

Självmord & psykofarmaka

En rapport baserad på Socialstyrelsens Lex Maria-anmälningar för 2007

av Janne Larsson

Introduktion

Det här är en unik rapport om självmord och psykofarmaka. Aldrig tidigare har uppgifter av detta slag redovisats för allmänhet och politiker i Sverige.

Rapporten är förvisso inte skriven av Socialstyrelsen. Den skulle kunna vara det. De fakta som läggs fram är nämligen i avgörande delar direkt hämtade från uppgifter som finns i Socialstyrelsens arkiv och register.

I dessa arkiv och register finns numera, tack vare den viktiga rapportskyldigheten enligt Lex Maria [1], unika data om den tidigare psykiatriska vård som personer som begått självmord fått. [2]

Dessa data har inte tidigare redovisats av ansvariga myndigheter. De sammanställningar som gjorts har i stället satt fokus på *formerna* för den vård som givits. Man har inte belyst själva *innehållet* i vården, vilket rimligtvis borde vara det viktigaste i de fall där denna vård slutade med en persons död.

I och med att man undvikit att beskriva och analysera själva vårdinnehållet har man också undvikit de viktiga frågor som annars skulle ha väckts. Man har inte kunnat ställa frågan om själva *innehållet* i den psykiatriska behandlingen var vad som till slut ledde fram till det tragiska slutresultatet – självmord. Den frågan ställs här.

En viktig del i analysen av sjukvårdens resultat ska vara de rapporter om misstänkta skadeverkningar av olika preparat, som inkommer till Läkemedelsverkets biverkningsregister. Men det nuvarande rapportsystemet lider av så allvarliga brister att bara några procent av de faktiska skadeverkningarna av läkemedel rapporteras. Man kan, efter vad som nu framkommit, säga att systemet *helt brutit samman*: Läkare och annan sjukvårdspersonal rapporterar inte ens de fall där psykofarmaka har orsakat eller starkt bidragit till ett dödligt resultat, i form av självmord. Denna katastrofala situation kommer att bli uppenbar för var och en som tar del av denna rapport.

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

[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”.

[2] Ett stort tack riktas till de handläggare på Socialstyrelsens tillsynsenheter som lagt ner ett omfattande arbete på att gå igenom, avidentifiera och kopiera de handlingar som utgör underlaget för denna rapport.

Innehåll

Introduktion.....2

Undersökningen.....4

Psykofarmaka och självmord.....9

Biverkningsrapporteringens sammanbrott.....12

Den ”adekvata medicineringen” 13

Slutord 15

Kapitel 1

Undersökningen

Enligt Socialstyrelsens rapport *Självmord 2006 anmälda enligt Lex Maria* [3], 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 relativt utförliga uppgifter.

I denna undersökning 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.

Sammanlagt har, enligt de data som utlämnats, 393 fall rapporterats till de sex olika tillsynsenheterna för år 2007.

Undersökningen omfattar följande:

1. Anmälningar 2007
Antalet anmälda ärenden under 2007 uppdelat på Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter (RT):

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

Det här är de fall av självmord som anmälts till de regionala tillsynsenheterna för år 2007 (en del av fallen har anmälts under de första månaderna av 2008).

2. 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.

[3] Socialstyrelsen, *Självmord 2006 anmälda enligt Lex Maria,* (2007), http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2007/9671/2007-109-22.htm

3. Där det varit möjligt har en uppdelning gjorts mellan de psykofarmaka som använts strax innan självmordet och de som använts tidigare under året (de utlämnade uppgifterna har bara tillåtit detta i cirka 60 % av ärendena).

Resultat

En analys av den behandling som givits visar följande:

