Till Läkemedelsverket enheten för läkemedelssäkerhet

Visst förtjänar väl de 492 unga (10-19) som körts till akuten efter överdoser av antidepressiva i självdestruktivt syfte en uppföljning av Läkemedelsverket?

Uppdatering den 5 januari 2026 med Läkemedelsverkets svar och kommentarer / frågor om detta, sidan 4-9

28 november 2025

Det har gjorts mycket arbete på att hjälpa Läkemedelsverket att registrera de **492** fall 2024, där unga (10-19) körts till akuten efter att ha tagit överdoser av antidepressiva i självdestruktivt/suicidalt syfte. Fall där läkare varit rapportör till Giftinformationscentralen (GIC).

Läkemedelsverket har den 24 november (preliminärt) meddelat att man *inte* kommer att upprätta formella biverkningsrapporter om de 492 unga.

Det får antas att myndigheten kan tänka om. För visst förtjänar de alarmerande uppgifterna om dessa unga en full uppföljning – som *börjar* med en faktisk *registrering* av fallen. Att inte upprätta formella biverkningsrapporter om fallen är att *förhindra* en uppföljning, ja faktiskt att låtsas som om fallen inte finns.

Jag ska nedan ge argument för att Läkemedelsverket måste låta oss veta att dessa fall *existerar* och så långt det är möjligt, *utreda* de tragiska förhållandena.

Den första sidan i den sammanställning som Läkemedelsverket av undertecknad fått sig tillsänd finns avbildad till höger. De inledande 22 fallen av totalt 492. Där 432 (89 %) är unga kvinnor.

Vi ser alltså de fall (10-19) som i rådgivningssyfte rapporterats till Giftinformationscentralen (GIC) av läkare/sjukvårdspersonal. Sammanställningen rör *enbart* de unga som tagit *avsiktliga* överdoser av antidepressiva, i självdestruktivt/suicidalt syfte.

Det är känt sedan 2004 (då allvarliga varningar utfärdades) att antidepressiva i de samlade kliniska studierna visat sig ge en fördubblad risk för självmordsbeteende bland unga. De 492 fallen ger ytterligare data om denna allvarliga risk.

Genomgång av Giftinformationscentralens rapporter *från sjukvårdsp* om överdoser av *antidepressiva* i självdestruktivt syfte 2024, för åldersgruppen 10-19 år

Nr	Ärende nr GIC	Datum	Kön och ålder	Huvudpreparat	Övriga läkemedel
1.	2044530	1/1	K12	Sertralin 450 mg?	
2.	563	1/1	K15	Fluoxetin	
3.	569	1/1	K19	Mirtazapin 1000mg	
4.	770	1/1	K19	Anafranil 1125mg	Olanzapin 75mg, Propavan 375mg
5.	395	3/1	K16	sertralin 600mg	
6.	596	4/1	K16	fluoxetin?	
7.	790	5/1	K17	Sertralin 600mg	Lergigan 100mg
8.	950	5/1	M19	Fluoxetin 600mg	Melatonin
9.	449	7/1	K17	Voxra 1050mg	Quietiapin 350mg
10.	829	9/1	K19	Sertralin?	Gabapentin 50x300mg, Diklofenac 500mg
11.	837	9/1	K16	Sertralin 1000mg	Alvedon 3g
12.	785	12/1	K15	Sertralin 2100mg	
13.	920	12/1	K16	Fluoxetin 120-300mg	Ipren 400mg, Aerius 20mg Atarax 50mg
14.	668	15/1	K18	Venlafaxin 750mg	alkohol
15.	675	15/1	K14	Sertralin 750mg	Elvanse 30mg
16.	748	15/1	K17	Fluoxetin 560mg	
17.	787	15/1	K16	Fluoxetin 600mg	Atarax 300mg
18.	894	15/1	K15	Fluoxetin 200mg	
19.	292	17/1	K17	Sertralin 800mg	
20.	465	17/1	K17	Venlafaxin 30x 150mg	Concerta30x18mg
21.	825	19/1	M15	Venlafaxin 1200mg Fluoxetin?	Concerta, Atomoxetin, Melatonin
22.	015	19/1	K14	Voxra 10x150mg, Citalopram 10x10mg, Sertralin10x50mg?	Lergigan 10x25mg, Atarax 10x10mg; Naproxen 10x250mg

FN:s barnrättskommitté har kritiserat Sverige för den mycket höga förskrivningen av antidepressiva medel till barn, en förskrivning som är två till tre gånger så hög som i våra grannländer (1), där socialminister Forssmed kommenterade saken så här: ”Det finns ju skäl att följa utvecklingen här och att analysera rekommendationerna som kommer.” (2) Och när socialministern följde utvecklingen såg han att ökningen fortsatte under 2024, tvärtemot barnrättskommitténs rekommendationer.

Del av att ”följa utvecklingen” borde vara att noggrant utreda uppgifterna om de **492** unga som fått tas in på akuten.

