

Utvecklingen av diagnosen könsdysfori

Förekomst, samtidiga psykiatriska diagnoser och
dödlighet i suicid

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2020-2-6600

Publicerad www.socialstyrelsen.se, februari 2020

Förord

Socialstyrelsen har närmare kartlagt utvecklingen och förekomsten av diagnostiserad könsdysfori i befolkningen. Myndigheterna har i kartläggningen beaktat samtidiga psykiatriska diagnoser, självskadebeteende (inklusive suicidförsök) och dödlighet i suicid bland personer med könsdysfori. Rapporten riktar sig i första hand till professionen som möter personer med könsdysfori.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord.....	3
Könsdysfori	5
Förekomst.....	5
Samtidiga psykiatriska diagnoser.....	8
Dödlighet i suicid	10
Sammanfattande slutsatser	11

Könsdysfori

En person med könsdysfori har en uttalad upplevelse av att könsidentiteten inte stämmer överens med det kön som registrerades vid födseln. Upplevelsen medför ofta ett lidande.

Könsdysfori utreds av specialistteam inom psykiatrin, där teamen består av bland annat psykiatriker, psykologer och socionomer. Utredningen har som ett viktigt mål att utreda om personen lider av könsdysfori eller om andra orsaker bättre förklarar upplevelsen av att könsidentiteten inte stämmer överens med det registrerade könet.

I dag används tre diagnoskoder för könsdysfori. Under utredning ställs ICD-koden F64.9 som en ospecificerad (preliminär) könsidentitetsstörningsdiagnos. En utredning kan fastlägga transsexualism och då ställs den fastställda könsdysforidiagnosen F64.0. En person som är icke-binär, det vill säga varken identifierar sig som man eller kvinna, kan få diagnoskoden F64.8. Om någon av könsdysforidiagnoserna har ställts kan könsbekräftande behandling bli aktuellt.

De senaste åren har det skett en ökning av personer som får någon könsdysforidiagnos i befolkningen¹. Ökningen gäller särskilt barn och unga personer. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) visar i en nyligen publicerad rapport på stora kunskapsluckor när det gäller exempelvis orsaker bakom utvecklingen och olika aspekter av könsbekräftande behandling².

Socialstyrelsen redovisar i denna rapport en närmare kartläggning av förekomsten av könsdysforidiagnoser och hur förekomsten av diagnoser har utvecklats över tid. Myndigheten har i kartläggningen även beaktat samtidiga psykiatriska diagnoser, självskadebeteende och dödlighet i suicid bland personer med könsdysfori. Resultaten baseras på individbaserade uppgifter som inrapporteras till myndighetens nationella register.

