Psykofarmaka & självmord i Sverige 2007

En rapport baserad på data från Socialstyrelsens register och från rättsmedicinska utredningar

Av Janne Larsson

Sammanfattning

Syftet med den här undersökningen har varit att ta fram uppgifter om vilken psykofarmakologisk behandling som de personer som begått självmord i Sverige 2007 fått under året före och i samband med självmordet.

Metoden har varit att med stöd av offentlighetsprincipen och utifrån myndigheters uppdragsverksamhet begära och få uppgifter som ger en så heltäckande bild som möjligt av förhållandena. Uppgifter har utfåtts från Socialstyrelsens Epidemiologiska center om alla begångna självmord i landet 2007 och den föregående psykofarmakologiska behandling dessa personer fått; från de regionala rättsmedicinska enheterna om förekomst av psykofarmaka i blodet hos dem som begått självmord år 2007; från Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter om den psykofarmakologiska behandlingsbakgrunden för alla per Lex Maria anmälda självmordsfall för 2007 (de personer som begått självmord i samband med vårdkontakt eller under fyra veckor därefter). Undersökningen är gjord utanför det vanliga forskningssamhället, som ett kritiskt undersökande journalistiskt projekt. Däri ligger också dess begränsningar; det material som ligger till grund för projektet har i delar varit sekretessbelagt, vilket gjort att den fullständiga bilden inte kan presenteras.

Resultatet visade att 1126 säkra självmord begicks år 2007 i Sverige, (325 kvinnor, 801 män). Av dessa personer hade 724 (64 %) fått någon form av psykofarmaka inom ett år före självmordet. Av de 325 kvinnorna hade 250 (77 %) fått psykofarmaka; för de 801 männen var siffran 474 (59 %).

Av de 325 kvinnorna hade 196 (60 %) fått antidepressiva medel; för de 801 männen var motsvarande siffra 306 (38 %).

Vid rättsmedicinska utredningar hade man hos 575 personer (52 %), i de 1109 rapporterade utredningarna, hittat fynd av psykofarmaka. Hos 132 (41 %) av de 320 kvinnor som blivit föremål för utredning hittade man fynd av antidepressiva medel.

För den undergrupp självmord 2007 som anmälts per Lex Maria, där personerna begått självmord i samband med vårdkontakt eller strax därefter, gällde att hela 86 % av fallen (338 av 393 rapporterade fall) hade fått psykofarmaka inom ett år före självmordet. I 304 fall – i 77 % av dessa Lex Maria-fall – hade personerna fått behandling med antidepressiva medel och/eller neuroleptika.

Slutsatsen är att en mycket stor andel av de personer som år 2007 begått självmord i Sverige fått omfattande behandling med psykofarmaka inom ett år före och i samband med självmordet.

Introduktion

Den här rapporten handlar om de självmord som begåtts i Sverige år 2007 och den behandling med psykiatriska preparat som föregått dessa.

Rapporten har tre huvudsakliga delar:

- Den ger unika uppgifter om *alla* självmord som begåtts under 2007 och den psykofarmaka som personerna fått inom ett år före självmordet.

- Den jämför dessa uppgifter med rättsmedicinska utlåtanden om förekomst av psykofarmaka i blodet hos personerna vid tidpunkten för självmordet.

- Den ger uttömmande information om den psykofarmakologiska behandling som givits i de fall av självmord som anmälts enligt Lex Maria[1] för 2007 (en tredjedel av självmorden för året).

De unika uppgifter som finns publicerade i denna rapport har kunnat tas fram tack vare den utmärkta svenska offentlighetsprincipen, möjligheten att utfå uppgifter genom Socialstyrelsens uppdragsverksamhet, och tack vare att enskilda tjänstemän på berörda myndigheter gjort en mycket stor arbetsinsats för att uppfylla offentlighetskraven.

De uppgifter som lämnas på följande sidor borde ha offentliggjorts av Socialstyrelsen – speciellt med tanke på att de i avgörande delar är direkt hämtade från myndighetens arkiv och register. Men Socialstyrelsens ledning har ställt sig negativ till att offentliggöra informationen och till att åtgärda de beskrivna bristerna. Också Läkemedelsverket bär ett tungt ansvar för de missförhållanden som beskrivs i rapporten.

Förhoppningsvis leder de uppgifter som här läggs fram till att fler politiker, tjänstemän, journalister och andra, börjar ställa krav på grundläggande förändringar i de sätt på vilka personer med psykiska problem tas om hand.

Janne Larsson, skribent, janne.olov.larsson@telia.com
Publicerad september 2009
Fri kopieringsrätt gäller för materialet

[1] Lex Maria var den förordning som tillkom efter några tragiska dödsfall på Maria sjukhus i Stockholm 1936. Den gjorde det obligatoriskt för huvudmannen för vårdverksamheten att rapportera fall där någon vid behandling tillfogats skada eller sjukdom. Numera ingår rapporteringskraven i *Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område,* 6 kap 4 §. Sedan den 1 februari 2006 gäller också rapportskyldigheten självmord enligt följande: att en anmälan ska göras ”om en patient i samband med undersökning, vård eller behandling begått självmord eller inom fyra veckor efter vårdkontakt begått självmord och detta kommit till vårdgivarens kännedom”.

Innehåll

Introduktion.....4

Kapitel 1
Självmord i Sverige 2007 – föregående psykofarmakologisk behandling.....5

Kapitel 2
Psykiatriska preparat.....10

Kapitel 3
Rättsmedicinska utredningar om psykofarmaka och självmord.....12

Kapitel 4
Självmord 2007 anmälda per Lex Maria – behandling med psykofarmaka 18

Kapitel 5
”Adekvat medicinering” – kliniska prövningar 22

Kapitel 6
Socialstyrelsens agerande och den obefintliga biverkningsrapporteringen 24

Slutord.....28

Bilaga 29

Kapitel 1

Självmord i Sverige 2007 – föregående psykofarmakologisk behandling

Socialstyrelsen ska ta fram, analysera och publicera data om den psykiatriska vård som de personer som begått självmord fått. Dessvärre har myndigheten inte lagt fram denna vitala information för allmänhet, politiker och läkare.

I juli 2005 ändrades reglerna för läkemedelsregistret. Det är från den tidpunkten möjligt för Socialstyrelsen att ta fram mer exakta uppgifter om bruk av olika receptbelagda medel på individnivå[2]. Så till exempel är det möjligt att ta fram information om vilka psykiatriska preparat som de personer som begått självmord behandlats med.

De data som presenteras nedan bygger på helt nya uppgifter för år 2007, direkt hämtade från Socialstyrelsens register.

Frågeställningen är:

Vilka psykiatriska preparat (av olika kategorier) har personer uthämtat recept för *inom ett år* före självmordet (2007)?

1126 personer begick självmord år 2007, enligt de uppgifter som Socialstyrelsen publicerat i juni 2009 [3]; 325 var kvinnor, 801 var män. En registerstudie vars resultat myndigheten utlämnat [4] visar följande:

Totalt hade 724 (64 %) av de 1126 personerna fått någon form av psykofarmaka inom ett år före självmordet. Av de 325 kvinnorna hade 250 (77 %) fått psykofarmaka; för de 801 männen var siffran 474 (59 %).

Totalt hade 502 (45 %) av de 1126 som begick självmord 2007 fått behandling med antidepressiva inom ett år före självmordet. Av de 325 kvinnorna hade 196 (60 %) fått antidepressiva medel; för de 801 männen var motsvarande siffra 306 (38 %).

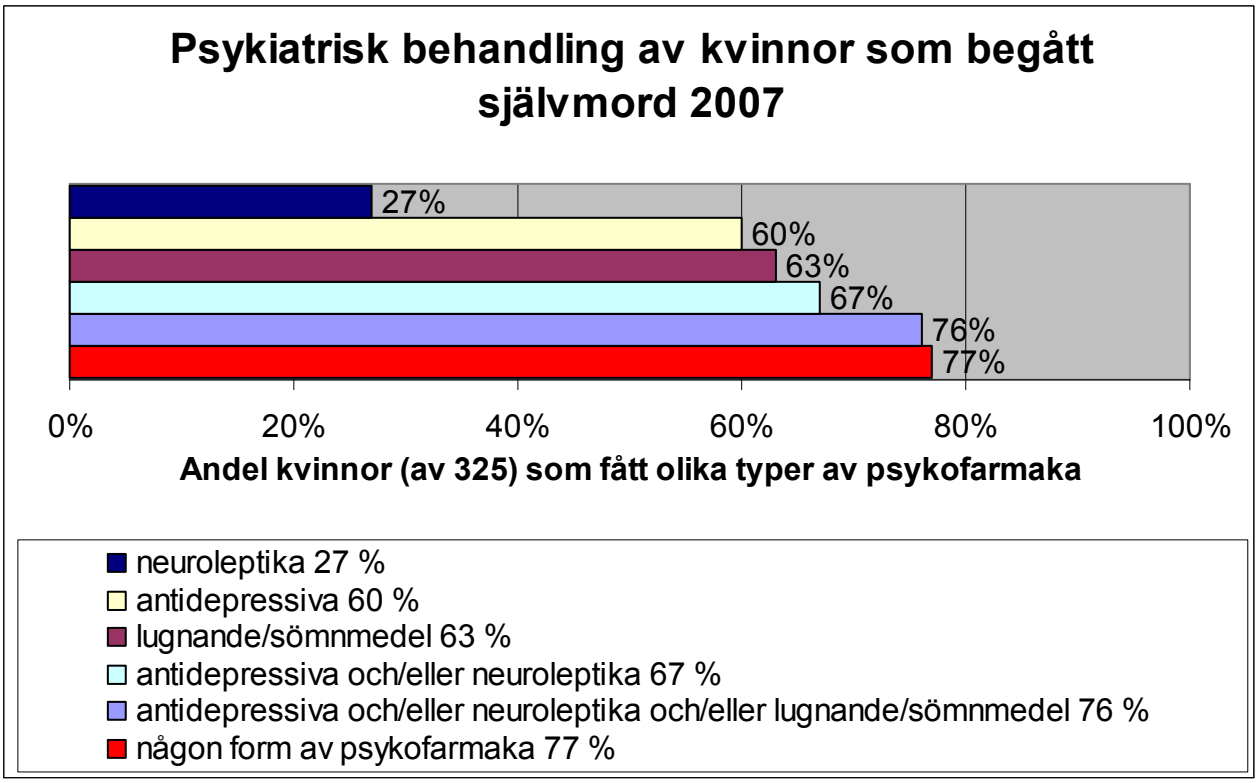
---

[2] Wettermark et al, *The new Swedish Prescribed Drug Register--opportunities for pharmacoepidemiological research and experience from the first six months*, Pharmacoepidemiology and Drug Safety, 2007, besökt 19 september 2009, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16897791

[3] Socialstyrelsen, *Dödsorsaker 2007,* juni 2009, besökt den 19 september 2009, http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-125-18

[4] Socialstyrelsen, Registerstudie över självmord 2007 och föregående behandling med psykofarmaka, utförd som del av Socialstyrelsens uppdragsverksamhet, juli 2009.