Sverige har ett stort ansvar vad gäller uppföljning av förskrivningen av *antidepressiva till barn och unga*, ett ansvar som inte Läkemedelsverket har tagit. Vi vet ju att Sverige ihop med England drev igenom godkännandet av Prozac/Fontex för barn 2006, trots andra läkemedelsmyndigheters invändningar. Den holländska myndigheten skrev då följande om godkännandet av det antidepressiva medlet (3):

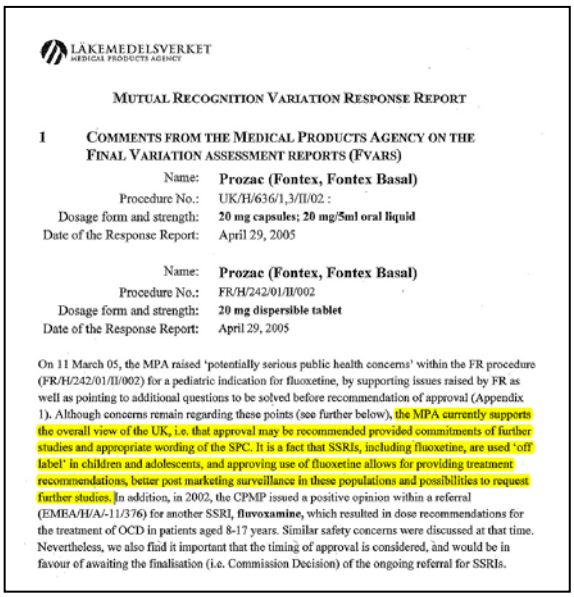
> ”Det rekommenderas inte att fluoxetin [Prozac/Fontex] ges en indikation för behandling av depression hos barn och ungdomar på grund av att risk-nytta-balansen för den begärda indikationen bedöms som negativ.”

Och vidare:

> ”I närvaron av bristande effektivitetsresultat är säkerhetsfrågor än mer avgörande. Ökad risk för självmordsrelaterat beteende framkom som det mest bekymmersamma säkerhetsresultatet i de kliniska prövningarna. Andra säkerhetsbekymmer inkluderar inverkan på tillväxt och sexuell utveckling inklusive effekter på fertilitet, och effekter på kognitiv och emotionell utveckling.”

Men Sverige skrev då (Hans Melander, Ulla Liminga):

> ”Det är ett faktum att SSRIs, inklusive fluoxetin [Prozac], används ’off label’ [utan att vara godkänt] för barn och ungdomar, och att godkänna fluoxetin innebär att behandlingsrekommendationer kan tillhandahållas, bättre post marketing-övervakning i dessa grupper och möjligheterna att begära ytterligare studier.”



LÄKEMEDELSVERKET
MEDICAL PRODUCTS AGENCY

MUTUAL RECOGNITION VARIATION RESPONSE REPORT

1 COMMENTS FROM THE MEDICAL PRODUCTS AGENCY ON THE FINAL VARIATION ASSESSMENT REPORTS (FVARS)

Name: **Prozac (Fontex, Fontex Basal)**
Procedure No.: UK/H/636/1,3/II/02 :
Dosage form and strength: **20 mg capsules; 20 mg/5ml oral liquid**
Date of the Response Report: April 29, 2005

Name: **Prozac (Fontex, Fontex Basal)**
Procedure No.: FR/H/242/01/II/002
Dosage form and strength: **20 mg dispersible tablet**
Date of the Response Report: April 29, 2005

On 11 March 05, the MPA raised 'potentially serious public health concerns' within the FR procedure (FR/H/242/01/II/002) for a pediatric indication for fluoxetine, by supporting issues raised by FR as well as pointing to additional questions to be solved before recommendation of approval (Appendix 1). Although concerns remain regarding these points (see further below), the MPA currently supports the overall view of the UK, i.e. that approval may be recommended provided commitments of further studies and appropriate wording of the SPC. It is a fact that SSRIs, including fluoxetine, are used 'off label' in children and adolescents, and approving use of fluoxetine allows for providing treatment recommendations, better post marketing surveillance in these populations and possibilities to request further studies. In addition, in 2002, the CPMP issued a positive opinion within a referral (EMEA/H/A/-11/376) for another SSRI, **fluvoxamine**, which resulted in dose recommendations for the treatment of OCD in patients aged 8-17 years. Similar safety concerns were discussed at that time. Nevertheless, we also find it important that the timing of approval is considered, and would be in favour of awaiting the finalisation (i.e. Commission Decision) of the ongoing referral for SSRIs.

Ja, Prozac skulle godkännas då det redan användes (!), och framförallt för att man skulle kunna begära ytterligare studier.

Det blev dock inget av med dessa ytterligare studier. Som väntat svalnade intresset hos Eli Lilly när Prozac väl var godkänt. Och detsamma gällde tyvärr för Läkemedelsverket. Myndigheten har med de nu presenterade uppgifterna om de 492 unga chansen att delvis gottgöra den skada som dessa tidigare märkliga ställningstaganden åstadkommit.

