalence and Correlates of Suicidal Ideation Among Transgender Youth in California: Findings From a Representative, Population-Based Sample of High School Students. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2017;2017 Sep;56(9):739-746.
13. Socialstyrelsen. God vård av vuxna med könsdysfori. Nationellt kunskapsstöd 2015. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19798/2015-4-7.pdf>.
14. Socialstyrelsen. Till dig som möter personer med könsdysfori i ditt arbete. 2020.
15. ICD-10 F64.0 transsexualism [Internet]. 2011.
16. ICD-10 F64.8 annan spec könsidentitetsstörning [Internet]. 2011.
17. ICD-10 F64.9 könsidentitetsstörning ospecificerad [Internet]. 2011.
18. Socialstyrelsen. Till dig med könsdysfori. 2020.
19. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. 2018.
20. Lag om fastställande av könstillhörighet i vissa fall (SFS 1972:119).
21. Regeringen. S2019/02042/FS: Uppdrag att analysera förslag om sänkt åldersgräns för vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen, m.m. 2019.
22. Socialstyrelsen. Åldersgräns för vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen och socialnämndens roll vid ändring av det kön som framgår av folkbokföringen. 2020.
23. Socialstyrelsen. Könsdysfori ökar – särskilt bland unga 2017 [Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2017/konsdysforiokarsarskiltblandunga>].
24. Conron KJ, Scott G, Stowell GS, Landers SJ. Transgender health in Massachusetts: results from a household probability sample of adults. *Am J Public Health*. 2012;102(1):118-22.
25. Rider GN MB, Gower AL, Coleman E, Eisenberg ME. Health and Care Utilization of Transgender and Gender Nonconforming Youth: A Population-Based Study. *Pediatrics*. 2018;Mar;141(3).
26. Frisé L, Söder, Olle & Per-Anders Rydelius Kraftig ökning av könsdysfori bland barn och unga. Tidigt insatt behandling ger betydligt bättre prognos. *Läkartidningen*. 2017;2017;114.
27. Dhejne C ÖK, Arver S, et al. An analysis of all applications for sex reassignment surgery in Sweden, 1960-2010: prevalence, incidence, and regrets. *Arch Sex Behav* 2014;2014;43(8):1535-45.
28. Ahs JWea, Dhejne, C. Magnusson, C. Dal, H. Lundin, A. Arver, S. Dalman, C. Kosidou, K. Proportion of adults in the general population of Stockholm County who want gender-affirming