För de 325 kvinnorna gällde sammantaget att 196 (60 %) fick antidepressiva, 204 (63 %) fick sömnmedel/lugnande medel, 87 (27 %) fick neuroleptika, 21 (6 %) fick annan psykofarmaka.



Det här innebär att en stor andel av kvinnorna fick psykofarmaka ur mer än en klass under det sista året.

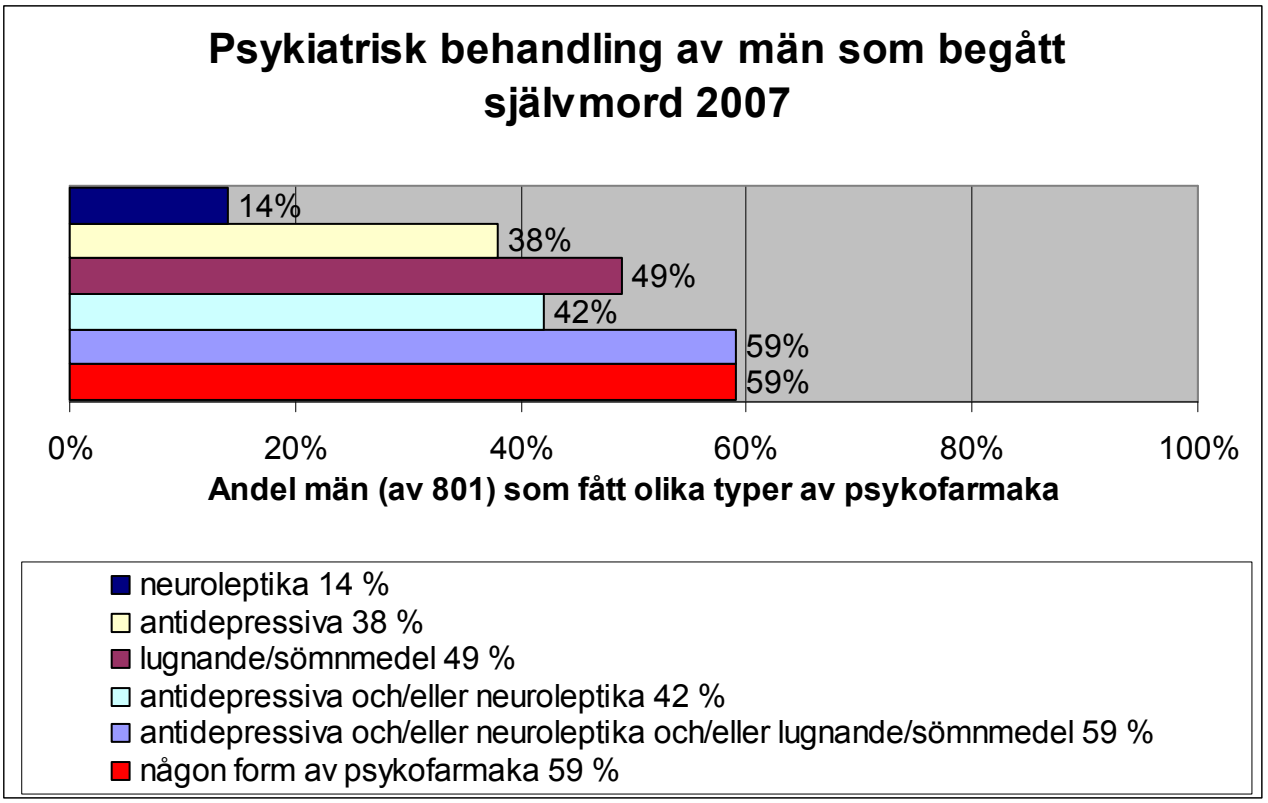
Uppgifterna visar att av de 325 kvinnorna fick 247 (76 %) antidepressiva *och/eller* neuroleptika *och/eller* sömnmedel/lugnande.

57 kvinnor (18 %) fick antidepressiva *och* sömnmedel/lugnande medel *och* neuroleptika inom ett år före självmordet. Av nedanstående tabell förstår man att 105+57=162 kvinnor (50 %) fick antidepressiva *och* sömnmedel/lugnande medel, att 57+8=65 kvinnor (20 %) fick antidepressiva *och* neuroleptika (ej medräknat vad de fick i övrigt).

Tabell över överlappning (1=förskrivet, 0= ej förskrivet)

KÖN	antidepressiva	neuroleptika	sömn/lugnande	antal (av 325)	procent
kvinnor	0	0	0	78	24%
kvinnor	0	0	1	29	9%
kvinnor	0	1	0	9	3%
kvinnor	0	1	1	13	4%
kvinnor	1	0	0	26	8%
kvinnor	1	0	1	105	32%
kvinnor	1	1	0	8	2%
kvinnor	1	1	1	57	18%

För de 801 männen gällde sammantaget att 306 (38 %) fick antidepressiva, 392 (49 %) fick sömnmedel/lugnande medel, 114 (14 %) fick neuroleptika, 27 (3 %) fick annan psykofarmaka.



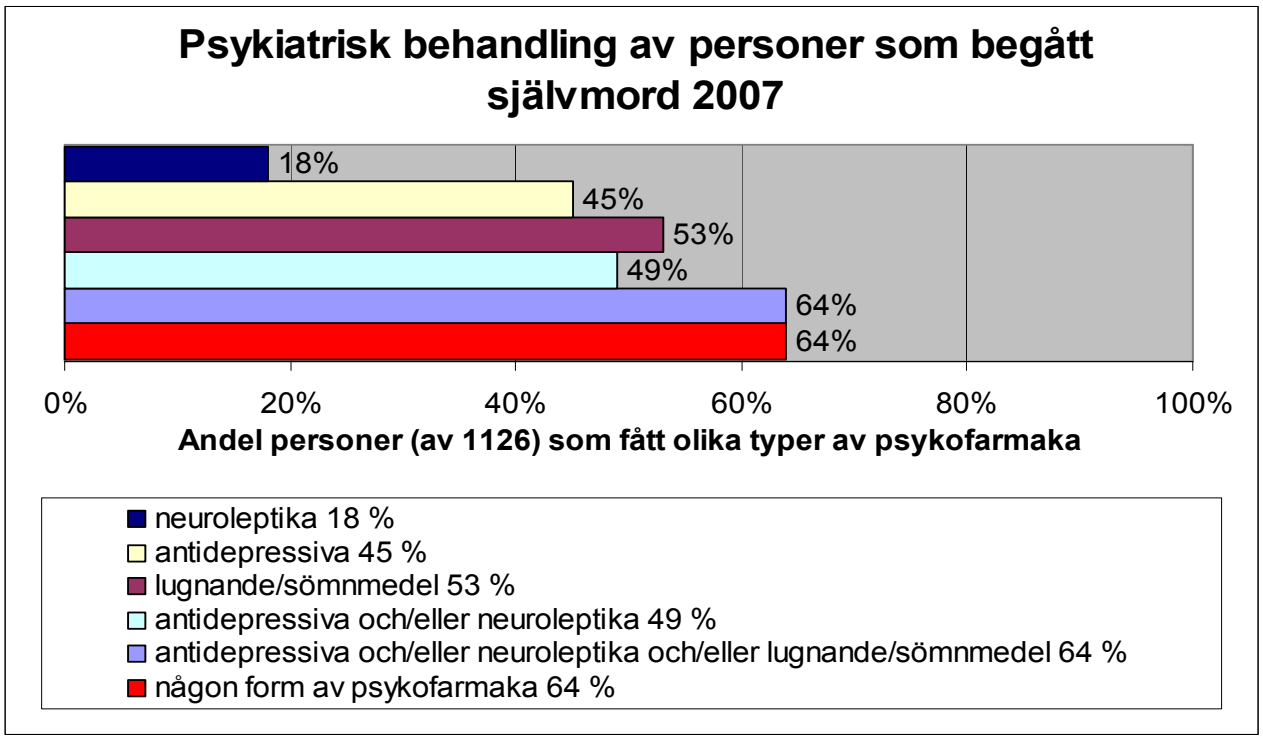
Uppgifterna visar att av de 801 männen fick 470 (59 %) antidepressiva *och/eller* neuroleptika *och/eller* sömnmedel/lugnande.

71 män (9 %) fick antidepressiva *och* sömnmedel/lugnande medel *och* neuroleptika inom ett år före självmordet. Av nedanstående tabell framgår också att 171+71=242 män (30 %) fick antidepressiva *och* sömnmedel/lugnande medel, att 71+9=80 män (10 %) fick antidepressiva *och* neuroleptika (ej medräknat vad de fick i övrigt).

Tabell över överlappning (1=förskrivet, 0= ej förskrivet)

KÖN	antidepressiva	neuroleptika	sömn/lugnande	antal (av 801)	procent
män	0	0	0	331	41%
män	0	0	1	130	16%
män	0	1	0	14	2%
män	0	1	1	20	2%
män	1	0	0	55	7%
män	1	0	1	171	21%
män	1	1	0	9	1%
män	1	1	1	71	9%

För 1126 personer som begick självmord 2007 gällde således att 502 (45 %) fick antidepressiva, 596 (53 %) fick sömnmedel/lugnande medel, 201 (18 %) fick neuroleptika, 48 (4 %) fick annan psykofarmaka.



Uppgifterna visar att av de 1126 personerna fick 717 (64 %) antidepressiva *och/eller* sömnmedel/lugnande *och/eller* neuroleptika.

128 (11 %) fick antidepressiva *och* sömnmedel/lugnande medel *och* neuroleptika inom ett år före självmordet. Av tabellerna ovan framgår att 404 personer (36 %) fick antidepressiva *och* sömnmedel/lugnande medel, att 145 personer (13 %) fick antidepressiva *och* neuroleptika (ej medräknat vad de fick i övrigt).

En mycket stor andel personer, framför allt av kvinnorna, hade således fått psykiatriska preparat, som skulle handha deras psykiska problem, och skydda dem från den yttersta konsekvensen – självmord.