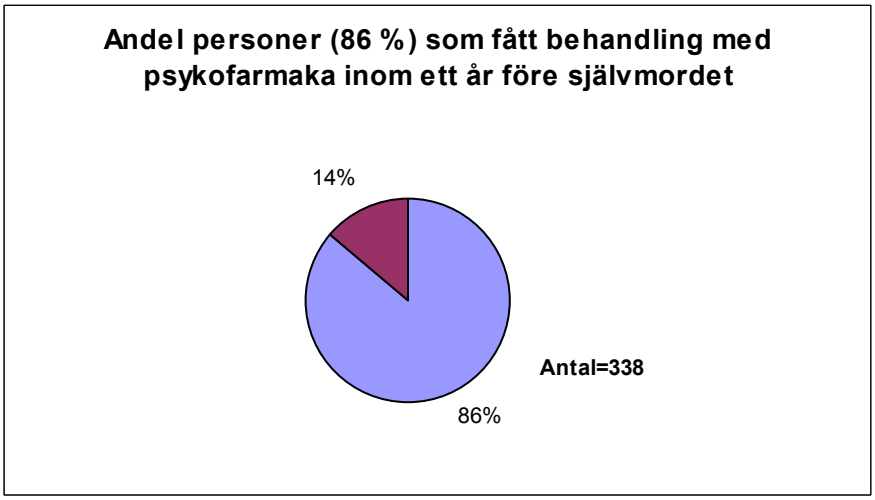


Diagram 1. Andel personer som behandlats med psykofarmaka inom ett år före självmordet.

I 338 av de 393 fallen – i 86 % av fallen – hade personerna fått behandling med psykofarmaka inom ett år före självmordet.

I 304 fall (77 %) hade personerna fått behandling med antidepressiva medel *och/eller* neuroleptika.

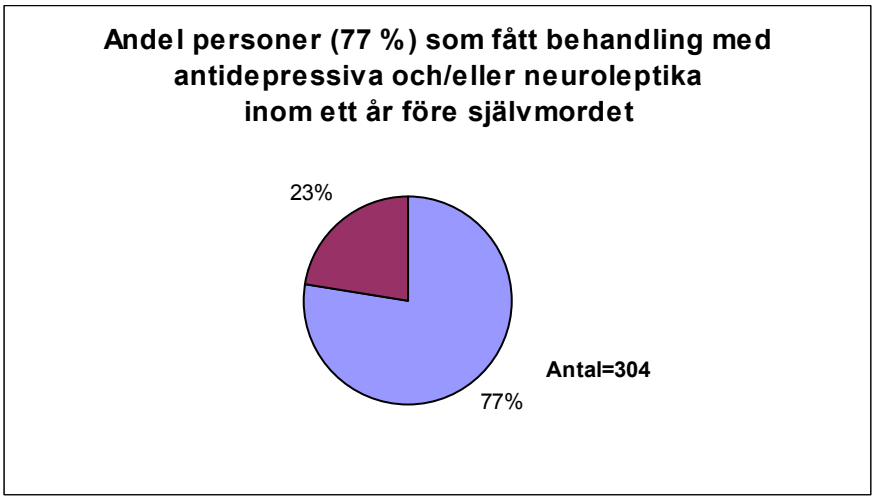


Diagram 2. Andel personer som behandlats med antidepressiva medel *och/eller* neuroleptika inom ett år före självmordet.

I 246 fall (63 %) hade personerna fått behandling med antidepressiva medel.

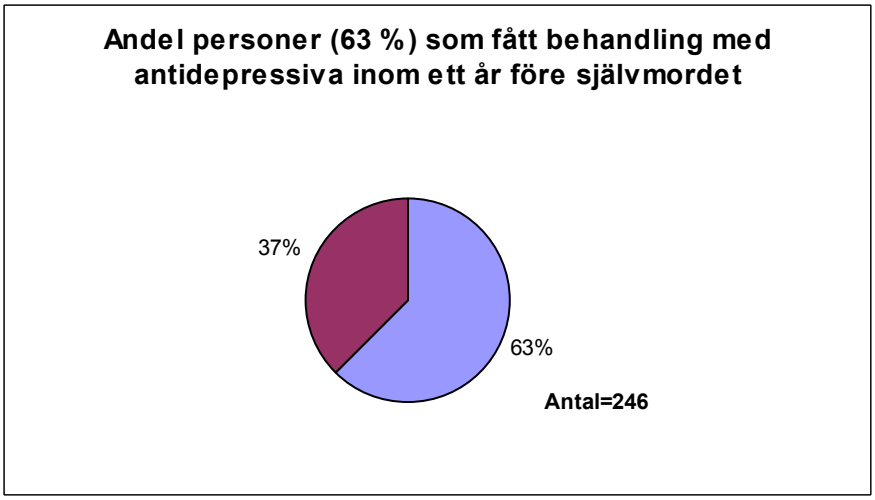


Diagram 3. Andel personer som behandlats med antidepressiva medel inom ett år före självmordet.