Förekomst

Prevalens

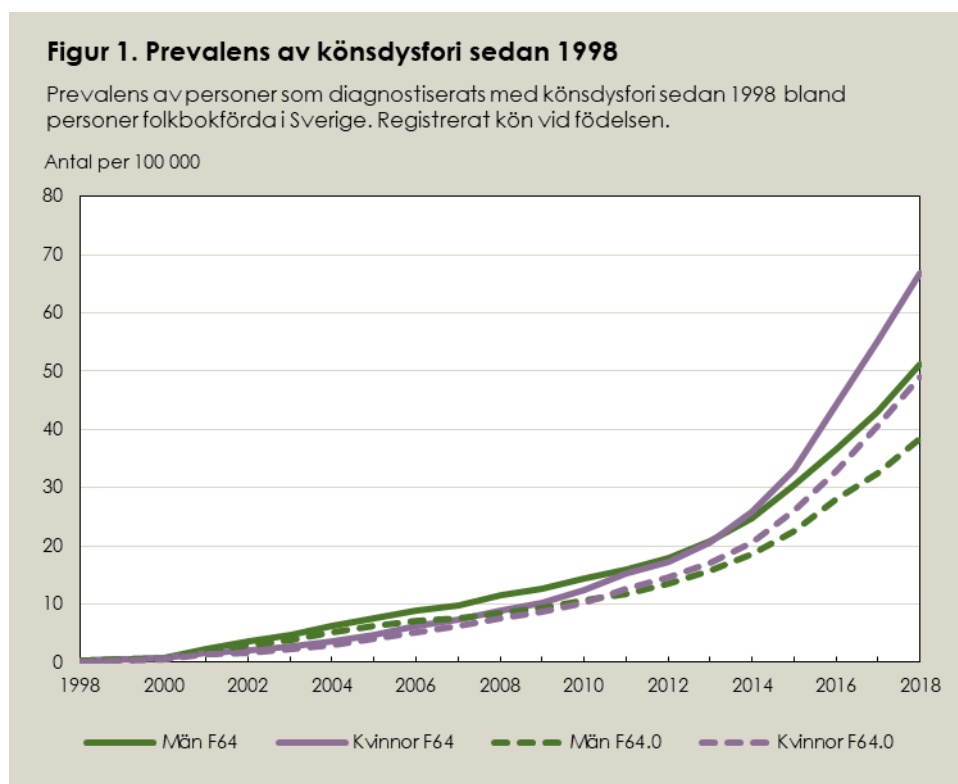
År 2018 hade totalt 5 841 personer (0,06 % av befolkningen) någon könsdysforidiagnos (F64) i Sverige. Av dem hade 4 326 (0,04 % av befolkningen) en fastställd diagnos (F64.0), och 574 personer hade en könsdysforidiagnos som till exempel används då en person identifierar sig som icke-binär (F64.8).

Eftersom antalet personer som söker hjälp för könsdysfori ökar, och därmed hamnar under utredning med en preliminär könsdysforidiagnos, kommer antalet personer med en fastställd diagnos sannolikt att öka på sikt när utredningar fullbordas. Figur 1 visar denna utveckling. Även diagnosen F64.8 har ökat över tid (särredovisas inte i figurer men ingår under F64 som inkluderar alla könsdysforidiagnoser)

¹ Utvecklingen av diagnosen könsdysfori i Sverige. Socialstyrelsen, 2017.

² Könsdysfori hos barn och unga. SBU, 2019.

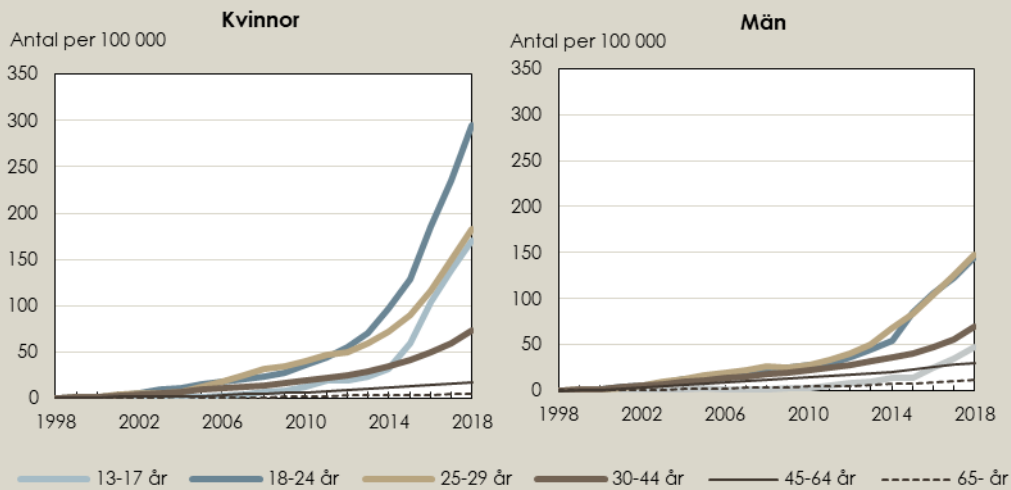
I en separat analys uppskattar Socialstyrelsen att omkring 70–80 procent får en fastställd diagnos (d.v.s. transsexualism) efter en preliminär könsdysforidiagnos.