Socialstyrelsens uppgifter visar också att personerna i en stor mängd fall fått fler än en typ av psykiatriskt preparat. För de 325 kvinnorna gäller att nästan en femtedel (18 %) hämtat ut recept på *tre olika typer* av psykofarmaka (antidepressiva, neuroleptika, sömnmedel/lugnande medel) och att 56 % hade fått *två eller fler*, inom ett år före självmordet.

Slutsatsen blir att en mycket stor andel av de personer som år 2007 begick självmord i Sverige fått omfattande behandling med psykofarmaka inom ett år före självmordet.

Notera att ovanstående data inte säger något om hur många *olika preparat* i de olika läkemedelsklasserna som personerna fick. Uppgifterna inkluderar inte heller de psykofarmaka som givits på sjukhus. En uppskattning från Socialstyrelsen är dock att en medräkning av de psykofarmaka som givits på sjukhus bara i liten grad skulle ändra de procentsatser som anges ovan.

I ett senare kapitel redovisas resultaten av en undergrupp till dessa självmord – de som anmälts till Socialstyrelsen enligt Lex Maria – där också en undersökning presenteras av exakt vilka preparat, och vilka mängder av dessa, personerna fick. I den gruppen inkluderas också de psykofarmaka som givits på sjukhus.

En varning måste utfärdas till de personer som själva tar psykiatriska preparat eller till anhöriga till patienter: Det kan vara nästan lika farligt att sluta med dessa preparat som att börja med dem. De skadliga förändringar som preparaten skapat i hjärnan kan ge sig kraftigt till känna när man *abrupt* försöker sluta med dem. Läkare *måste* konsulteras och noggrant övervaka nertrappningen av dosen.

Kapitel 2

Psykiatriska preparat

Psykiatriska preparat är inte kroppsegna ämnen som personer lider brist på, eller livsviktiga ämnen som måste tillföras kroppen. Psykofarmakan vid ”psykisk sjukdom” kan inte jämföras med exempelvis det insulin som diabetiker måste ta. Ändå framställs preparaten med just sådana typer av jämförelser.

Idén att människor som är nedstämda lider av en ”kemisk obalans”, att de ”har en depression” och lider brist på ämnet serotonin, har marknadsförts av de läkemedelsbolag som säljer antidepressiva medel (i klassen SSRI-preparat, som Cipramil, Zoloft, Seroxat och Fontex) i långt över ett decennium. Den intensiva marknadsföringen syftar till att få människor att tro att deras nedstämdhet är en *bristsjukdom* – att det är *livsviktigt* att tillföra det ämne som råder bot på denna brist – det antidepressiva medlet.

Läkare och patienter har av läkemedelsbolaget Pfizer fått veta: ”Serotonin är ett ämne som finns naturligt i kroppen och som vid obalans kan orsaka bl a depressiva symtom … Det verksamma ämnet sertralin [i Zoloft] hämmar återupptaget av serotonin i nerverna och kan på detta sätt korrigera obalansen.” [5] Och av Lundbeck: ”Cipralex verkar genom att normalisera serotoninnivåerna i hjärnan.” [6]

Men det finns inga vetenskapliga bevis för att nedstämdhet orsakas av en ”kemisk obalans” i hjärnan [7] [8]. Hypotesen har avfärdats med följande kärnfulla ord av en av de mest namnkunniga personerna i ämnet psykofarmakologi: ”Serotoninteorin om depression är jämförbar med masturbationsteorin om vansinne.” [9] (Den gamla teorin om att självbefläckelse, onani, ledde till vansinne.)

Psykiatriska preparat har *alltid* en viss toxisk effekt på hjärnan och på kroppen i övrigt; ett toxiskt (giftigt) ämne definierat som ett ämne som ”orsakar död eller skada när det intas eller absorberas av en levande organism”. Och psykofarmaka orsakar i viss dos *alltid* skada på hjärnan – en skada som kan vara den faktiskt *eftersökta effekten* – som den ”zombieeffekt” som äldre systematiskt utsätts för på äldreboenden, eller de ”kemiska lobotomier” som personer med psykotiska reaktioner ges med hjälp av neuroleptika [10]. Man kan säga att psykoaktiva ämnens ”toxiska

---

[5] Pfizer, Zoloft Våra läkemedel, där texten fortfarande den 19 september 2009 lyder som ovan http://www.pfizer.se/Sites/PfizerSE/Templates/Extension____3124.aspx?Letter=Z

[6] Lundbeck, Patientinformation om Cipralex, besökt 19 september 2009, http://sweden.lundbeck.com/Sweden/vardpersonal/depression/pdf/patientdagbok.pdf

[7] Leo/Lacasse, *The Media and the Chemical Imbalance Theory of Depression,* Society, (2007) 19 september 2009, http://www.springerlink.com/content/u37j12152n826q60/fulltext.pdf

[8] Leo/Lacasse, *Serotonin and Depression: A Disconnect between the Advertisements and the Scientific Literature*, PloS Medicine, (2005), besökt 19 september 2009, http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=get-document&doi=10.1371/journal.pmed.0020392

[9] Healy, citerad i artikeln *Ads for SSRI antidepressants are misleading, say researchers,* Medical News Today, (2005), besökt 19 september 2009, http://www.medicalnewstoday.com/articles/33290.php

[10] Whitaker, *Affidavit* (Till domstol lämnad skriftlig försäkran), om neuroleptika, (2007), besökt 19 september 2009 http://psychrights.org/Litigation/WhitakerAffidavit.pdf (se alla länkar till artiklar i dokumentet).

dos" är den dos där de börjar ha en effekt på beteendet – vilket i psykiatrin ses som den "terapeutiska dosen".

Vi har sett att en stor andel av de personer som begått självmord 2007 fått en omfattande psykofarmakologisk behandling. *Om* psykofarmakan skulle ha åtgärdat den påstådda *bristen* skulle, utifrån denna teori, också den psykiska störningen ha botats – och personerna skulle inte ha begått självmord.

Läkemedelsbolag och de till dessa knutna psykiatriska opinionsledarna arbetar enträget med att bevara myterna. Trots den ofantliga ökningen i utskrivning av psykofarmaka sägs befolkningen lida av "underbehandling" – de får inte *nog* med psykofarmaka, inte tidigt nog, inte i tillräckligt stor dos, och inte länge nog.

Och vi blir definitivt inte friskare av utskrivningen. Ökningen i sjuklighet tycks istället gå parallellt med ökningen i utskrivning av psykiatriska preparat – vilket borde ha fått en del sjukvårdspolitiker att ifrågasätta effekten av budgetanslagen. De flesta vanliga människor skulle ställa sig undrande till hur ledande biologiska psykiatriker bedömer andelen "psykiskt sjuka" i befolkningen. Som när psykiatriker Göran Isacsson i april 2008 refererar till forskning som visar att " … årsprevalensen av psykisk sjukdom [hos allmänheten] uppskattas till ca 30 procent" [11]. Nästan en tredjedel av befolkningen skulle alltså under loppet av ett år vara psykiskt sjuk!

Psykiatriker Isacsson är inte heller vem som helst. Han är en ledande psykiatrisk konsult till Socialstyrelsen och ligger bakom flera av myndighetens dokument om psykofarmaka och självmord (mera i kapitel 3). Han är också en av dem som mest bidragit till ökningen i utskrivning av antidepressiva medel och annan psykofarmaka i Sverige. Han har fått stort utrymme i Läkartidningen de sista 10 åren och har genom sina artiklar fört ut budskapet att antidepressiva medel skyddar mot självmord.

Isacsson har också utnyttjat rättsmedicinska data för att ge stöd åt sina idéer och har publicerat en mängd artiklar om sina fynd i olika psykiatriska tidskrifter. Budskapet har varit: Bara en väldigt liten andel personer som begår självmord har antidepressiva medel i blodet vid obduktion; det finns en stor föregående "underbehandling" bland dem som begår självmord; många fler måste få antidepressiva medel för att skyddas mot självmord.

Vi ska i nästa kapitel se mer på den verklighet som Isacsson inte berättat om.

[11] Isacsson, *Psykiatri är en medicinsk specialitet – punkt!,* Läkartidningen 8 april 2008, besökt 19 september 2009, http://www.lakartidningen.se/engine.php?articleId=9211

Kapitel 3

Rättsmedicinska utredningar om psykofarmaka och självmord

Socialstyrelsen och myndighetens psykiatriska konsulter har använt gamla data från rättsmedicinska utredningar till att driva upp bruket av antidepressiva medel och andra psykiatriska preparat.

Socialstyrelsen har aldrig offentliggjort nationella årsdata om förhållandet mellan psykofarmakabehandling och självmord. Inte i någon av myndighetens publikationer har politiker och allmänhet kunnat läsa fakta om vilka psykiatriska preparat de personer som tog livet av sig fick, eller någon analys av vad den, som vi nu vet, omfattande behandlingen kan ha betytt för det efterkommande självmordet.

I stället har myndigheten genom sina psykiatriska konsulter fört fram information, grundad på rättsmedicinska utredningar, om att människor som tar livet av sig är ”underbehandlade” – att de inte fått de psykiatriska preparat de borde ha fått.

I Socialstyrelsens senaste viktiga publikation i området, *Förslag till nationellt program för suicidprevention* (2006) [12], står (utan referens) på sidan 22:

”Av de personer med depressionsdiagnos som suiciderar är mer än 80 procent obehandlade vid tidpunkten för dödsfallet. Personer med depression är ofta obehandlade eller underbehandlade även efter ett suicidförsök. … Att behandla den underliggande psykiska störningen är alltså en central komponent i suicidpreventionen.”

En förfrågan om var myndigheten hittat dessa fakta får, av projektledaren för publikationen, ett svar att de kommer från en artikel av psykiatriker Göran Isacsson – som vid närmare undersökning visar sig vara från år 1996 [13]. Socialstyrelsen skriver att i artikeln ”uppskattas det årliga antalet suicid med depression som tagit antidepressiva medel till 120 av 1000 fall i Sverige (12 %) och antalet årliga suicid som inte tar antidepressiva medel till 880 av 1 000 fall (88 %)” [14] Myndigheten hävdar också att dessa uppgifter stöds av internationell forskning. Vidare hävdar myndighetens projektledare att ”antidepressiva medel skyddar mot depression, som är en av de viktigaste riskfaktorerna för suicid”… ”och att suicidalt beteende korrelerar med inadekvat förskrivning av antidepressiva medel” [15]. Den främsta

[12] Socialstyrelsen, *Förslag till nationellt program för suicidprevention* (2006), besökt 19 september 2009, http://ki.se/content/1/c6/04/19/34/Forslag%20till%20nationellt%20program%20for%20suicid%20prevention.pdf
[13] Isacsson, *Epidemiological data suggest antidepressants reduce suicide risk among depressives*, Journal of Affective Disorders, 1996.
[14] Socialstyrelsen, brevsvar, *Angående uppgift ur handlingen Förslag till nationellt program för suicidprevention,* 19 december 2006.
[15] Socialstyrelsen, brevsvar, *Angående uppgift ur handlingen Förslag till nationellt program för suicidprevention,* 9 januari 2007.

referensen är återigen Göran Isacsson, som också varit sakkunnig i Socialstyrelsens framtagning av rapporten.