- medical treatment. *PLoS One*. 2018;13(10):e0204606.
29. Dhejne C, Armaund, Gabriela & Felicitas Falck. Kommunikation med Rättsliga Rådet 2019.
 30. SBU. Könsdysfori hos barn och unga: En kunskapskartläggning. 2019.
 31. Drummond KD BS, Peterson-Badali M, Zucker KJ. A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology* 2008;2008 Jan;44(1):34-45.
 32. Steensma TD, Biemond, R., de Boer, F., & Cohen-Kettenis, P. T. Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2011;16(4), 499-516.
 33. Wallien MSC C-KP. Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2008;2008;47(12):1413-23.
 34. Rotondi NK BG, Scanlon K, Kaay M, Travers R, Travers A. Prevalence of and risk and protective factors for depression in female-to-male transgender Ontarians: Trans PULSE Project. *Canadian Journal of Community Mental Health*. 2012;2012;30:135-55.
 35. Colizzi M CR, Todarello O. Transsexual patients' psychiatric comorbidity and positive effect of cross-sex hormonal treatment on mental health: Results from a longitudinal study. *Psychoneuroendocrinology*. 2014;2014;39:65-73.
 36. Bauer GRS, A. I. Pyne, J. Travers, R. Hammond, R. Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in Ontario, Canada. *BMC Public Health*. 2015;15:525.
 37. McCann E, Brown M. Vulnerability and Psychosocial Risk Factors Regarding People who Identify as Transgender. A Systematic Review of the Research Evidence. *Issues Ment Health Nurs*. 2018;39(1):3-15.
 38. Strang JF, Janssen A, Tishelman A, Leibowitz SF, Kenworthy L, McGuire JK, et al. Revisiting the Link: Evidence of the Rates of Autism in Studies of Gender Diverse Individuals. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2018;57(11):885-7.
 39. Becerra-Culqui TA LY, Nash R, Cromwell L, Flanders WD, Getahun D, Giammattei SV, Hunkeler EM, Lash TL, Millman A, Quinn VP, Robinson B, Roblin D, Sandberg DE, Silverberg MJ, Tangpricha V, Goodman M. Mental Health of Transgender and Gender Nonconforming Youth Compared With Their Peers. *Pediatrics*. 2018;May;141(5).
 40. Socialstyrelsen. Utvecklingen av diagnosen könsdysfori - Förekomst, samtidiga psykiatriska diagnoser och dödlighet i suicid. 2019.
 41. Turban JL, van Schalkwyk GI. "Gender Dysphoria" and Autism Spectrum Disorder: Is the Link Real? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2018;57(1):8-9.e2.
 42. Marshall E CL, Bouman WP, Witcomb GL, Arcelus J. . Non-suicidal self-injury and suicidality in trans people: A systematic review of the literature. *Int Rev Psychiatry*. 2016;2016;28(1):58-69.
 43. Claes L, Bouman WP, Witcomb G, Thurston M, Fernandez-Aranda F, Arcelus J. Non-suicidal self-injury in trans people: associations with psychological symptoms, victimization, interpersonal functioning, and perceived social support. *J Sex Med*. 2015;12(1):168-79.
 44. Staples JM, Neilson EC, Bryan AEB, George WH. The Role of Distal Minority Stress and Internalized Transnegativity in Suicidal Ideation and Nonsuicidal Self-Injury Among Transgender Adults. *J Sex Res*. 2017:1-13.
 45. Peterson CM, Matthews A, Copps-Smith E, Conard LA. Suicidality, Self-Harm, and Body Dissatisfaction in Transgender Adolescents and Emerging Adults with Gender Dysphoria. *Suicide Life Threat Behav*. 2017;47(4):475-82.
 46. Bennett K, Rhodes AE, Duda S, Cheung AH, Manassis K, Links P, et al. A Youth Suicide Prevention Plan for Canada: A Systematic Review of Reviews. *Can J Psychiatry*. 2015;60(6):245-57.
 47. Adams N, Hitomi M, Moody C. Varied Reports of Adult Transgender Suicidality: Synthesizing and Describing the Peer-Reviewed and Gray Literature. *Transgend Health*. 2017;2(1):60-75.
 48. Toomey RB SA, Shramko M. Transgender Adolescent Suicide Behavior. *Pediatrics*. 2018;2018 Oct;142(4).
 49. Asscheman H, Giltay EJ, Megens JA, de Ronde WP, van Trotsenburg MA, Gooren LJ. A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. *Eur J Endocrinol*. 2011;164(4):635-42.
 50. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*. 2016;387(10024):1227-39.
 51. Bolton JM, Gunnell D, Turecki G. Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness. *BMJ*. 2015;351:h4978.
 52. Hamza CA, Stewart SL, Willoughby T. Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: a review of the literature and an integrated model. *Clin Psychol Rev*. 2012;32(6):482-95.
 53. Tidemalm D, Långström N, Lichtenstein P, Runeson B. Risk of suicide after suicide attempt
-