En punkt som den holländska myndigheten tog upp var följande: ”*Andra säkerhetsbekymmer inkluderar inverkan på tillväxt och sexuell utveckling inklusive effekter på fertilitet …*” Jag tror Läkemedelsverket nu är väl medvetet om hur aktuell denna punkt blivit, genom det nätverk av patienter som samlat in data om dessa allvarliga skadeverkningar (vilka alltså fullt ut skulle ha utretts *innan* Prozac gavs godkännande, men vilket inte gjordes).



Den stora upplysande nya artikeln om saken *More Teens Are Taking Antidepressants. It Could Disrupt Their Sex Lives for Years,* från *New York Times Magazine*, har säkert nått Läkemedelsverket (5)

Huruvida dessa skadeverkningar är del i fallen för de 492 unga är okänt, innan Läkemedelsverket har utrett fallen.

En ytterligare punkt av stort intresse, är den nya vetenskapliga artikeln av Moncrieff et al, om vad de samlade studierna av Prozac faktiskt visar. Se *The loss of efficacy of fluoxetine in pediatric depression: explanations, lack of acknowledgment, and implications for other treatments* (6), som beskrivs i artikeln i The Guardian *Prozac ‘no better than placebo’ for treating children with depression, experts say* (7).

Av de 492 till Läkemedelsverket förmedlade fallen hade 142 tagit överdoser av fluoxetin (Prozac/Fontex).

Ett ofta använt argument för att bortse från misstänkta rapporterade skador från psykofarmaka är att rapporterna inte innehåller tillräckligt med data. Det är ett argument för dem som inte *vill* veta, inte för en seriös läkemedelsmyndighet. Det är sant att beskrivningarna av dessa 492 fall inte ger tillräckliga data för att kunna göra en full orsaksbedömning. För detta skulle det krävas ytterligare data om de enskilda fallen.

Men Läkemedelsverket borde vara en myndighet som *vill* veta, och bör göra allt för att få fram ytterligare data, och alltså inte falla i den fälla som tillverkande läkemedelsbolag brukar gillra, om ”otillräckliga data”. Så till exempel finns (trots sagda ofullständigheter) viktig information att hämta från Socialstyrelsens patientregister. Enligt utlämnade uppgifter från Socialstyrelsen registerservice finns **470** fall (10-19) av överdoser i självdestruktivt syfte av antidepressiva registrerade för 2024, där **421** av dessa gällde kvinnor. Fallen är vad jag förstår registrerade med personnummer, liksom data i läkemedelsregistret. För en myndighet som *vill* veta finns det goda möjligheter att gå vidare med dessa data.

Utifrån det ovanstående vill jag att Läkemedelsverket beslutar att registrera och gå vidare med en utredning av dessa 492 fall. De förtjänar inte att osynliggöras.

Jag ser fram mot ett positivt svar.

Vänliga hälsningar

Janne Larsson
skribent/researcher
janne.olov.larsson@telia.com

(1) Dagens nyheter, *FN kritiserar Sverige för hög förskrivning av antidepressiva till barn,* 23 maj 2023. https://www.dn.se/insidan/fn-kritiserar-sverige-for-hog-forskrivning-av-antidepressiva-till-barn/

(2) Sveriges Radio, *FN-kommitté oroad över psykiatriska läkemedel till barn i Sverige,* 21 maj 2023, https://www.sverigesradio.se/artikel/fn-kommitte-oroad-over-psykiatriska-lakemedel-till-barn-i-sverige

(3) Holländska läkemedelsverket, Prozac (fluoxetine) – Paediatric indication, Rapporteurs ´ Assessment Report, 31 oktober 2005, http://jannel.se/ProzacDutchAsessement31October2005.pdf

(4) Läkemedelsverket, Comments from the Medical Products Agency on the Final Variation Assessment Reports (FVARS), 29 april 2005, (Lena Björk, Hans Melander, Ulla Liminga, Eva Gil Berglund), http://jannel.se/Prozac-MPA-29April2005.pdf

(5) New York Times Magazine, *More Teens Are Taking Antidepressants. It Could Disrupt Their Sex Lives for Years,* 12 november 20225 https://www.nytimes.com/2025/11/12/magazine/antidepressants-ssris-teen-sexual-side-effects.html

(6) *The loss of efficacy of fluoxetine in pediatric depression: explanations, lack of acknowledgment, and implications for other treatments* Plöderl, Martin et al. Journal of Clinical Epidemiology, Volume 0, Issue 0, 112016 https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(25)00349-X/pdf

(7) The Guardian, *Prozac 'no better than placebo' for treating children with depression, experts say,* 21 november 2025, https://www.theguardian.com/society/2025/nov/20/prozac-no-better-than-placebo-for-treating-children-with-depression-experts-say