Figur 2 visar utvecklingen över tid i olika åldersgrupper av andelen personer som ett givet år hade någon av könsdysforidiagnoserna. Förekomsten av diagnoserna har ökat mest bland yngre personer, både för unga med registrerat kön man och registrerat kön kvinna. En tydlig ökning har även skett bland barn 13–17 år med registrerat kön kvinna.

Figur 2. Prevalens av könsdysfori fördelat efter ålder och registrerat kön

Prevalens av personer som diagnostiserats med könsdysfori (F64) sedan 1998 bland personer folkbokförda i Sverige. Registrerat kön och ålder vid diagnostillfället.

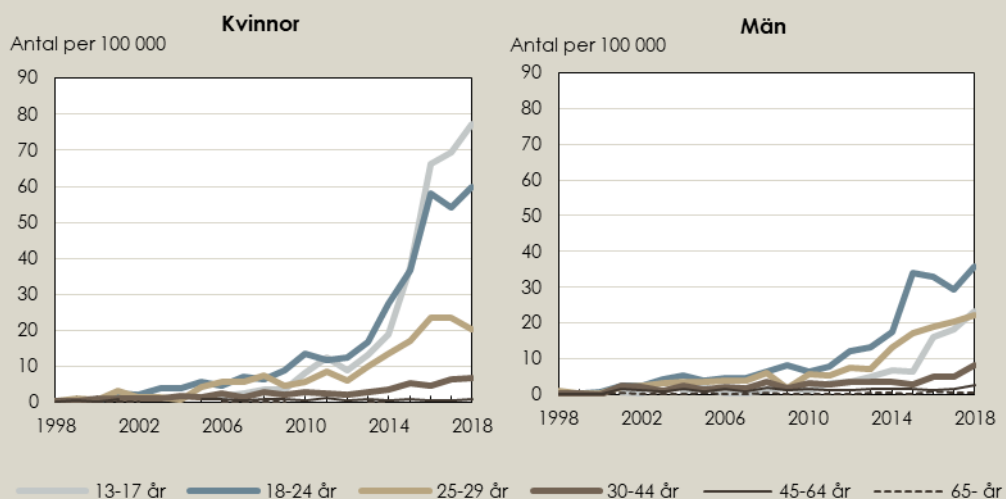


Incidens

Nya fall av personer med en könsdysforidiagnos har ökat de senaste fem åren. Ökningen har varit störst bland barn 13–17 år (Figur 3), i synnerhet bland barn 13–17 år med registrerat kön kvinna vid födseln.

Figur 3. Incidens av könsdysfori fördelat efter ålder och registrerat kön

Incidens (nya fall) av personer som diagnostiserats med könsdysfori (F64) sedan 1998. Registrerat kön och ålder vid diagnostillfället.



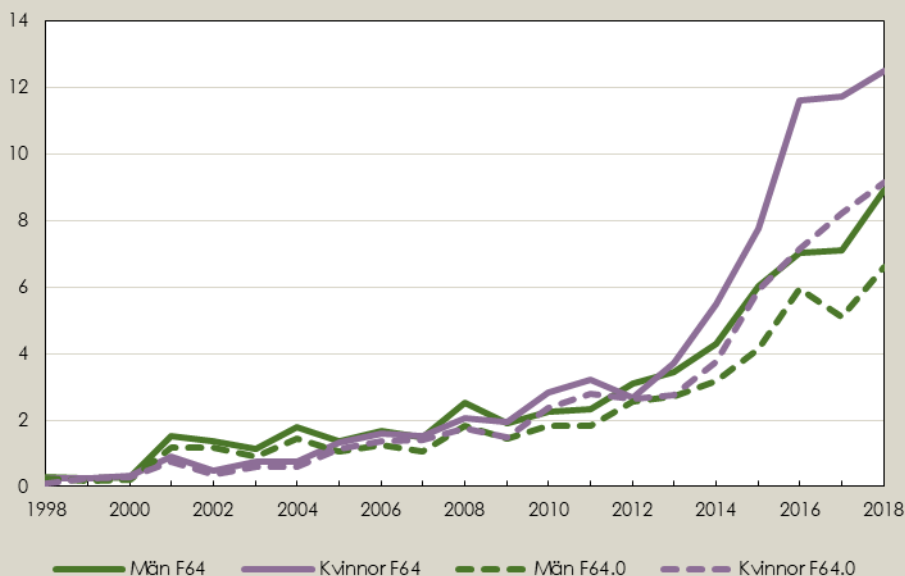
Figur 4 visar utvecklingen av nya fall av personer med någon könsdysfori-diagnos respektive nya fall med den fastställda diagnosen. Figuren indikerar att många nya fall i dag är under utredning och har en preliminär könsdysforidiagnos eftersom skillnaden mellan preliminär och fastställd diagnos har ökat