- according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *BMJ*. 2008;337:a2205.
54. Brown RC, Plener PL. Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19(3):20.
 55. Serafini G, Canepa G, Adavastro G, Nebbia J, Belvederi Murri M, Erbuto D, et al. The Relationship between Childhood Maltreatment and Non-Suicidal Self-Injury: A Systematic Review. *Front Psychiatry*. 2017;8:149.
 56. Testa RJH, Janice Peta, Jayme Balsam, Kimberly Bockting, Walter. Development of the Gender Minority Stress and Resilience Measure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. 2015;2(1):65-77.
 57. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull*. 2003;129(5):674-97.
 58. Bockting WO, Miner MH, Swinburne Romine RE, Hamilton A, Coleman E. Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *Am J Public Health*. 2013;103(5):943-51.
 59. Hendricks ML, Testa RJ. A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2012;43(5):460-7.
 60. Testa RJ, Jimenez CL, Rankin S. Risk and Resilience During Transgender Identity Development: The Effects of Awareness and Engagement with Other Transgender People on Affect. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*. 2014;18(1):31-46.
 61. Zeluf G, Dhejne, Cecilia, Orre, Carolina, Nilunger Mannheimer, Louise, Deogan, Charlotte, Höijer, Jonas, Winzer, Regina, Ekéus Thorson, Anna. Targeted victimisation and suicidality among trans people – a web-based survey. *LGBT Health*. 2018;Apr 2018,180-190.
 62. Clements-Nolle K, Marx R, Katz M. Attempted suicide among transgender persons: The influence of gender-based discrimination and victimization. *J Homosex*. 2006;51(3):53-69.
 63. Bechard M, VanderLaan DP, Wood H, Wasserman L, Zucker KJ. Psychosocial and Psychological Vulnerability in Adolescents with Gender Dysphoria: A "Proof of Principle" Study. *J Sex Marital Ther*. 2017;43(7):678-88.
 64. Barboza GE, Dominguez S, Chance E. Physical victimization, gender identity and suicide risk among transgender men and women. *Prev Med Rep*. 2016;4:385-90.
 65. Pham A MA, Kerman H, Albertson K, Crouch JM, Inwards-Breland DJ, Ahrens KR, Salehi P. How Are Transgender and Gender Nonconforming Youth Affected by the News? A Qualitative Study. *Journal of Adolescent Health*. 2020;Jan 18.
 66. Allen Q. "They Think Minority Means Lesser Than": Black Middle-Class Sons and Fathers Resisting Microaggressions in the School. *Urban Education*. 2013;48(2):171-97.
 67. Nadal KL. Gender microaggressions: Implications for mental health. In: Paludi MA, editor. *Feminism and Women's Rights Worldwide (Vol 2) Mental and Physical Health*; Praeger; 2009.
 68. Sue DW, Capodilupo CM, Torino GC, Bucceri JM, Holder AM, Nadal KL, et al. Racial microaggressions in everyday life: implications for clinical practice. *Am Psychol*. 2007;62(4):271-86.
 69. Sue DW. *Microaggressions in Everyday Life: Race, Gender, and Sexual Orientation*; Wiley; 2010.
 70. Nadal KL, Skolnik A, Wong Y. Interpersonal and Systemic Microaggressions Toward Transgender People: Implications for Counseling. *Journal of LGBT Issues in Counseling*. 2012;6(1):55-82.
 71. McDermott E, Roen K, Scourfield J. Avoiding shame: young LGBT people, homophobia and self-destructive behaviours. *Cult Health Sex*. 2008;10(8):815-29.
 72. Mustanski B, Liu RT. A longitudinal study of predictors of suicide attempts among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Arch Sex Behav*. 2013;42(3):437-48.
 73. Puckett JA, Woodward EN, Mereish EH, Pantalone DW. Parental Rejection Following Sexual Orientation Disclosure: Impact on Internalized Homophobia, Social Support, and Mental Health. *LGBT Health*. 2015;2(3):265-9.
 74. Klein A, Golub SA. Family Rejection as a Predictor of Suicide Attempts and Substance Misuse Among Transgender and Gender Nonconforming Adults. *LGBT Health*. 2016;3(3):193-9.
 75. Moody C, Smith NG. Suicide protective factors among trans adults. *Arch Sex Behav*. 2013;42(5):739-52.
 76. Moody C, Fuks N, Peláez S, Smith NG. "Without this, I would for sure already be dead": A qualitative inquiry regarding suicide protective factors among trans adults. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. 2015;2(3):266-80.
 77. Brennan SL, Irwin J, Drincic A, Amoura NJ, Randall A, Smith-Sallans M. Relationship among gender-related stress, resilience factors, and mental health in a Midwestern U.S. transgender and gender-nonconforming population. *International Journal of Transgenderism*. 2017;18(4):433-45.
 78. Scourfield J, Roen K, McDermott L. Lesbian, gay, bisexual and transgender young people's