I 164 fall (42 %) hade personerna fått behandling med neuroleptika.

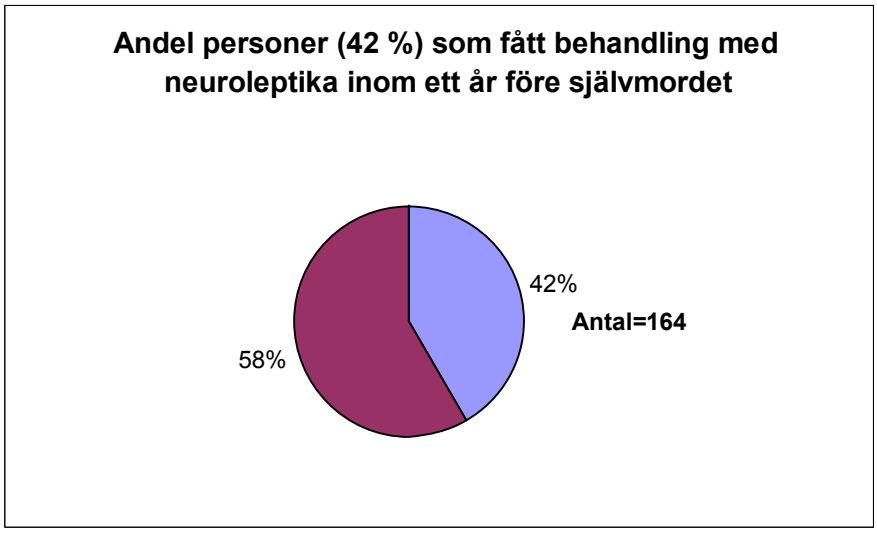


Diagram 4. Andel personer som behandlats med neuroleptika inom ett år före självmordet.

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

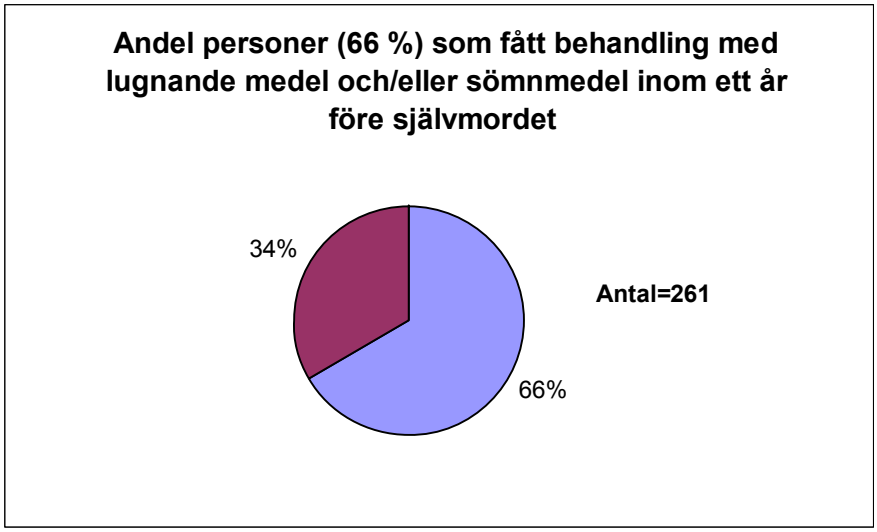


Diagram 5. Andel personer som behandlats med lugnande medel *och/eller* sömnmedel inom ett år före självmordet.

I tillägg till ovanstående: I 115 fall (29 %) hade personerna 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 psykofarmaka som Subutex och Antabus.

Den totala mängden psykiatriska preparat

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

”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*.

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 också 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 här begått självmord, 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 2

Psykofarmaka och självmord

Personerna i ovanstående fall fick ”adekvat behandling” – i den betydelse psykiatrin ger åt begreppet. Det förekom inte, som det brukar heta, någon ”underbehandling”.

Personerna fick också:

- 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).

Och de personer som fick behandling fick alltså *i genomsnitt* 4 olika psykiatriska preparat under året före självmordet.