Fakta är som vi sett i kapitel 1 att *året efter* det att Socialstyrelsen gav ut denna publikation (2007) hade 502 (45 %) av ALLA 1126 rapporterade personer som begått självmord i Sverige fått antidepressiva medel (inom ett år) före självmordet; för kvinnorna gällde att 196 (60 %) av 325 hade fått antidepressiva (inom ett år).

De uppgifter Socialstyrelsen ger är således felaktiga och har ingen relevans i nuet.

Den allra viktigaste informationen i det här området är patienternas *medicinska historia*, vilka behandlingsförsök som gjorts. Antidepressiva medel, neuroleptika och annan psykofarmaka ger skadliga förändringar i hjärnan som inte försvinner när preparaten sätts ut – i många fall ger de också kroniska skador, exemplifierat av de kända neurologiska skadorna från neuroleptika. Många patienter får mycket svåra reaktioner när de försöker sluta med preparaten, reaktioner som kan vara så allvarliga att de leder till självmord.

Fynd av psykofarmaka i blodet vid rättsmedicinska utredningar av självmord är därför av mycket begränsat värde. Detta är mycket viktigt att inse. Att man inte kan finna spår av de psykiatriska preparaten i blodet innebär *inte* att den tidigare behandlingen inte hade en *avgörande* inverkan vid självmordet.

Psykiatriker Isacsson har sedan början av 90-talet publicerat artiklar om rättsmedicinska utredningar av självmord och fynd av främst antidepressiva i dessa utredningar. Syftet har genomgående varit att visa att personerna var ”underbehandlade” och slutsatserna har också varit: alldeles för få personer har fått antidepressiva och många fler måste få det.

I den av Socialstyrelsen citerade artikeln skrev alltså Isacsson att bara 12 % av dem som begått självmord i Sverige hade fått antidepressiva vid tidpunkten för självmordet. Isacsson refererar till sina andra artiklar i ämnet, och tar upp att han i andra undersökningar kommit fram till ett likartat resultat, att för 16 % av dem som begår självmord kunde spår av antidepressiva hittas vid obduktion [16]. Isacsson säger vidare att han funnit att 15 % av dem som begått självmord hämtat ut ett recept på antidepressiva medel inom tre månader före självmordet – och från detta dras slutsatsen om ”underbehandling”. (Jämför med de data som lagts fram i kapitel 1).

En förfrågan i maj 2009 till Nationellt Center för Suicidprevention (NASP) vid Karolinska Institutet (KI) över *uppdaterade* uppgifter (eller om sådana inte fanns, tidigare uppgifter) om förhållandet mellan självmord och behandling med psykofarmaka i Sverige, får ett intressant svar. Referens ges till forskning av psykiatriker Svante Henriksson och till hans avhandling i ämnet (under handledning av psykiatriker Göran Isacsson), publicerad på KIs hemsida.

[16] Isacsson, et al, *Antidepressants, depression and suicide: An analysis of the San Diego Study*. Journal of Affective Disorders, 1994.

I pressmeddelandet om avhandlingen[17] på hemsidan ges informationen: ”Få, om ens några självmordsfall hade antidepressiv behandling när de dog”, som i lite modifierad form också är Henrikssons budskap i NASPs rapport från 2008[18]: ”Få, men dock några, självmordsfall hade vid dödstillfället pågående behandling med antidepressiva läkemedel.” En närmare titt på detta visar att forskningen grundar sig på uppgifter från den första hälften av 90-talet.

Det är alltså till dessa data man hänvisas när man hos NASP efterfrågar uppgifter om vilken psykofarmakologisk behandling som de personer som begått självmord fått en viss tid före eller i samband med självmordet. I övrigt ges referens till Socialstyrelsen (som vi alltså vet inte har publicerat andra uppgifter).

Isacssons och Henrikssons forskning har inget med dagens situation att göra. Om deras uppgifter någonsin stämt så stämmer de i alla fall inte idag, och deras slutsatser, som starkt bidragit till dagens mycket höga utskrivning av antidepressiva medel, får inte längre tillåtas påverka svenska myndigheters ställningstaganden.

Idag vet vi (se kapitel 1) att hela 60 % av de kvinnor som begick själmord 2007 hade fått antidepressiva inom ett år före självmordet, och att 45 % av alla (kvinnor och män) hade fått det.

Vi ska nu jämföra uppgifterna i kapitel 1 med alla de nya rättsmedicinska undersökningar av självmord som gjorts för 2007.

---

[17] KI, *Endast en mindre andel av deprimerade patienter får antidepressiva läkemedel,* sidan uppdaterad den 10 juli 2006, besökt 19 september 2009, http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?a=15340&d=933&l=sv

[18] NASP, *Den sjätte nationella nätverkskonferensen om självmordsprevention*, 14-15 november 2007, Rapport 2008, s. 139, besökt 19 september 2009 http://ki.se/content/1/c6/04/22/25/Rikskongress%206%20Natverkskonference%202008.pdf

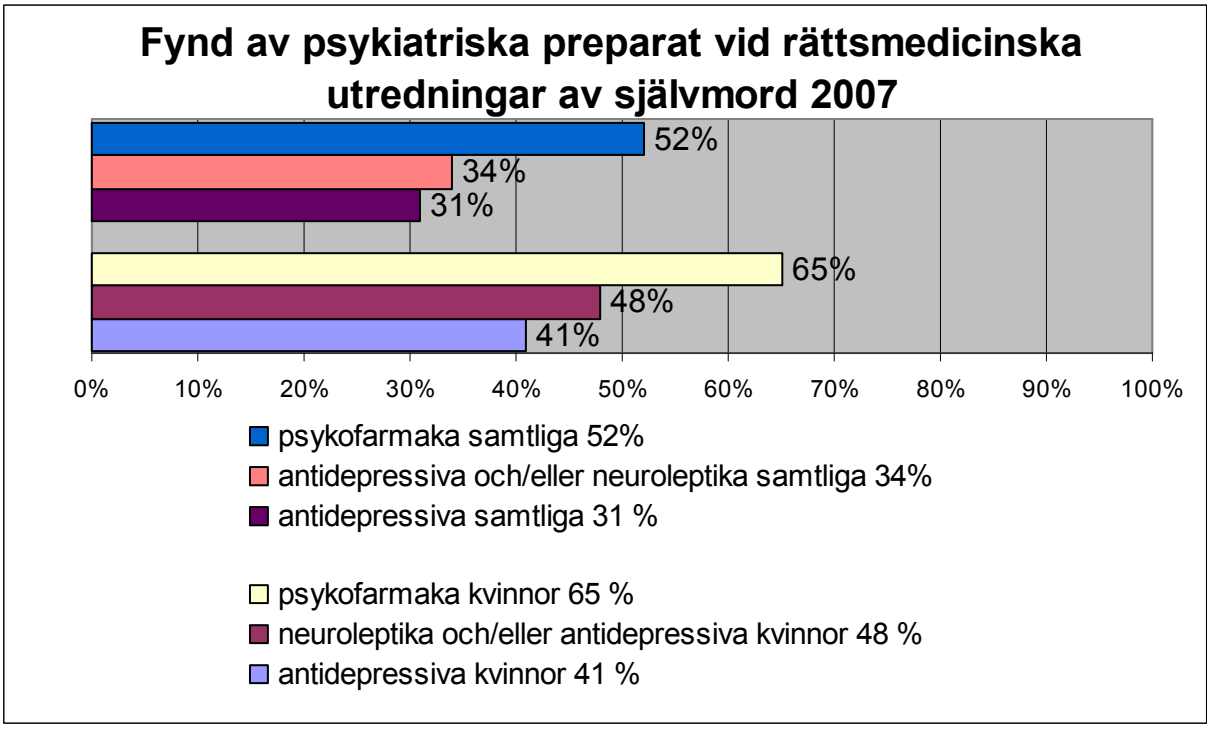
Resultat från rättsmedicinska utredningar om självmord 2007

Så gott som alla självmord i Sverige blir föremål för rättsmedicinsk utredning och med stöd av offentlighetsprincipen har följande uppgifter tagits fram[19]:

1109 sådana utredningar om självmord gjordes för år 2007[20].

En genomgång av dessa utredningar[21] visar att 132 (41 %) av de 320 kvinnorna som begått självmord hade spår av antidepressiva medel i blodet. 209 (65 %) av kvinnorna hade spår av psykofarmaka (alla kategorier).

De rättsmedicinska utredningarna visar att 31 % av samtliga män och kvinnor som begått självmord under år 2007 hade spår av antidepressiva medel i blodet. Totalt fanns fynd av psykofarmaka (alla kategorier) hos 575 (52 %) av dessa män och kvinnor.



[19] Data har utlämnats från de sex rättsmedicinska avdelningarna i Sverige (Umeå, Uppsala, Stockholm, Linköping, Göteborg och Lund) över hittade förekomster av olika psykofarmaka vid obduktioner av självmord för 2007. Utlämnandet av uppgifter har skett under hösten 2008

[20] I Socialstyrelsens uppgifter över utförda obduktioner anges i *Dödsorsaker 2007,* s. 256 där det sägs att 1095 obduktioner utfördes vid de fall av säkra självmord (1126) som rapporterats för 2007. Uppgifterna ovan är baserade på de 1109 utredningarna som utlämnats från de rättsmedicinska avdelningarna. Skillnaden, som utgör 16 fall kan antas bero på senare justeringar i klassificering och påverkar bara marginellt resultatet av denna undersökning.

[21] Reservation måste göras för smärre felräkningar och felklassificeringar i sammanställningen, som alltså gjorts ur material utlämnat enligt offentlighetsprincipen, där författaren inte haft tillgång till ursprungsrapporter och naturligtvis inte heller till de goda analysresurser eller den statistiska förmåga som finns på Socialstyrelsen.

Det måste än en gång betonas att fynd av psykofarmaka i blodet, vid obduktioner av självmord, har mycket begränsat värde *i jämförelse med patienternas medicinska historia.* Som vi sett i kapitel 1 och som vi ska få mer detaljer om i kapitel 4 har de personer som begått självmord i Sverige år 2007 fått *en mycket omfattande behandling med psykiatriska preparat*. Det är *denna behandling* och dess relation till det efterföljande självmordet som är det verkligt viktiga i sammanhanget.