över tid. Det kan också vara så att det är färre i dag som får en fastställd diagnos jämfört med tidigare vilket också skulle öka skillnaden mellan de olika diagnoserna. Socialstyrelsen kan dock utifrån myndighetens analys inte se att en sådan trend föreligger i dag.

Figur 4. Incidens av könsdysfori sedan 1998

Incidens (nya fall) av personer som diagnostiserats med könsdysfori sedan 1998. Registrerat kön vid födelsen.

Antal per 100 000



Samtidiga psykiatriska diagnoser

Tabell 1 redovisar samtidiga psykiatriska diagnoser och självskadebeteende (inklusive suicidförsök) bland personer med könsdysfori i olika åldersgrupper jämfört med befolkningen för perioden 2016 till 2018. Av tabellen framgår att förekomsten av samtidiga psykiatriska diagnoser är högre bland personer med könsdysfori än bland dem som inte har könsdysfori.

Förekomsten av autism är mycket vanlig bland personer med könsdysfori relativt befolkningen. Även mindre vanligt förekommande diagnoser som bipolärt syndrom eller personlighetssyndrom är, relativt befolkningen, vanliga bland personer med könsdysfori. När det gäller självskadebeteende, inklusive suicidförsök, var förekomsten också förhöjd bland personer med könsdysfori, i synnerhet bland unga 18–24 år och barn 13–17 år med registrerat kön kvinna vid födelsen. Bland personer med könsdysfori är depressioner och ångestsjukdomar betydligt vanligare bland unga med registrerat kön kvinna än bland unga med registrerat kön man.

Socialstyrelsen har även genomfört en analys som beaktar tiden före och efter en preliminär könsdysforidiagnos. Myndigheten kan konstatera att om andra psykiatriska diagnoser förelåg före en preliminär könsdysforidiagnos fanns en förhöjd risk för suicidförsök eller självskadebeteende under den därpå följande utredningsperioden. Vidare kan myndigheten konstatera att en fastställd könsdysforidiagnos, efter en preliminär könsdysforidiagnos, hade

ett samband med en lägre risk för suicid eller självskadebeteende. Resultaten kan dock inte fastslå om en fastställd diagnos, eller könsbekräftande behandling för den delen, minskar risken för suicid eller självskadebeteende bland personer med könsdysfori – det kan vara så att de personer som diagnostiseras med en fastställd diagnos efter utredning är personer som i lägre utsträckning har en allvarlig psykiatrisk problematik.

Tabell 1. Förekomst av olika psykiatriska diagnoser (huvuddiagnos i öppen och slutenvård) bland personer som diagnostiserats med könsdysfori (F64) respektive befolkningen åren 2016–2018, fördelat efter registrerat kön och ålder. Procent.