Svar från Läkemedelsverkets och kommentarer / frågor om detta

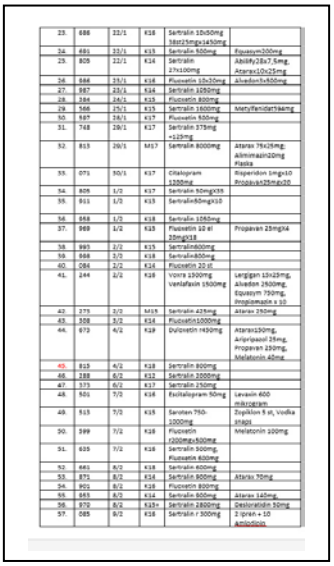
1. Läkemedelsverket har i svar (den 25 november) på en *inledande* förfrågan om just dessa 492 fall av självdestruktivitet/suicidalitet gett följande märkliga svar om upprättandet av biverkningsrapporter:

> ”Grunden för rapportering av en misstänkt biverkning är dock att det finns en underliggande misstanke om att en ogynnsam händelse orsakats av ett läkemedel. Det betyder inte att alla ogynnsamma händelser som inträffar i samband med en läkemedelsbehandling ska rapporteras.” (Enheten för Läkemedelssäkerhet, den 25 november 2025)



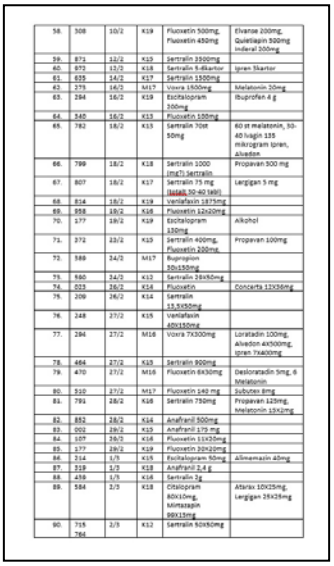
Nr	Ärende nr GIC	Datum	Kön och ålder	Huvudpreparat	Övriga läkemedel
1.	2044330	1/1	K12	Sertralin 450 mg?	
2.	383	1/1	K15	Fluoxetin	
3.	569	1/1	K19	Mirtazapin 1000mg	
4.	770	1/1	K19	Anafranil 1125mg	Olanzapin 75mg, Propavan 375mg
5.	395	3/1	K16	Sertralin 600mg	
6.	396	4/1	K16	fluoxetin?	
7.	790	5/1	K17	Sertralin 600mg	Lergigan 100mg
8.	950	5/1	M19	Fluoxetin 600mg	Melatonin
9.	449	7/1	K17	Vovra 1050mg	Quietiapin 350mg
10.	829	9/1	K19	Sertralin?	Gabapentin 50x300mg, Diklofenac 500mg
11.	837	9/1	K16	Sertralin 1000mg	Alvedon 3g
12.	785	12/1	K15	Sertralin 2100mg	
13.	800	12/1	K16	Fluoxetin 120-300mg	Ipren 400mg, Aerius 20mg Atarax 50mg
14.	668	15/1	K18	Venlafaxin 750mg	alkohol
15.	675	15/1	K14	Sertralin 750mg	Elvanse 30mg
16.	748	15/1	K17	Fluoxetin 500mg	
17.	787	15/1	K16	Fluoxetin 600mg	Atarax 300mg
18.	894	15/1	K15	Fluoxetin 200mg	
19.	392	17/1	K17	Sertralin 800mg	
20.	465	17/1	K17	Venlafaxin 50x 150mg	Concerta50x18mg
21.	825	19/1	M15	Venlafaxin 1200mg Fluoxetin?	Concerta, Atomoxetin,, Melatonin
22.	015	19/1	K14	Vovra 10x150mg, Cisalopram 10x10mg, Sertralin10x50mg?	Lergigan 10x25mg, Atarax 10x10mg, Naproxen 10x250mg

Jag får anta att det här svaret – kopplat till antidepressiva och självmordsbeteende/självdestruktivitet hos tonåringar – är ett allvarligt misstag i arbetet. Det är självklart att det måste finnas ”en underliggande misstanke” om att händelserna direkt orsakats av det antidepressiva medlet, när det är klart bevisat att dessa preparat i de samlade studierna tydligt ökar risken för självmordsbeteende.



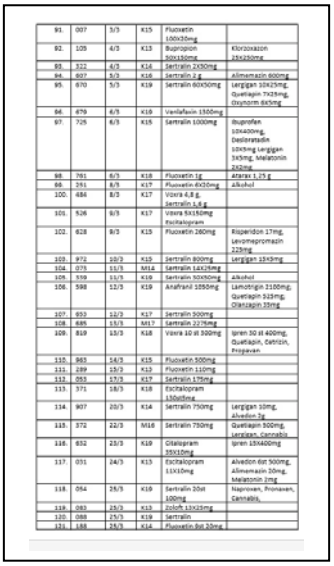
Min obesvarade fråga: Menar Läkemedelsverket verkligen att läkare som får en av dessa tonåringar till sin mottagning efter att tonåringen i fråga körts till akuten efter avsiktlig överdos av förskrivna antidepressiva **inte** förväntas skriva en biverkningsrapport, med den fulla behandlingshistorien?