Samtidigt tjänar genomgången av de 1109 utredningarna om självmord syftet att tillbakavisa de gamla uppgifter som lagts fram och de slutsatser som gjorts av Isacsson och andra svenska psykiatriker – baserade på just rättsmedicinskt material.

Vi vet nu att 31 % av alla de personer som begick självmord för 2007 hade spår av antidepressiva i blodet vid obduktion och att det för kvinnorna var 41 %. Uppgifterna från Isacsson om de 12 procenten och om att 80 % är ”obehandlade” vid tidpunkten för självmordet kan strykas från Socialstyrelsens framtida publikationer.

Vi vet också att för 65 % av kvinnorna som begått självmord 2007 gällde att de hade spår av psykofarmaka i blodet och att andelen för män och kvinnor var 52 %. (Hur många *ytterligare* personer som hade mindre mängder psykofarmaka i kroppen än de som upptäcks vid rättsmedicinsk analys vet vi inte.)

Nedan presenteras en tabell över de fynd som gjorts i utredningarna när det gäller antidepressiva medel hos kvinnor.

Typ av antidepressivt medel	**Antal kvinnor**
SSRI-medel	
Citalopram (Cipramil)	45
Fluoxetin (Fontex)	16
Paroxetin (Seroxat)	2
Sertralin (Zoloft)	16
	Totalt 79 fall med kvinnor som fick SSRI-preparat (I de sällsynta fall där personen fått mer än ett SSRI-preparat, har bara ett räknats). **Hos 25 % av de 320 kvinnorna har SSRI hittats.**
Andra moderna antidepressiva	
Duloxetin (Cymbalta)	2
Mianserin	1 (i 3 fall med annat nytt antidepressivt)
Mirtazapin (Remeron)	17 (i 14 fall med annat nytt antidepressivt, 1 TCA)
Reboxetin (Edronax)	1 (i 1 fall med annat nytt antidepressivt)
Venlafaxin (Efexor)	19 (i 7 fall med annat nytt antidepressivt)
	Totalt 40 fall + SSRI = 119/320 (37 %)
Tricykliska antidepressiva	
Karbamazepin (Tegretol) (inkluderat som nära besläktat med tricykliska)	2 (i 2 fall med annat antidepressivt)
Klomipramin (Anafranil)	3 (i 1 fall med annat antidepressivt)
Amitriptylin (Tryptizol)	8 (i 4 fall med annat antidepressivt)
Maprotilin (Ludiomil)	0 (i 1 fall med annat antidepressivt)
	Totalt 13 fall + nya antidepressiva = 132
	Hos 132/320 – 41 % av kvinnorna hittades antidepressiva

Kapitel 4

Självmord 2007 anmälda per Lex Maria – behandling med psykofarmaka

Den allra mest uttömmande redovisningen av självmord och tidigare psykiatrisk behandling kan göras via de Lex Maria-anmälningar som inkommit till Socialstyrelsen. Nedan finns en sådan redovisning av senast tillgängliga uppgifter – för år 2007.

Enligt Socialstyrelsens rapport *Självmord 2006 anmälda enligt Lex Maria* [22], kan minimisiffran för antalet anmälningar om självmord enligt Lex Maria, uppskattas till att bli cirka 400 per år, vilket ungefär motsvarar en tredjedel av det totala antalet personer (cirka 1200), som årligen begår självmord. Ungefär ett av tre självmord anmäls således, och det är bara *för dessa anmälda fall* som det finns utförliga uppgifter (med utdrag ur patientjournaler).

I nedanstående analys har uppgifter om de fall som anmälts enligt Lex Maria begärts ut från Socialstyrelsens sex olika tillsynsenheter. De begärda uppgifterna har innefattat de fall som anmälts för år 2007 och den psykiatriska behandling som personerna fått. Fokus har varit på den psykofarmaka som personer fått **inom ett år före självmordet.** Inkluderat i dessa uppgifter är också den psykofarmakologiska behandling som givits på sjukhus, som inte finns täckt av uppgifterna i kapitel 1.

Sammanlagt har, enligt de data som utlämnats sommaren 2008, 393 fall rapporterats till de sex olika tillsynsenheterna (RT:na) för år 2007, enligt följande:

RT Umeå:	29
RT Örebro:	101
RT Stockholm:	81
RT Jönköping:	46
RT Göteborg:	67
RT Malmö:	69
Totalt	**393**

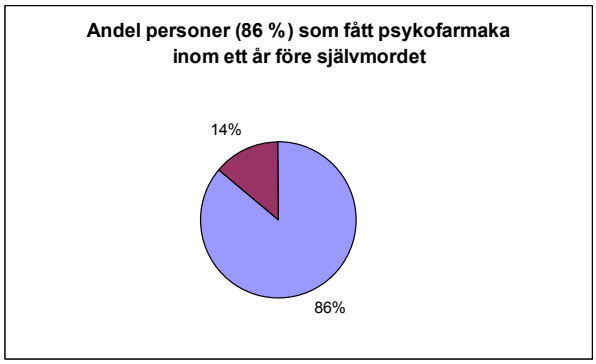
Uppgifter i dessa ärenden har analyserats med avseende på vilken psykiatrisk behandling som föregick det tragiska självmordet i vart och ett av fallen. Data har tagits fram om vilka *klasser* av psykofarmaka som använts (neuroleptika, antidepressiva, bensodiazepiner etc.) och om vilka *enskilda preparat* som använts. En uppdelning i kön har *inte varit möjlig* utifrån de uppgifter som utlämnats. Där det varit möjligt har en uppdelning gjorts mellan de psykofarmaka som använts strax innan självmordet och de som använts tidigare under året.

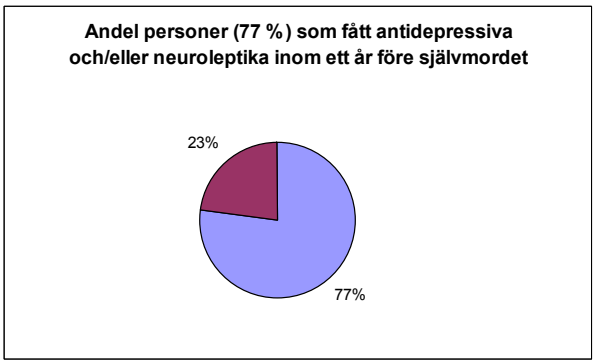
[22] Socialstyrelsen, *Självmord 2006 anmälda enligt Lex Maria,* (2007), besökt 19 september 2009, http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8998/2007-109-22_200710922.pdf

En genomgång av den behandling som givits visar följande:

I 338 av de 393 Lex Maria-fallen[23] – **i 86 % av fallen** – hade personerna fått behandling med psykofarmaka inom ett år före självmordet.

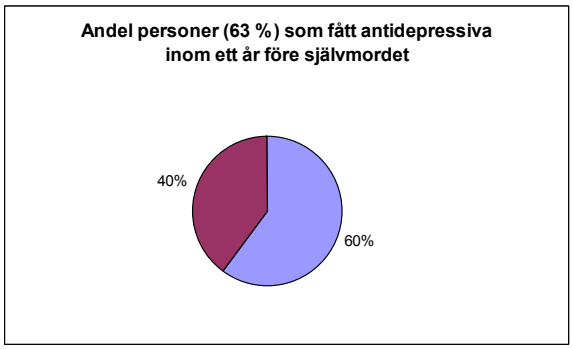
I 304 fall **– i 77 % av fallen** – hade personerna fått behandling med antidepressiva medel *och/eller* neuroleptika.

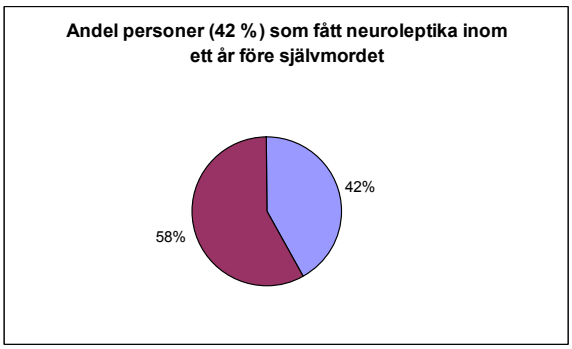




I 246 fall – **i 63 % av fallen** – hade personerna fått behandling med antidepressiva medel.

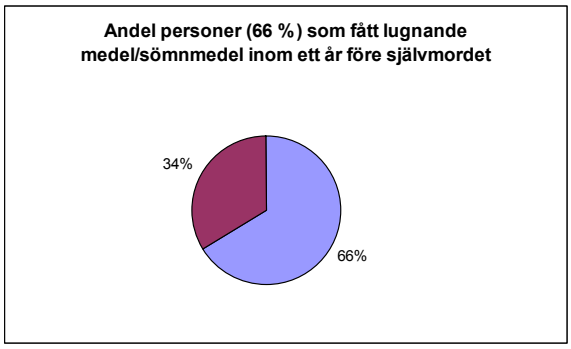
I 164 fall – **i 42 % av fallen** – hade personerna fått behandling med neuroleptika.





[23] När Socialstyrelsen publicerar data från Lex Maria-anmälningarna om självmord för 2007 kan sifforna komma att skilja sig en aning från de ovanstående. En del av de 393 fall, för vilka de regionala enheterna lämnat uppgifter, kan av olika skäl komma att exkluderas från Socialstyrelsens slutsammanräkning.

I 261 fall – **i 66 % av fallen** – hade personerna fått behandling med lugnande medel och/eller sömnmedel; psykofarmaka i klassen bensodiazepiner eller bensodiazepinliknande medel.



I tillägg till ovanstående hade en avsevärd andel personer också fått behandling med psykofarmaka av annan klass. Det här är alltså psykofarmaka som epilepsimedicin som nyligen börjat användas som ”stämningsstabiliserande medel” (Lyrica, Lamictal), ”ADHD-medel” (Concerta, Ritalin, Strattera), och andra typer av preparat som Subutex och Heminevrin.

Den totala mängden psykiatriska preparat

För den mest rättvisande bilden av situationen krävs en beskrivning av *den totala mängden psykiatriska preparat* som personerna fått[24].

”Mängden behandling” kan uttryckas i att de 338 personer (av 393) som fick psykofarmaka, **i genomsnitt** fick 4 olika psykiatriska preparat under året före självmordet.

Av de ovanstående diagrammen förstås att många personer fick psykiatriska preparat av *flera olika klasser* (inte bara *olika lugnande medel* eller *olika antidepressiva medel*). Så till exempel fick 29 % (98 personer), av de 338 personer som fick psykofarmaka, behandling med neuroleptika *och* antidepressiva medel *och* lugnande medel/sömnmedel under sista året före självmordet.