Ett belysande exempel på hur behandling med psykiatriska preparat *sägs* förhålla sig till självmord kan hämtas från det ”informationsmaterial” som läkemedelsbolag tagit fram:

I Läkartidningen har svenska läkare, till bilden av en gravplats och ett foto av en person som begått självmord, fått budskapet: *”En depression kan ta slut oväntat fort.”* Det är läkemedelsbolaget Wyeth som, med referens till den svenske psykiatrikern Göran Isacsson, vill få läkare att förstå att bolagets antidepressiva medel Efexor *skyddar* mot självmord. Alltså, behandla med Efexor så undviker du risken att ett deprimerat tillstånd slutar i självmord.

41 personer av de 393 som begick självmord år 2007, och som anmäldes enligt Lex Maria, *fick* behandling med Wyeths preparat Efexor.

Det finns alltså – om man vill *förstå* resultaten i det tidigare kapitlet – bättre informationskällor än läkemedelsbolag och de biologiska psykiatriker som byggt sina karriärer på att föra fram budskap som det i Wyeths annons.

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) [4]; Breggin, *Suicidality, violence and mania caused by selective serotonin reuptake inhibitors, (SSRIs): A review and analysis,* (2004) [5]; Whitaker, *Affidavit* (Till domstol lämnad skriftlig försäkran) om neuroleptika (2007) [6].

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 form av "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).

Och 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 [7]). 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 [8]). Akatisi och agitation är del av det biverkningsspektrum 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 [5].

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.

---

[4] Healy, *Antidepressants and Violence: Problems at the Interface of Medicine and Law,* PloS Medicine (2006), , besökt 24 juli 2008, http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=get-document&doi=10.1371/journal.pmed.0030372

[5] 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 24 juli 2008 http://www.breggin.com/31-49.pdf

[6] Whitaker, *Affidavit* (Till domstol lämnad skriftlig försäkran), om neuroleptika, (2007), besökt 24 juli 2008 http://psychrights.org/Litigation/WhitakerAffidavit.pdf

[7] FASS, Zyprexa, produktresumé, besökt 24 juli 2008, http://www.fass.se/LIF/produktfakta/artikel_produkt.jsp?NplID=19960927000089&DocTypeID=6

[8] FASS, Cymbalta, produktresumé, besökt 24 juli 2008, http://www.fass.se/LIF/produktfakta/artikel_produkt.jsp?NplID=20040607005095&DocTypeID=6

När det gäller lugnande medel och sömnmedel (bensodiazepiner) finns deras sedan länge kända skadeverkningar – och självmordsrisker – beskrivna i Breggin, *Brain-Disabling Effects of Benzodiazepines* (1997) [9].

Psykiatriska preparat är inte i något fall kroppsegna ämnen som personer lider brist på, eller livsviktiga ämnen som måste tillföras kroppen. Psykofarmakan vid ”psykisk sjukdom” kan inte på något sätt jämföras med det insulin som diabetiker får eller med det C-vitamin som människan måste ha för att inte dö i skörbjugg.

Idén att människor som är deprimerade lider av en ”kemisk obalans”, att de 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 har fått människor att tro att deras nedstämdhet är en bristsjukdom – och att det är livsviktigt att tillföra det ämne som råder bot på denna brist – det antidepressiva medlet. Läkare har utsatts för ”utpressning” av det slag som beskrevs i läkemedelsbolaget Wyeths ”gravstensreklam”: skriv ut antidepressiva medel annars är det risk att depressionen tar slut oväntat fort; att personen tar livet av sig.

Det finns dock inga vetenskapliga bevis för att nedstämdhet beror på någon ”kemisk obalans” i hjärnan [10] [11]. 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.” [12]

Psykiatriska preparat har *alltid* en 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 *alltid* skada på hjärnan – vilket ofta också är den *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[6].

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 de allra flesta fall fått dessa preparat *samtidigt.* Personerna har i högre eller lägre grad utsatts för förgiftningseffekter.