2. Läkemedelsverket har i svar på min ovanstående skrivelse (den 23 december) gett ett långt svar. Svaret finns i sin helhet i bilagan på sidan 9; jag vill sammanfatta och kommentera det som nedan, samt ställa viktiga uppföljningsfrågor.



A. *Läkemedelsverket förringar betydelsen av att 492 tonåringar tagits till akuten 2024 efter överdoser av antidepressiva i självdestruktivt syfte.*

I sitt svar (se bilagan) ges beskedet att myndigheten ”ser med stor oro på självskadebeteende hos unga”, och att ”försöka gömma undan eller att låtsas som att ’fallen inte finns’ är med andra ord motsatsen till det vi vill göra”.

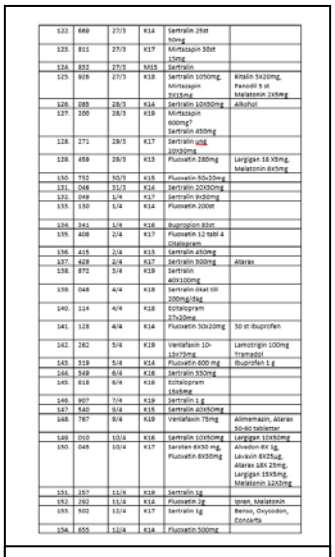


Men svaret i övrigt är en lång utläggning som *förringar* betydelsen av de allvarliga uppgifterna om de 492 fallen.

Vi får veta att det till GIC inkommer ”samtal från vården och allmänheten, inte rapporter”; att ”samtalen kan vara mycket korta” (med målet att ge korrekta råd om behandling vid förgiftningar); att rollen (för GIC) är ”rent konsultativ”; att många av kontakterna gäller ”en helt eller delvis anonym person”; att informationen ”är ofta fragmentarisk”, ”en ögonblicksbild”; att ”informationen kan således vara mer eller mindre korrekt”; att ”GIC kan inte undersöka patienten, läsa i journal, ordinera/läsa provsvar eller följa symptom på egen hand”.

Det ***viktiga*** här är dock att de 492 fallen kommer från läkare/sjukvårdspersonal, *inte* från allmänheten. De kommer alla från ”konsultativa rapporter” från sjukhus.

Min fråga: Kan Läkemedelsverket bekräfta att det stämmer att sammanställningen av de 492 fallen grundas på ”konsultativa rapporter” *från läkare/sjukvårdspersonal på sjukhus,* inte från andra källor, och att det finns ett okänt mörkertal för de *ytterligare* fall där läkare *inte* ansett sig behöva ringa till GIC för råd?







B. *Läkemedelsverket ger inte det verkliga katastrofala förhållandet vad gäller inkomna biverkningsrapporter runt fall av överdoser i självdestruktivt syfte bland unga. Rapporteringen är i stort sett obefintlig.*

I svaret säger myndigheten:

> ”Till enheten för läkemedelssäkerhet på Läkemedelsverket inkommer det spontana rapporter från hälso- och sjukvården och allmänheten där både information om vem som drabbats, läkemedel, dos, och misstänkta biverkningar tydligt ska framgå.”

Ja, det *borde* det inkomma, men gör det inte. För 2024 har det inkommit *2 spontana biverkningsrapporter* från läkare om överdoser av antidepressiva i självdestruktivt syfte för åldersgruppen 10-19 år. Att jämföras med 492 fall som vi här beskriver.

Det här betyder att psykiatriker *inte* skriver biverkningsrapporter – med utförliga data – om de tonåringar som senare kommer tillbaka till mottagningen efter att ha körts till akuten i samband med överdosen av det utskrivna antidepressiva medlet.

Det här betyder i sig att det för dessa förskrivande psykiatriker inte finns ”en underliggande misstanke” (se tidigare stycke) om att denna ”ogynnsam[ma] händelse orsakats av ett läkemedel”, i det här fallet det antidepressiva medlet.

Vi behöver inte titta längre än till de psykiatriska konsulter, med intima kopplingar till läkemedelsindustrin, som Läkemedelsverket använt sig av, för att förstå den ”faktaresistens” som skapats. Vi kan titta på vad psykiatriprofessor Anne-Liis von Knorring sagt under åren, och vi kan titta på vad psykiatriker Håkan Jarbin, sagt. Vad ska vi säga när Jarbin som i läkemedelsbolags regi i många fall stått för unga psykiatrikers utbildning ger det här budskapet: *”Texten i FASS är, tycker jag, är snudd på tokig.”* Och vidare: *”Tack och lov så läser ju inte patienterna [FASS-texten] … De lyssnar mer till vad*

vi säger.” (filmen Who cares in Sweden) FASS-texten om de bevisade skadeverkningarna anses alltså ”snudd på tokig”.