Det här betyder inte att när ett preparat sattes in så togs ett annat bort. Tvärtom betyder det att i de allra flesta fall fick personer många olika psykiatriska preparat *samtidigt*.

[24] Det bör noteras att det i redovisningen av den psykofarmakabehandling, som de personer som anmälts per Lex Maria fått, också inkluderas den psykofarmaka som skrivits ut på sjukhus. Den på sjukhus utskrivna psykofarmakan finns inte med i Socialstyrelsens läkemedelsregister och är, som tidigare sagts, därför inte inkluderad i redogörelsen i kapitel 1.

Exempel 1: I området för en tillsynsenhet stod de personer som behandlades med psykofarmaka i genomsnitt på 3,2 olika psykiatriska preparat *vid tiden för självmordet*. 36 % stod på 4 preparat eller fler.

Exempel 2: I området för en annan tillsynsenhet stod likaså de personer som behandlades med psykofarmaka i genomsnitt på 3,2 olika psykiatriska preparat *vid tiden för självmordet*. 32 % stod på 4 preparat eller fler.

Av de 338 personer som fick psykofarmaka, rapporterades 39 (12 %) ha fått elchocker (ECT) under året närmast före självmordet – som mest hade en person fått en serie med 12 elchocker och 15 olika psykiatriska preparat under året. Dessa 39 personer hade samtidigt med elchockerna fått behandling med psykofarmaka med i genomsnitt 5,6 olika psykiatriska preparat under det senaste året.

Bara 37 personer (11 %) av de 338 personerna hade fått 1 psykiatriskt preparat under det senaste året.

Fakta är uppenbara: De kvinnor och män som begått självmord och där anmälan gjorts per Lex Maria, har i överväldigande hög grad gjort det efter att ha fått behandling med stora mängder psykiatriska preparat, inom ett år före och vid tiden för självmordet.

Kapitel 5

”Adekvat medicinering” – kliniska prövningar

De fall som beskrivits i tidigare kapitel fick, trots det fatala resultatet, ”adekvat medicinering” – i den betydelse Socialstyrelsen och psykiatrin nu ger åt begreppet. Läkemedelsbolagens opublicerade studier visar dock att man mycket väl vet att preparaten ökar risken för självmordsbeteende.

De personer som beskrevs i förra kapitlet fick:

- *de nya antidepressiva medlen* (som Cymbalta 23 personer, Efexor 41, Zoloft/sertralin 49, Cipralex 33),
- *de nya formerna av neuroleptika* (som Risperdal 31, Zyprexa 52,)
- *de nya bensodiazepinliknande sömnmedlen* (som Zopiklon/Imovane 128), Stilnoct 53),
- *de nya ”stämningsstabiliserande medlen”* (som Lamictal 21, Lyrica 19).

Se diagram och tabeller över detaljer, i bilagan, sidan 24.

Personerna fick alltså *i genomsnitt* 4 olika psykiatriska preparat under året före självmordet.

Det finns – om man vill förstå de verkliga effekterna av psykofarmaka – bättre informationskällor än läkemedelsbolagen och de till dessa kopplade psykiatriska opinionsledarna.

Bättre informationskällor är de kliniska prövningar av de psykiatriska preparaten som läkemedelsbolag gjort men, som man på grund av ett för den framtida försäljningen olämpligt resultat, låtit bli att publicera, och de viktiga studier som gjorts av oberoende forskare.

Ett antal av dessa prövningar visar att antidepressiva medel och neuroleptika *ökar risken för självmordsbeteende och direkt orsakar effekter som leder till självmord*.

Några av de artiklar i vilka dessa resultat beskrivs – artiklar som ger *mängder* av referenser för den som vill veta mer – är: Healy, *Antidepressants and Violence: Problems at the Interface of Medicine and Law,* (2006) [25]; Breggin, *Suicidality, violence and mania caused by selective serotonin reuptake inhibitors, (SSRIs): A review and analysis,* (2004) [26]; Whitaker, *Affidavit* (Till domstol lämnad skriftlig försäkran) om neuroleptika (2007) [27].

---

[25] Healy, *Antidepressants and Violence: Problems at the Interface of Medicine and Law,* PloS Medicine (2006), , besökt besökt 19 september 2009, http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=get-document&doi=10.1371/journal.pmed.0030372

[26] Breggin, *Suicidality, violence and mania caused by selective serotonin reuptake inhibitors, (SSRIs): A review and analysis,* International Journal of Risk & Safety in Medicine 16 (2003/2004) 31–49, besökt 19 september 2009, http://www.breggin.com/31-49.pdf

[27] Whitaker, *Affidavit* (Till domstol lämnad skriftlig försäkran), om neuroleptika, (2007), besökt 19 september 2009, http://psychrights.org/Litigation/WhitakerAffidavit.pdf

Ett av de fenomen som beskrivs i ovanstående artiklar är *den extrema inre rastlöshet*, som direkt kan *orsakas,* av neuroleptika och antidepressiva medel. Personerna kan inte sitta still, måste röra sig, vill ”krypa ur skinnet”, känner att de håller på att bli galna. Tillståndet kallas akatisi (från grekiskans *a* [inte] och *káthisis* [sitta]) och är helt och hållet skapat av de psykiatriska preparaten (alltså inte av någon ”underliggande sjukdom”).

Att fenomenet inte har med personens psykiska problem att göra – utan att det är helt och hållet skapat av psykofarmakan – har konstaterats i studier där friska försökspersoner fick ta preparaten, och då drabbades av dessa effekter. *Akatisi* är ett tillstånd som bevisats driva personer till självmord (och till våldshandlingar mot andra).

Tillståndet beskrivs i FASS (Farmaceutiska Specialiteter i Sverige), där det till och med för neuroleptika anges som *vanligt* (det vill säga förekommer hos 1-10 % av de patienter som får medlen, se exempelvis FASS-texten för Zyprexa [28]). Akatisi skapas också av antidepressiva medel, som också som *vanlig* skadeverkning har det närliggande tillståndet *agitation*, där personer känner att de måste röra sig, vrida händerna etc, med en känsla av ångest eller spänning (se FASS-texten för det antidepressiva medlet Cymbalta [29]). Akatisi och agitation är del av det (bi)verkningsspektrum som antidepressiva medel har, och som börjar med sömnsvårigheter, nervositet, irritation, och fortsätter mot mer allvarliga effekter som agitation, aggression, akatisi och olika maniska tillstånd [19].

I ovanstående artiklar och referenser framgår den stora mängd skador som bevisligen skapas av antidepressiva medel och neuroleptika. De sätt på vilka dessa medel bidrar till eller direkt orsakar fenomen som leder till självmord finns också utförligt beskrivna.

När det gäller lugnande medel och sömnmedel (bensodiazepiner) finns deras sedan länge kända skadeverkningar – och självmordsrisker – beskrivna i exempelvis Breggin, *Brain-Disabling Effects of Benzodiazepines* (1997) [30].

Som tidigare redovisats har de personer som begått självmord 2007, och anmälts enligt Lex Maria, fått i genomsnitt 4 psykiatriska preparat under det gångna året – och de har i många fall fått dessa preparat *samtidigt*.

Men om effekterna som beskrivits ovan är de ”bidrag” psykiatriska preparat kan ha för det efterföljande självmordet – hur har Socialstyrelsen beaktat preparatens effekter i sina utredningar och hur har dessa effekter rapporterats till den myndighet som samlar in läkemedelsbiverkningar, Läkemedelsverket?

---

[28] FASS, Zyprexa, produktresumé, besökt 19 september 2009, http://www.fass.se/LIF/produktfakta/artikel_produkt.jsp?NplID=19960927000089&DocTypeID=6

[29] FASS, Cymbalta, produktresumé, besökt 19 september 2009, http://www.fass.se/LIF/produktfakta/artikel_produkt.jsp?NplID=20040607005095&DocTypeID=6

[30] Breggin, *Brain-Disabling Effects of Benzodiazepines* (1997), från boken *Brain-Disabling Treatments in Psychiatry*, besökt 19 september 2009, http://www.benzo.org.uk/breggin.htm

Kapitel 6

Socialstyrelsens agerande och den obefintliga biverkningsrapporteringen

I de utredningar som Socialstyrelsen gjort av de fall som anmälts per Lex Maria, liksom i myndighetens rapporter om självmord anmälda 2006 enligt denna lag,[31] saknas genomgående en sak: Frågan om själva *innehållet* i den psykiatriska behandlingen kunde ha orsakat eller bidragit till det tragiska slutresultatet – självmord.

Det huvudsakliga *innehållet* utgjordes för år 2007 i 86 procent av Lex Maria-fallen – av psykofarmaka.

I stället för att ställa frågor om de psykiatriska preparatens roll enas rapporterande psykiatriker och Socialstyrelsen om, som det genomgående framgår i utredningsmaterialet, att personerna fick ”adekvat medicinering”.

Socialstyrelsen känner dock tilll att psykofarmakan kan framkalla självmordsbenägenhet eller ökad självmordsbenägenhet (speciellt i början, vid doshöjning/-sänkning, tillägg av andra preparat eller utsättning). Myndigheten har kunskap om den allvarliga skadeverkningen *akatisi*, som en bakomliggande orsak till självmord och våld mot andra. Man vet att ett utvecklat tillstånd av agitation eller akatisi felaktigt kan hanteras genom *doshöjning* eller insättning av ytterligare psykofarmaka (i tron att symtomen var ett utslag av förvärrad ”psykisk sjukdom”). Man vet att allvarliga fysiska och psykiska tillstånd kan orsakas genom samtidig förskrivning av flera olika psykofarmaka – och som framgått tidigare: Den ”adekvata medicineringen” bland de personer som begick självmord, och där händelsen anmäldes per Lex Maria, uppgick till i genomsnitt fyra olika psykofarmaka det sista året. Det finns i det till Socialstyrelsen inkomna materialet ett överflöd av bevis på att de skadeverkningar som uppkommer av psykofarmakan ses som ytterligare ”symtom” – och behandlas med ytterligare preparat, med en – som vi sett – ofta dödlig utgång.

Men Socialstyrelsen ställer inte i sina utredningar följande i sammanhanget självklara frågor: Blev patienten grundligt informerad om de skadeverkningar som de antidepressiva medlen, neuroleptikan eller de andra psykiatriska preparaten kan ge, så att han inte trodde att negativa effekter var ”psykiatriska symtom”, och tecken på ”underliggande sjukdom”? Var det så att läkaren och annan personal, speciellt i de inledande skedena vid utskrivning av SSRI-preparat eller neuroleptika aktivt tittade efter tecken på akatisi, agitation och självmordsbenägenhet? Informerades verkligen patienten (och eventuellt anhöriga) om risken att utveckla sådana symtom?