- experiences of distress: resilience, ambivalence and self-destructive behaviour. *Health Soc Care Community*. 2008;16(3):329-36.
79. Perez-Brumer A, Hatzenbuehler ML, Oldenburg CE, Bockting W. Individual- and Structural-Level Risk Factors for Suicide Attempts Among Transgender Adults. *Behav Med*. 2015;41(3):164-71.
 80. Tucker RP, Testa RJ, Simpson TL, Shipherd JC, Blossnich JR, Lehavot K. Hormone therapy, gender affirmation surgery, and their association with recent suicidal ideation and depression symptoms in transgender veterans. *Psychol Med*. 2018:1-8.
 81. Turban JL KD, Carswell JM, Keuroghlian AS. Pubertal Suppression for Transgender Youth and Risk of Suicidal Ideation. *Pediatrics*. 2020;Jan 23.
 82. Blossnich JR, Marsiglio MC, Gao S, Gordon AJ, Shipherd JC, Kauth M, et al. Mental Health of Transgender Veterans in US States With and Without Discrimination and Hate Crime Legal Protection. *Am J Public Health*. 2016;106(3):534-40.
 83. Costa R, Colizzi M. The effect of cross-sex hormonal treatment on gender dysphoria individuals' mental health: a systematic review. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;12:1953-66.
 84. Bränström R vdSA, Pachankis JE. . Untethered lives: barriers to societal integration as predictors of the sexual orientation disparity in suicidality. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2020;2020 Jan;55(1):89-99.
 85. Kattari SK, Walls NE, Speer SR, Kattari L. Exploring the relationship between transgender-inclusive providers and mental health outcomes among transgender/gender variant people. *Social Work in Health Care*. 2016;55(8):635-50.
 86. Bränström R. Hälsa och livsvillkor bland unga HBTQ-personer: vad vet vi och vilka forskningsbehov finns? : Forte: Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd; 2018.
 87. Kvale SB, S. . Den kvalitativa forskningsintervjun. 3. [rev.] uppl. ed: Lund: Studentlitteratur.; 2014.
 88. Burnard P, Gill P, Stewart K, Treasure E, Chadwick B. Analysing and presenting qualitative data. *Br Dent J*. 2008;204(8):429-32.
 89. Bryman A. Samhällsvetenskapliga metoder. Upplaga 3 ed2018.
 90. Burnard P. A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Educ Today*. 1991;11(6):461-6.
 91. Gustavsson K. Kunskap ur tomrum: närläsning som etnologisk metod. In: Nilsson L-EJF, editor. *Kulturhistoria: en etnologisk metodbok*. 13 edn, ed. Lund Studies in Arts and Cultural Sciences, no. 13: Institutionen för kulturvetenskaper, Lunds universitet, Lund; 2017. p. 121-36.
 92. Braun V, Clarke V, Terry G, Rohleder P, Lyons A. Thematic analysis 2014.
 93. Vetenskapsrådet. God forskningssed. In: utgåva R, editor. 2017
 94. WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects [Internet]. 2011.
 95. Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning) (Text av betydelse för EES), (2016/679).
 96. Jootun D, McGhee G, Marland GR. Reflexivity: promoting rigour in qualitative research. *Nurs Stand*. 2009;23(23):42-6.
 97. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24(2):105-12.
 98. Dowling M. Approaches to reflexivity in qualitative research. *Nurse Res*. 2006;13(3):7-21.
 99. Bettcher T. Feminist Perspectives on Trans Issues The Stanford Encyclopedia of Philosophy.Spring 2014 Edition.
 100. SOU 2017:92: Transpersoner i Sverige - Förslag för stärkt ställning och bättre levnadsvillkor (2017).
 101. Muehlenkamp JJ, Claes L, Havertape L, Plener PL. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2012;6:10.
 102. Chekroud SR, Gueorguieva R, Zheutlin AB, Paulus M, Krumholz HM, Krystal JH, et al. Association between physical exercise and mental health in 1.2 million individuals in the USA between 2011 and 2015: a cross-sectional study. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(9):739-46.
 103. Schuch FB, Vancampfort D, Firth J, Rosenbaum S, Ward PB, Silva ES, et al. Physical Activity and Incident Depression: A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *Am J Psychiatry*. 2018;175(7):631-48.
 104. Kvam S, Kleppe CL, Nordhus IH, Hovland A. Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis. *J Affect Disord*. 2016;202:67-86.
 105. Rutten BP, Hammels C, Geschwind N, Menne-Lothmann C, Pishva E, Schruers K, et al. Resilience in mental health: linking psychological and neurobiological perspectives. *Acta Psychiatr Scand*. 2013;128(1):3-20.