Min fråga: Kan Läkemedelsverket bekräfta att det stämmer att bara ***två*** spontana biverkningsrapporter inkommit från läkare om misstänkta biverkningar i området överdoser av antidepressiva medel i självdestruktivt syfte under 2024, för åldersgruppen 10-19 år.

C. *Läkemedelsverket söker inte efter ytterligare information för skapa en ”valid rapport” och har för dessa 492 fall uppenbarligen inte bedömt ”att en potentiell risk bör utredas vidare”.*

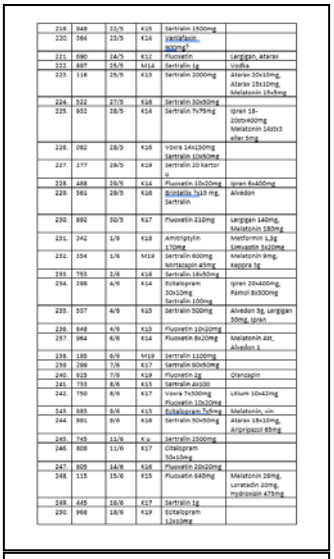
I svaret säger myndigheten:

> ”Det GIC fått veta under samtalet kan skilja sig markant från det som kristalliserar sig senare under vårdförloppet. Därför upprättas enskilda biverkningsrapporter primärt när det finns tillräckligt med information för att bli en valid rapport och där Läkemedelsverket och GIC bedömt att en potentiell risk bör utredas vidare.”

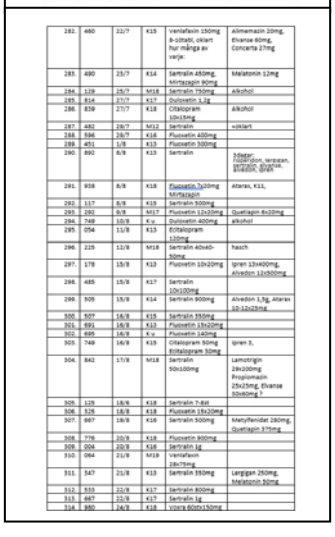
Det är förståeligt att Läkemedelsverket inte kan göra en fullgod *orsaksbedömning* vad gäller de antidepressiva medlen, utifrån de data som *läkare* på sjukhus lämnar till GIC om patienterna.

Men myndighetens ansvar i att skaffa mer fullständiga data är långtgående. Och hur kan myndigheten i de här allvarliga fallen göra bedömningen att det *inte* finns någon ”potentiell risk [som] bör utredas vidare”?

3. Läkemedelsverket har i en tidigare kommunikation (2023) meddelat att man *”samverkar intensivt med andra myndigheter, inklusive Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen, i flera olika regeringsuppdrag inom området psykisk hälsa och suicidprevention”*







Socialstyrelsen har utlämnat uppgifter om att det finns **470** fall angivna för överdoser av antidepressiva i självdestruktivt syfte under 2024, för åldersgruppen 10-19 år. Patientregistret, liksom det heltäckande läkemedelsregistret, är baserat på *personnummer*, vilket innebär goda möjligheter till uppföljning, också runt de allvarliga förhållandena runt antidepressiva.



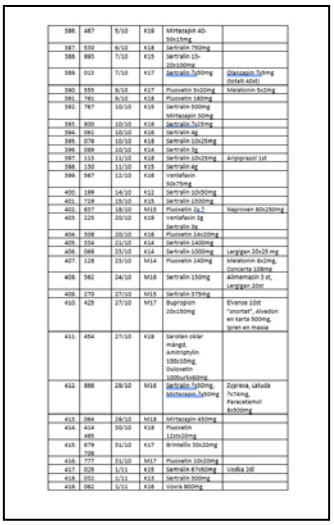
Min fråga: Har Läkemedelsverket *på något sätt* samverkat med Socialstyrelsen runt de 492 beskrivna fallen, och de motsvarande 470 fall som registrerats i patientregistret?





4. Läkemedelsverket kan bland de 492 fallen se att många av tonåringarna är utsatta för, vad som kallats, ”a Drug Cascade”.

I en skrämmande artikel i USA:s största tryckta tidning, Wall Street Journal, från november 2025, beskrivs hur barn förskrivs antidepressiva, ”ADHD-preparat”, neuroleptika och andra psykofarmaka i en enda stor ”Drug Cascade”. Den ena psykiatriska drogen leder till den andra, i ett försök att hantera skadeverkningarna av den föregående.