[31] Socialstyrelsen, *Självmord 2006 anmälda enligt Lex Maria,* (2007), (om de 153 först utredda fallen) http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8998/2007-109-22_200710922.pdf , och den i Läkartidningen återgivna rapporten från hela 2006, i artikeln *Brister i vården i två av tre självmordsfall,* http://www.lakartidningen.se/store/articlepdf/1/10495/LKT0842s2944_2946.pdf besökta 19 september 2009.

Omvärderade läkaren vid fall av akatisi eller agitation bruket av det antidepressiva medlet eller neuroleptikan? Blev patienten verkligen informerad om de fenomen som medlen kan orsaka främst vid insättning, dosändring, tillägg av andra preparat och utsättning? Blev patienten utsatt för en abrupt utsättning av det antidepressiva medlet eller neuroleptikan? Kände den behandlande läkaren till de av behandlingen skapade riskerna och tog läkaren dessa på allvar? Höjdes dosen när tillståndet i fråga högst troligt var skapat av behandlingen? Vilka effekter skapade det massiva bruket av många olika psykiatriska preparat? Varför gjordes inte en långsam utsättning av *alla* psykiatriska preparat i de fall där medicineringen uppenbart inte hade någon positiv effekt?

Själva skälet till att dessa frågor inte ställs, inte är med i utredningsförfarandet, är att gamla myter om antidepressiva medels och neuroleptikas ”självmordsskyddande effekt” och milda biverkningar – direkt hämtade från läkemedelsbolagens marknadsföringsmaterial – fortfarande tillåts styra myndighetens agerande centralt. De regionala tillsynsenheterna har av Socialstyrelsen centralt fått en ”utredningsmall” som ska användas vid utredningar av inkomna självmordsrapporter. Ingenstans i denna mall (version 23 januari 2007) finns uppgifter om de antidepressiva medlens eller neuroleptikans *suicidskapande effekter* med. Inga frågor av den ovan skisserade typen finns upptagna i mallen.

En *mycket stor andel* av de personer som tagit livet av sig och där fallen anmälts per Lex Maria har enligt de uppgifter som framkommer i Socialstyrelsens material *fått samtidig behandling med antidepressiva, bensodiazepiner och neuroleptika.* Eftersom en av Socialstyrelsens uppgifter är att se till att vård ges ”enligt vetenskap och beprövad erfarenhet” riktades frågor till berörda myndigheter om vilka vetenskapliga studier som ger stöd för sådan behandling. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) svarade den 6 augusti 2008 (A. Pettersson). Svaret blev att när SBU gjorde en genomgång 2004 så ”saknades studier som undersöker effekten av den kombinationsbehandling du efterfrågar”. Läkemedelsverket (B. Bergman, 21 augusti 2008) kan inte heller ge någon sådan studie, inte heller från åren efter 2004: ”Vi känner inte till några RCT [randomiserade kliniska studier] med detta upplägg.” Socialstyrelsen svarar irriterat på frågan, och berättar att det inte är myndighetens uppgift att leta efter sådana studier.

Man kan alltså konstatera att det inte finns något vetenskapligt belägg för att ge den behandling som gavs till en *stor mängd* av de personer som tog livet av sig 2007 och där fallen anmäldes enligt Lex Maria. När det gäller den ”beprövade erfarenheten” av denna behandling så säger Läkemedelsverket att denna behandling enligt erfarenhet ”är betydligt mindre vanlig” och om den förekommer så ”måste [den] givetvis omprövas fortlöpande och definitivt inte fortsätta slentrianmässigt”. Jag får då konstatera att den bild som framkommer av Socialstyrelsens data är att denna ”behandling” inte alls är ovanlig – tvärtom – åtminstone bland de personer som tagit livet av sig – och att den ofta fortlöper slentrianmässigt.

Man kan alltså säga att *den behandling som personer fått i dessa fall, strider mot vetenskap och beprövad erfarenhet* – även med Socialstyrelsens mått mätt. Trots det har inte myndigheten slagit ner på det här i ett enda av de fall jag tagit del av.

Biverkningsrapporteringens sammanbrott

I 86 % av de fall av självmord som anmälts enligt Lex Maria för år 2007 fick personerna behandling med psykofarmaka.

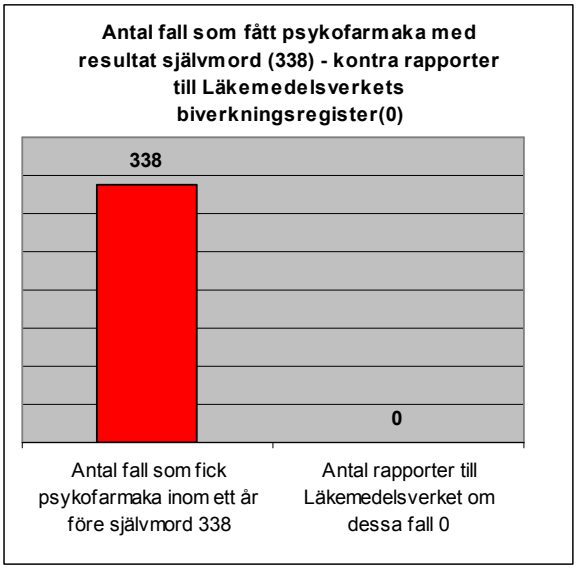
I 0 (noll) % av fallen anmäldes saken som ett biverkningsärende till Läkemedelsverkets biverkningsregister!

Inte i ett enda av dessa självmordsfall ansåg behandlande läkare (de flesta psykiatriker) att de psykiatriska preparaten kunde ha orsakat det tragiska resultatet eller ens varit en misstänkt bidragande faktor i sammanhanget.

Inte en enda biverkningsrapport skickades in om de 338 Lex Maria-fall som begick självmord efter att ha fått psykofarmaka!

Det här är om något ett bevis på att systemet för rapportering av biverkningar helt brutit samman. Om inte ens så allvarliga skadeverkningar som självmordsbeteende som lett till ett dödligt resultat anmäls, hur är det då inte ställt med rapporteringen av andra skadeverkningar som patienter utsätts för?

Sjukvårdspersonal har en skyldighet att rapportera misstänkta biverkningar till Läkemedelsverket. Denna skyldighet måste rimligen utsträckas också till de läkare på Socialstyrelsens tillsynsenheter som utreder de till enheten anmälda fallen. Men ingen av dessa läkare har i något fall ansett att den omfattande behandlingen med psykofarmaka kan ha orsakat eller starkt bidragit till den dödliga utgången. Ingen av dem har lämnat någon biverkningsrapport.



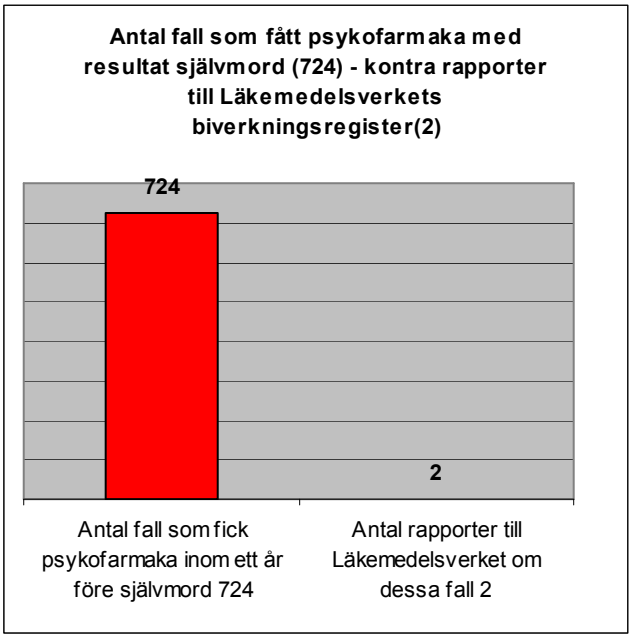
Socialstyrelsens ledning har den 15 oktober 2008 bekräftat att man tagit del av informationen ovan om Lex Maria-fallen och den icke existerande rapporteringen av biverkningar. Beslut: ”Det föranleder ingen åtgärd från Socialstyrelsen.”

Också Läkemedelsverket har svarat på en förfrågan om vilka åtgärder man tänker vidta med anledning av den frånvarande biverkningsrapporteringen. Myndighetens tillfördnade generaldirektör såg inga problem i situationen, utan sammanfattade den på följande sätt: ”Enbart det förhållande att någon begår självmord med hjälp av läkemedel motiverar inte att detta registreras som en biverkning från läkemedlet i fråga.” Som bekant var det inte enbart ”någon” som begick självmord, det var 338 personer som i medeltal fått fyra olika psykofarmaka det senaste året, och det var inte heller så att dessa personer i stort tog sitt liv ”med hjälp av läkemedel”, de tog i många fall sitt liv *trots* den terapeutiska dos de fick.

För att ytterligare förtydliga att det inte behövdes några åtgärder angav generaldirektören att psykiskt sjuka människor har ”en avsevärt ökad dödlighet” och att detta beror på ”den psykiska sjukdom de lider av”. Han avslutar med ett konstaterande som vi vet saknar vetenskaplig grund och som på ett utmärkt sätt förklarar varför Läkemedelsverket inte fått in en enda biverkningsrapport i något av de 338 fallen: ”Behandling med psykofarmaka minskar i hög grad risken för förtida död genom exempelvis självmord, men tyvärr elimineras den inte helt.”[32]

Vi vet från kapitel 1 att 724 personer (64 %) av de totalt 1126 som år 2007 begick självmord hade fått behandling med psykofarmaka inom ett år före självmordet. Vi vet från kapitel 3 att man för 575 personer som begått självmord 2007 funnit spår av psykofarmaka vid obduktion (i 52 % av de 1109 gjorda obduktionerna).

En förfrågan till Läkemedelsverket biverkningsregister får som svar att 2 (!!) biverkningsrapporter inkommit i de 724 fall år 2007 där psykofarmakabehandlingen slutade med dödsfall i form av självmord!



Biverkningsrapporteringen har alltså lidit ett fullständigt sammanbrott, och de politiker som vill ha fakta måste känna till att de inte kan få det genom Läkemedelsverkets biverkningsregister.