Kvinnor (%)		Ålder (år)				
		13–17	18–24	25–29	30–44	45–64
Med könsdysfori	F1 Skadligt bruk/beroende	1,5	4,4	4,3	2,6	2,9
	F2 Schizofreni etc.	0,4	1,0	1,4	1,1	4,3
	F30-31 Bipolär sjukdom	0,4	2,6	5,2	5,6	2,9
	F32-39 Depressioner	28,9	25,0	13,4	12,7	11,9
	F4 Ängestsjukdomar	32,4	28,5	23,3	19,8	13,3
	F60-61 Personlighetssyndrom	0,0	4,0	6,7	4,4	2,9
	F84 Autism	15,2	14,7	11,1	8,7	4,3
	F9 Adhd etc.	19,4	18,4	14,6	12,8	5,7
	X60-84, Y10-34 Självskador	7,8	6,6	4,4	2,0	1,9
Befolkningen	F1 Skadligt bruk/beroende	0,7	1,8	1,2	0,9	0,9
	F2 Schizofreni etc.	0,0	0,2	0,3	0,4	0,7
	F30-31 Bipolär sjukdom	0,1	0,6	0,9	0,9	0,7
	F32-39 Depressioner	2,8	3,7	2,7	2,3	1,8
	F4 Ängestsjukdomar	4,2	6,4	4,9	4,4	3,2
	F60-61 Personlighetssyndrom	0,0	0,7	0,9	0,6	0,3
	F84 Autism	1,3	1,2	0,7	0,4	0,1
	F9 Adhd etc.	4,4	4,0	2,4	1,5	0,7
	X60-84, Y10-34 Självskador	0,9	1,2	0,8	0,5	0,4
Män (%)		Ålder (år)				
		13–17	18–24	25–29	30–44	45–64
Med könsdysfori	F1 Skadligt bruk/beroende	4,4	6,3	6,0	4,1	6,2
	F2 Schizofreni etc.	0,7	1,3	1,6	2,4	4,1
	F30-31 Bipolär sjukdom	0,0	1,3	2,7	2,8	2,8
	F32-39 Depressioner	13,8	18,2	19,2	14,9	10,0
	F4 Ängestsjukdomar	21,0	20,9	21,3	17,1	15,1
	F60-61 Personlighetssyndrom	1,5	3,6	3,5	3,7	3,9
	F84 Autism	12,3	16,3	12,7	9,4	4,4
	F9 Adhd etc.	13,0	13,5	10,2	8,8	6,2
	X60-84, Y10-34 Självskador	4,4	4,6	2,3	2,3	1,3
Befolkningen	F1 Skadligt bruk/beroende	0,8	2,3	2,1	1,8	1,8
	F2 Schizofreni etc.	0,1	0,4	0,6	0,7	0,8
	F30-31 Bipolär sjukdom	0,0	0,2	0,4	0,5	0,5
	F32-39 Depressioner	1,1	2,0	1,9	1,5	1,2
	F4 Ängestsjukdomar	1,7	3,0	2,9	2,5	1,8
	F60-61 Personlighetssyndrom	0,0	0,1	0,2	0,2	0,1
	F84 Autism	2,4	1,6	0,9	0,5	0,2
	F9 Adhd etc.	7,7	4,1	2,4	1,6	0,7
	X60-84, Y10-34 Självskador	0,5	0,9	0,8	0,5	0,4

Dödlighet i suicid

Sedan 1998 har totalt 6 334 personer fått någon av könsdysforidiagnoserna i Sverige. Av dem har sammanlagt 21 män och 18 kvinnor (registrerat kön vid födseln) dött i suicid. Detta utgör 0,6 procent döda i suicid av de personer som har fått någon könsdysforidiagnos sedan 1998.

För att närmare analysera risken för suicid bland personer med könsdysfori, jämfört med befolkningen, har Socialstyrelsen använt sig av standardiserade relativa dödstal i suicid (så kallade SMR-tal). SMR definieras genom att det observerade antalet suicid bland personer som har diagnostiserats med könsdysfori jämförs med det förväntade antalet suicid, om suicidrisken vore densamma som i befolkningen. Ett SMR-tal som är större än 1 betyder att suicid är vanligare bland personer med könsdysfori än i befolkningen. Standardiseringen är gjord med hänsyn till ålder och kön, och över en tioårsperiod. Som en jämförelse har även SMR-tal beräknats för personer som har vårdats inom slutenvården eller den specialiserade öppenvården med olika typer av psykiatriska diagnoser.