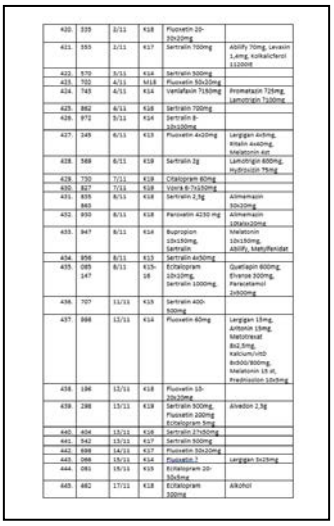
En av personerna som berättade sin historia (Gansky 29 år), sade ”årtionden av medicinering … ’ändrade min hjärna’. Jag känner mig som om jag är den verkliga lång-tidsstudien som läkemedelsbolagen har försummat att göra … Jag är det verkliga försöksdjuret.”

Och vi ser att många av de 492 beskrivna fallen, med sannolikhet kommer att gå liknande öden till mötes. De är redan på god väg.

Vi vet inte sekvensen för dessa fall, men det är väl känt att antidepressiva leder till sömnproblem, en skadeverkning som hanteras med sömnmedel, lugnande medel. Psykostimulantia som ”ADHD-preparat” kan skapa depressiva tillstånd, lösningen antidepressiva medel. Både ”ADHD-preparat” och antidepressiva kan förorsaka psykotiska tillstånd, som då av psykiatriker hanteras med det tyngsta ur ”arsenalen”, neuroleptika. Och som vi sett av avsaknaden av biverkningsrapporter betraktas inte dessa skadeverkningar *inte* som sådana, utan som ”en underliggande sjukdom” att behandla.

Vi ser bland annat följande för dessa tonåringar:

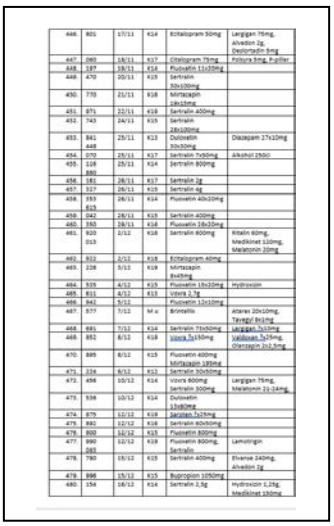
- **161** av de **492** fallen – en *tredjedel* – fick också minst ett annat psykiatriskt preparat eller ett ytterligare antidepressivt medel (borträknat smärtstillande);
- **33** fick ”ADHD-preparat”;
- **36** fick neuroleptika;
- **40** fick två eller flera antidepressiva medel



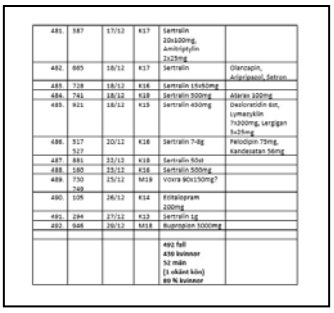
Min fråga: ”Anser inte Läkemedelsverket att det här är en ”potentiell risk [som] bör utredas vidare”, i samarbete med andra myndigheter?

Jag ser fram mot att få svar på frågorna ovan, och än mer ett besked om att Läkemedelsverket i samarbete med andra myndigheter kommer att utreda dessa väl specificerade fall, där det *första* steget är att upprätta formella biverkningsrapporter över de 492 fallen.

För visst förtjänar väl dessa ungdomars skador en seriös uppföljning?



Janne Larsson
skribent/researcher
5 januari 2026
Janne.olov.larsson@telia.com



Bilaga

Läkemedelsverkets svar av den 23 december i sin helhet

För det första måste vi få understryka att Läkemedelsverket också ser med stor oro på självskadebeteende hos unga. Här ser vi ett stort behov av att sprida kunskap och information om läget med syfte att motverka skadligt beteende. Att försöka gömma undan eller att låtsas som att ”fallen inte finns” är med andra ord motsatsen till det vi vill göra.

För att dela information om läget så publicerar Giftinformationscentralen (GIC) varje år sina data i en årsrapport. Det har i samband med publicering gått ut pressmeddelande gällande oron för den ökande mängd samtal som handlar om självskadehandling. Denna ökning var som störst mellan 2019 och 2022

men samtalsmängden är fortfarande oroande hög. GIC har under de senaste åren arbetat i regeringsuppdrag kring psykisk hälsa hos unga och deltagit i flertalet mediesammanhang för att medvetandegöra om den ökning de ser i sin samtalsstatistik. Under våren 2025 lanserades kampanjen ”Tonårssäkra ditt hem” som syftar till att öka medvetenheten kring säker förvaring av läkemedel i hemmet. Denna kampanj har Läkemedelsverket och GIC som avsändare och är ett viktigt steg i att försöka minska risken för självskada hos unga.