[32] Se generaldirektörens anmärlningsvärda svar av den 18 november 2008 i sin helhet på http://jannel.se/LV.svar.biverkningar.pdf

Slutord

Folkhälsominister Maria Larsson tillkännagav tidigare att alla rapporterade självmord borde bli föremål för en ”haverikommission”. Det var en vällovlig ambition.

Situationen just nu är dock att det är själva *utredningarna* av de anmälda fallen som havererat, och att systemet för biverkningsrapportering, som skulle ge viktig kunskap om olika preparats säkerhetsrisker, är i ett miserabelt tillstånd.

Med tanke på de resultat som lagts fram i denna rapport går det inte längre att hävda att *mer* av samma slag är lösningen på problemen. Det är inte *mer psykiatri* – fler psykiatriska preparat – som är lösningen.

De politiker som överträffar varandra i krav på högre anslag till en psykiatri som enbart innebär än mer psykofarmaka, ska veta att de direkt bidrar till att skapa mer av de resultat som här lagts fram.

Att rösta igenom psykiatrisamordnarens direktiv om att människor ska tvångsmedicineras i hemmen med neuroleptika och att ställa sig positiv till kraven på ”undantagslös medicinering” av människor med psykiska problem, leder bara till en ökning av de psykiatriska resultat som beskrivits på föregående sidor.

Det är *Socialstyrelsen* som ska presentera de uppgifter som lagts fram i denna rapport. Varför kräver inte politiker att detta görs? Varför kräver inte politiker att de frågor som ställts i rapporten ställs av Socialstyrelsen?

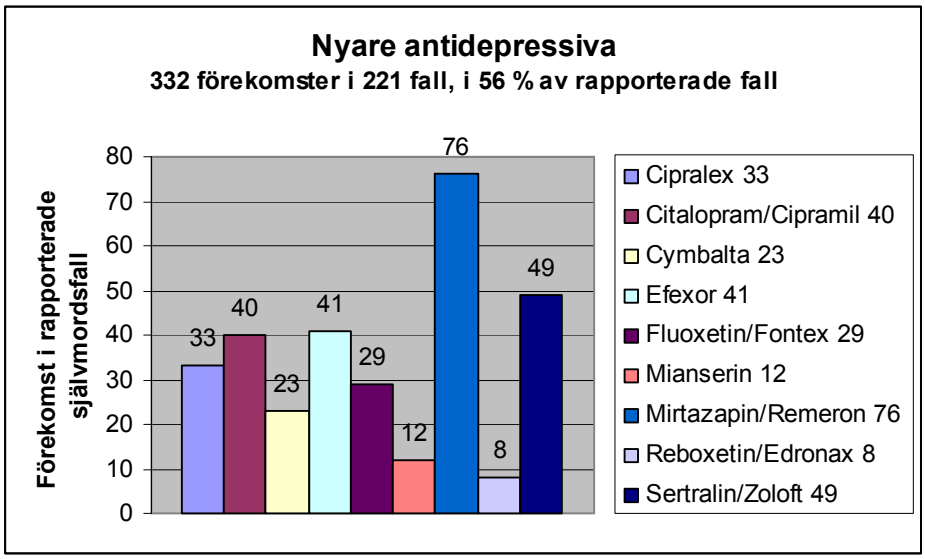
De tjänstemän på Socialstyrelsen som aktivt motverkar att uppgifter om de psykiatriska preparatens faktiska effekter kommer fram, och som utformat ett utredningsmaterial vid fall av Lex Maria-anmälningar av självmord, som enbart bygger på formfrågor – där det faktiska *vårdinnehållet* inte ifrågasätts – måste ges andra arbetsuppgifter, där de inte åstadkommer skada. Uppgiften att utforma ett nytt utredningsmaterial måste ges till dem som kan ta till sig fakta: Nästan alla som begick självmord, och som anmäldes enligt Lex Maria, hade fått mängder av psykiatriska preparat som i högre eller lägre grad bidragit till deras död.

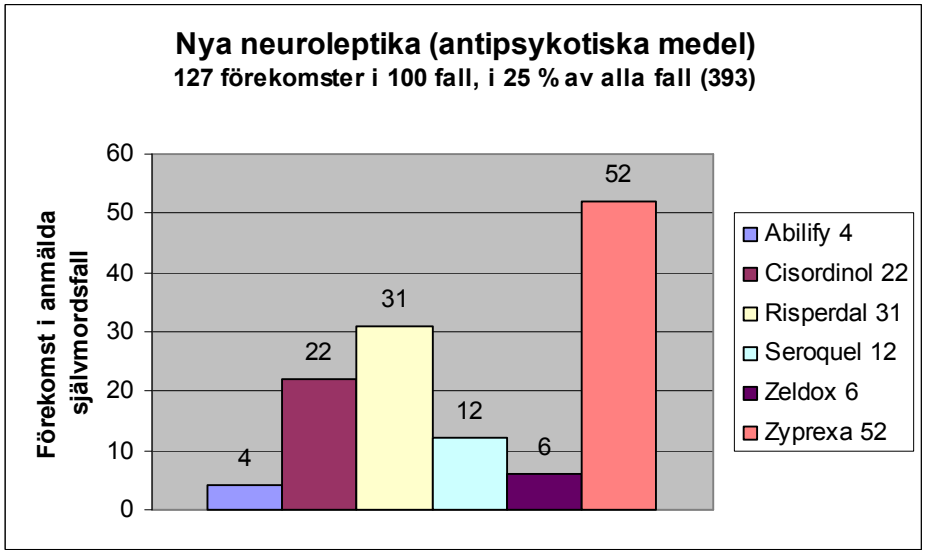
Det nuvarande rapportsystemet för biverkningar måste reformeras från grunden. Det måste för sjukvårdspersonal bli *obligatoriskt* att direkt rapportera alla misstänkta allvarliga biverkningar till biverkningsregistret. Det reformerade systemet får inte ge utrymme för den nu gällande psykiatriska ideologin, där tydliga skadeverkningar av psykiatriska preparat behandlas som *symtom*, som kräver fler preparat. I stället måste alla dessa effekter rapporteras som skadeverkningar.

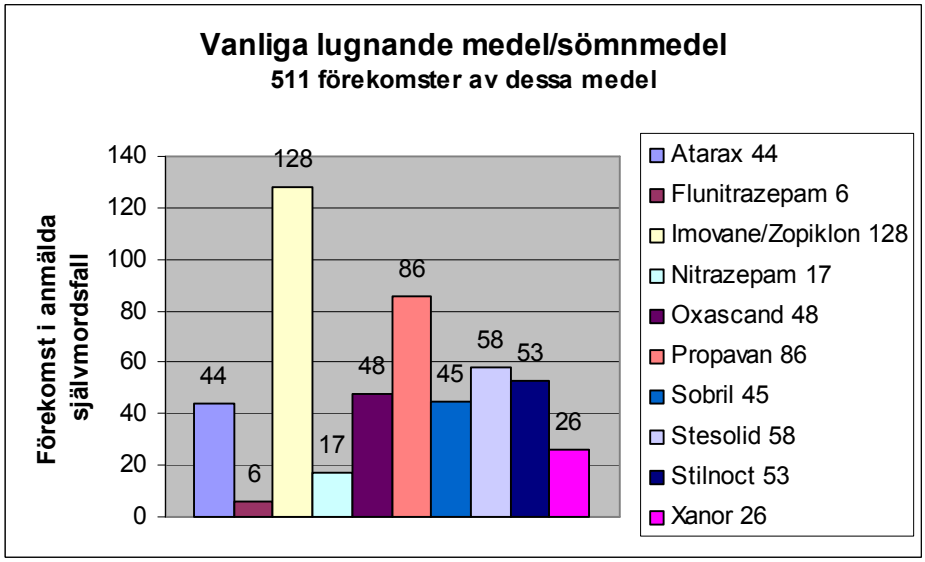
De uppgifter som redovisas i denna rapport måste leda till *grundläggande förändringar* i de sätt på vilka personer med psykiska problem tas om hand.

Bilaga

De fall som anmäldes per Lex Maria för år 2007 hade bland annat fått följande psykiatriska preparat:







För att exemplifiera hur behandlingen för personerna kan se ut följer här ett utdrag från några av de rapporterade självmorden från en tillsynsenhet – en sammanställning över de psykiatriska preparat som några av personerna i det området behandlats med *under året före självmordet*:

Neuroleptika (som Risperdal, Zyprexa, Haldol) **Antidepressiva (som Fontex, Cipralex, Mirtazapin)** **Lugnande medel, sömnmedel (som Imovane, Sobril, Xanor)** **Annan psykofarmaka (som Subutex, Concerta, Heminevrin)**			
Fluoxetin, Propavan, Stesolid,	Citalopram, Theralen, Stilnoct,	Zyprexa, Lithionit, Zopiklon, Propavan, Zoloft, Oxascand,	Propavan, Risperdal Zoloft,
Mirtazapin, Zopiklon,	Xanor, Fontex, Stilnoct, Theralen, Stesolid,	Anafranil, Nozinan, Propavan, Theralen, Stesolid, Fluoxetin, Cymbalta,	Zoloft
Zopiklon, Mianserin	Remeron, Oxascand, Propavan, Efexor	Cymbalta, Zopiklon, Stesolid, Nozinan, ,	Mirtazapin, Atarax, Theralen, Propavan Zyprexa, Cymbalta
Oxascand, Zyprexa, Cymbalta,	Stilnoct, Propavan, Lergigan,	Zyprexa, Zopiklon, Cisordinol,	Zyprexa, Abilify
Citalopram	Mirtazapin	Heminevrin, Stilnoct, Propavan, Mirtazapin	Efexor, Theralen, Propavan, Oxascand, Citalopram, Lyrica
Zyprexa, Citalopram, Sobril,	Efexor, Citalopram, Lithionit, Stilnoct, Lamictal,	Nozinan, Theralen, Hermolepsin, Heminevrin, Sertralin, Carbamazepin, Stilnoct, Oxascand	Fluoxetin
Seroquel, Cipralex, Remeron, Haldol, Cipralex, Zeldox, Oxascand, Mirtazepin,	Lyrica, Sobril, Remeron, Lamotrigin, Zyprexa, Lamictal, Stilnoct, Propavan, Atarax, Klomipramin	Tryptizol, Stesolid, Nitrazepam, Seroquel, Sertralin Propavan, Imovane, Sobril, Antabus, Efexor, Mirtazapin,	Seroquel, Fluoxetin, Risperdal
Zopiklon, Oxascand	Theralen, Zopiklon, Zyprexa, Sobril,	Zopiklon, Atarax, Theralen, Mirtazapin, Sertralin, Ergenyl,	Zopiklon, Cymbalta, Mirtazapin, Propavan, Xanor, Sertralin, Oxascand,