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

---

[9] Breggin, *Brain-Disabling Effects of Benzodiazepines* (1997), från boken *Brain-Disabling Treatments in Psychiatry*, besökt 24 juli 2008, http://www.benzo.org.uk/breggin.htm

[10] Leo/Lacasse, *The Media and the Chemical Imbalance Theory of Depression,* Society, (2007) besökt 27 juli 2008, http://www.springerlink.com/content/u37j12152n826q60/fulltext.pdf

[11] Leo/Lacasse, *Serotonin and Depression: A Disconnect between the Advertisements and the Scientific Literature*, PloS Medicine, (2005), besökt 27 juli 2008, http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=get-document&doi=10.1371/journal.pmed.0020392

[12] Healy, citerad i artikeln *Ads for SSRI antidepressants are misleading, say researchers,* Medical News Today, (2005), besökt 27 juli 2008, http://www.medicalnewstoday.com/articles/33290.php

Kapitel 3

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 varit en starkt misstänkt bidragande faktor i sammanhanget.

Inte en enda biverkningsrapport skickades in om de 338 personer 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.

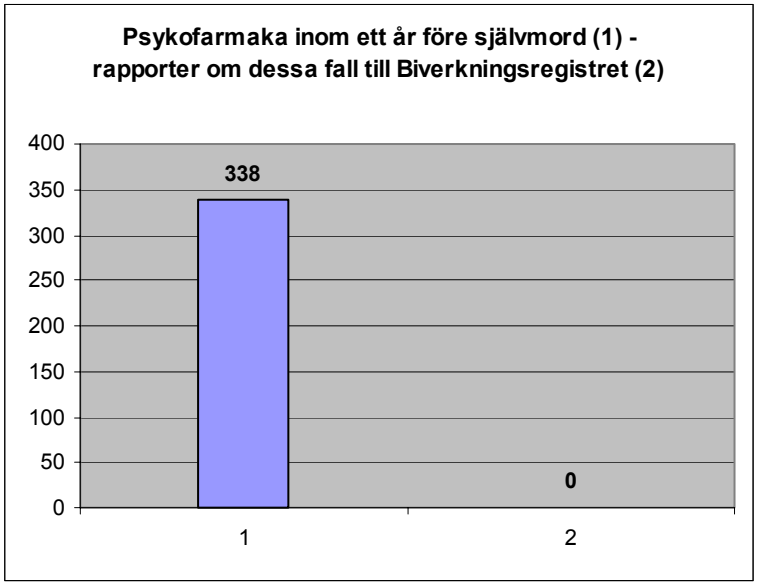


Diagram 6. Antal självmordsfall anmälda per Lex Maria där personerna behandlats med psykofarmaka inom ett år före självmordet, jämfört med antalet anmälda rapporter om dessa fall till Läkemedelsverkets biverkningsregister. (Två *andra* fall psykofarmaka-självmord, var enligt Läkemedelsverket de enda sådana ärenden som rapporterades till biverkningsregistret för 2007.)

Kapitel 4

Den ”adekvata medicineringen”

I de utredningar som Socialstyrelsen gjort av dessa fall, liksom i myndighetens rapport om självmord anmälda enligt Lex Maria 2006, saknas genomgående en sak: Frågan om själva *innehållet* i den psykiatriska behandlingen kunde ha orsakat eller bidragit till det tragiska slutresultatet – självmord. Och *innehållet* utgjordes alltså i 86 procent av fallen av psykofarmaka.

I stället för att ifrågsätta de psykiatriska preparatens roll enas rapporterande psykiatriker och Socialstyrelsen om – som det framgår i utredningsmaterialet och av den fullständiga frånvaron av rapporter till biverkningsregistret – att personerna fick ”adekvat medicinering”.

Socialstyrelsen vet 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 numera accepterade 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 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? 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 *samtidigt*? 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 falska 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.

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 katastrofalt 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 bara innebär än mer ”behandling” med psykofarmaka, ska veta att de direkt bidrar till att skada människor och skapa mer av de ”resultat” som här lagts fram.

Att nicka underdånigt till psykiatrisamordnarens order om att människor ska tvångsmedicineras i hemmen med neuroleptika och 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 destruktiva effekter kommer fram, och som utformat ett ”utredningsmaterial” som bara 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 uppenbara 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 mörkläggningsideologin, där tydliga skadeverkningar av psykiatriska preparat behandlas som ”symtom”, som kräver fler piller. I stället måste alla dessa effekter rapporteras som skadeverkningar.

De uppgifter som inkommit genom rapportkraven enligt Lex Maria, och som presenterats på föregående sidor, måste leda till *grundläggande förändringar* i de sätt på vilka personer med psykiska problem tas om hand.