Angående kritiken du nu framför kring hantering av samtal som rör självskadebeteende och antidepressiva läkemedel till GIC skulle vi vilja komplettera med ytterligare information. Till GIC kommer det in samtal från vården och allmänheten, inte rapporter. Samtalen kan vara mycket korta, och målet är att snabbt och korrekt ge råd vid akuta förgiftningar hos människa, bland annat om lämplig behandling. GIC:s roll är rent konsultativ och all kontakt sker via telefon. Många av kontakterna gäller dessutom en helt eller delvis anonym person och GIC kommer aldrig träffa patienterna. När det gäller allvarligare konsekvenser av en misstänkt överdos (individer som behöver sjukhusvård pga överdosen), ges ofta råden till en läkare som sedan väljer vilken behandling som patienten får.

Informationen som GIC får ta del av är ofta fragmentarisk och ges tidigt i ett vårdförlopp. Det blir en ögonblicksbild och informationen kan således vara mer eller mindre korrekt. Det GIC fått veta under samtalet kan skilja sig markant från det som kristalliserar sig senare under vårdförloppet. Därför upprättas enskilda biverkningsrapporter primärt när det finns tillräckligt med information för att bli en valid rapport och där Läkemedelsverket och GIC bedömt att en potentiell risk bör utredas vidare. Att bidra med signalspaning utifrån GIC:s samtalsstatistik och punktvis ta in mer fokuserade rapporter är med andra ord det sätt GIC och Läkemedelsverket valt att hantera GIC-data på.

Exempel:

I första kontakten mellan vården och GIC kan det finnas en uppgift om X antal tabletter av preparat Y men under vårdtiden framkommer att det istället var Z antal tabletter av preparat Å, Ä och Ö. Är man patientansvarig läkare så kommer denna information kunna infogas i biverkningsrapporten medan en rapport från GIC kommer innehålla helt felaktig mängd och preparat med en symptombild som inte alls härrör från intaget. Det riskerar helt enkelt bli fel information på fel grunder som kommer Läkemedelsverket till dels om underlagen används som biverkningsrapporter.

GIC kan inte undersöka patienten, läsa i journal, ordinera/läsa provsvar eller följa symptom på egen hand. GIC har små möjligheter att rutinmässigt följa upp om angivna doser stämde eller om de preparat som orsakat förgiftningen var de som angavs i kontakten med dem.

För att ändå kunna nyttja den stora mängd information som GIC:s data utgör så har enheten för Läkemedelssäkerhet och GIC regelbundna möten där statistik från GIC:s telefonrådgivning analyseras. Där noteras till exempel ökningar av samtal kring vissa preparat eller om GIC ser nya mönster utifrån överdoser och feldoseringar. Fokus ligger på allvarliga eller nytillkomna eller tidigare okända reaktioner på överdoser, men också på om någon sorts läkemedel ökar i omfattning.

Exempel 1:

Läkemedel X är nytt på marknaden och GIC börjar få konsultationer från vården kring överdoser. Överdoserna skapar oväntat allvarliga tillstånd.

Detta tas då upp i de möten vi har inom gruppen för signalspaning för att tillsammans bestämma hur man kan gå vidare. Ibland resulterar det i en fokushandling där GIC skickar in statistik och/eller Läkemedelssäkerhet samlar in rådgivningsanteckningar under ett/flera år för en riktad biverkningsrapportering, som komplement till andra åtgärder.

Exempel 2:

Läkemedel Y dyker plötsligt upp oftare i GIC:s statistik utifrån perspektivet feldosering. Läkemedlet har nyligen fått ny doseringsform. Detta tas in i gruppen för signalspaning och kan leda till att enheten för läkemedelssäkerhet går vidare och informerar i olika kanaler för att väcka uppmärksamhet kring den nya doseringsformen för att minska risken för feldosering.

Till enheten för läkemedelssäkerhet på Läkemedelsverket inkommer det spontana rapporter från hälso- och sjukvården och allmänheten där både information om vem som drabbats, läkemedel, dos, och misstänkta biverkningar tydligt ska framgå.

I signalspaningsarbetet som utförs för att följa upp effekt och säkerhet för godkända läkemedel används både spontanrapporter om misstänkta biverkningar som inkommit till Läkemedelsverket och till European Medicines Agency (EMA). Från de senare får Läkemedelsverket bland annat information om vad som rapporterats som misstänkta biverkningar i andra länder. Adderat till detta används också bland annat information från löpande informationsutbyte med GIC, dialog med vården, litteraturstudier och underlag som kommer direkt från företagen i de regulatoriska processerna (tex via Periodic Safety Update Reports (PSUR)).

I det löpande signalarbetet ingår alltså information från GIC, även om vi inte upprättar misstänkta biverkningsrapporter baserat på samtliga samtal. För de fall vi ser att en grundligare genomgång av vissa samtal bör ske kan vi hämta in mer information från GIC. Detta är något vi gjort för flertalet läkemedel och något vi avser fortsätta med när vi ser behov. För just frågan du har ställt kring antidepressiva är vår bedömning i nuläget att det inte tillför information att upprätta rapporter om misstänkta biverkningar. Den bedömningen gäller just nu och kan komma att omvärderas om vi bedömer att situationen förändras.

[NN]
Läkemedelsverket
Enheten för läkemedelssäkerhet