106. Tusaie-Mumford K. Psychosocial resilience in rural adolescents: Optimism. Perceived social support and gender differences: University of Pittsburgh; 2001.
107. Scheier MF, Carver CS. Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychol.* 1985;4(3):219-47.
108. Ong AD, Standiford T, Deshpande S. Hope and Stress Resilience. In: Gallagher MW, Lopez SJ, editors. *The Oxford Handbook of Hope* 2018.
109. Beck AT. The Current State of Cognitive Therapy: A 40-Year Retrospective. *JAMA Psychiatry.* 2005;62(9):953-9.
110. McMillan D, Gilbody S, Beresford E, Neilly L. Can we predict suicide and non-fatal self-harm with the Beck Hopelessness Scale? A meta-analysis. *Psychol Med.* 2007;37(6):769-78.
111. Heller NR. Risk, Hope and Recovery: Converging Paradigms for Mental Health Approaches with Suicidal Clients. *The British Journal of Social Work.* 2014;45(6):1788-803.
112. Trujillo MA, Perrin PB, Sutter M, Tabaac A, Benotsch EG. The buffering role of social support on the associations among discrimination, mental health, and suicidality in a transgender sample. *Int J Transgend.* 2017;18(1):39-52.
113. Stravynski A, Boyer R. Loneliness in relation to suicide ideation and parasuicide: a population-wide study. *Suicide Life Threat Behav.* 2001;31(1):32-40.

Tackord

Forskarna som har genomfört studien som ligger till grund för rapporten vill tacka Edward Summanen, projektledare och sakkunnig i frågor om transpersoners hälsa, RFSL, Frank Berglund RFSL ungdom, Cal Orre RFSL och Ulrika Westerlund, före detta särskild utredare i utredning Stärkt ställning och bättre levnadsvillkor för transpersoner SOU 2017:92, som i studiestarten bidrog med viktiga synpunkter vad gällde studieupplägg och rekrytering.

Forskarna vill också tacka könsutredningsteamerna på ANOVA Stockholm, Lundströmsmottagningen Alingsås, samt teamen i Linköping, Umeå och Lund som hjälpte till vid studierekryteringen samt RFSL, RFSL ungdom och föreningen Transsammans som spred information om studien vidare till sina medlemmar.

Bilagor

[Bilaga 1 - annons.pdf \(PDF, 299 kB\)](#)

[Bilaga 2 - förfrågan om att delta i forskningsstudien.pdf \(PDF, 331 kB\)](#)

[Bilaga 3 - medgivande.pdf \(PDF, 321 kB\)](#)

[Bilaga 4 - bakgrundsfrågor.pdf \(PDF, 344 kB\)](#)

[Bilaga 5 - intervjuguide.pdf \(PDF, 223 kB\)](#)