Tabell 2 redovisar SMR för könsdysfori och olika psykiatriska diagnoser. Det framgår att personer med registrerat kön man och personer med registrerat kön kvinna hade 4,9 respektive 13,7 gånger högre risk att dö i suicid än befolkningen. Som en jämförelse hade personer med olika psykiatriska diagnoser generellt ännu högre risker för suicid än personer med könsdysfori. Personer med könsdysfori, som begick suicid, hade samtidigt också mycket hög förekomst av dessa allvarliga psykiatriska diagnoser, som exempelvis skadligt bruk eller beroende av olika beroendeframkallande substanser, schizofreni eller personlighetssyndrom (såsom emotionellt instabilt personlighetssyndrom). Resultatet indikerar att det är svårt att tolka självmordsrisken bland personer med könsdysfori – andra samtidiga psykiatriska diagnoser kan vara mer uttalat bidragande faktorer till ett självmord än det faktum att en person har könsdysfori.

Tabell 2. Dödlighet i suicid inom 10 år efter diagnos. Standardiserade dödstal (SMR*) fördelat efter registrerat kön och ålder vid diagnostillfället.

		SMR
Kvinnor	F1 Skadligt bruk/beroende	18,4
	F2 Schizofreni etc.	17,7
	F30-31 Bipolär sjukdom	15,6
	F32-39 Depressioner	11,0
	F60-61 Personlighetssyndrom	25,3
	F64 Könsdysfori	13,7
	F84 Autism	10,9
Män	F1 Skadligt bruk/beroende	10,3
	F2 Schizofreni etc.	13,9
	F30-31 Bipolär sjukdom	12,0
	F32-39 Depressioner	10,6
	F60-61 Personlighetssyndrom	15,5
	F64 Könsdysfori	4,9
	F84 Autism	5,6

* Indirekt standardisering med hänsyn till kön, ålder (femårsklasser) och personår. Tioårig uppföljning efter diagnostillfället bland personer 13–69 år vid diagnos. Befolkningens (exkl. personer med könsdysfori) självmordsrisker (inkl. oklara fall dvs. X60–84, Y10–34) under en tioårsperiod har använts för att beräkna förväntat antal självmord i de olika grupperna. Könsdysforigruppen avser tilldelat kön. Grupperna är inte varandra uteslutande dvs. samma person kan förekomma i flera grupper

Sammanfattande slutsatser

Diagnostiserad könsdysfori ökar i befolkningen, framförallt bland barn och unga vuxna där andelen nya fall bland unga 13–17 år med registrerat kön kvinna vid födseln har ökat mest. Ökningen av nya fall kommer att medföra en ökande prevalent population av personer med könsdysfori. Mot bakgrund av detta kommer utvecklingen att ställa krav på att hälso- och sjukvården är dimensionerad för utredning och behandling. Behandlingen kan dessutom vara livslång vilket medför att personer med könsdysfori behöver stöd från hälso- och sjukvården under långa perioder.

Personer med könsdysfori, särskilt unga, har hög förekomst av samtidiga psykiatriska diagnoser, självskadebeteende eller suicidförsök jämfört med befolkningen. Samtidiga psykiatriska diagnoser bland personer med könsdysfori är därför en faktor som behöver beaktas närmare under utredning.

Dödlighet i suicid är högre bland personer med könsdysfori i jämförelse med befolkningen. Samtidigt har personer med könsdysfori, som begår suicid, en mycket hög förekomst av samtidiga allvarliga psykiatriska diagnoser som i sig innebär kraftigt förhöjda risker för suicid. Därför går det inte att utreda i vilken mån könsdysfori ensamt kan bidra till suicid, eftersom dessa psykiatriska diagnoser ingår som en del i vad som föregår suicid.