
Antipsykotika virker

DEBATT

LARS LIEN

lars.lien@sykehuset-innlandet.no

Lars Lien er spesialist i psykiatri og i samfunnsmedisin. Han er leder i Norsk psykiatrisk forening.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

NICLAS HALVORSEN

Niclas Halvorsen er spesialist i psykiatri.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt foredragshonorar fra Abilify.

ULRIKA LARSSON

Ulrika Larsson er spesialist i psykiatri.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

JAN IVAR RØSSBERG

Jan Ivar Røssberg er spesialist i psykiatri og professor ved Universitetet i Oslo.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

SHAHRAM SHAYGANI

Shahram Shaygani er spesialist i psykiatri og i rus- og avhengighetsmedisin.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

MELISSA WEIBELL

Melissa Weibell er spesialist i psykiatri.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

MARIANNE SMETOP

Marianne Smetop er spesialist i psykiatri.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt foredragshonorar fra European Psychiatric Association..

KRISTINA NORHEIM LORENTZEN

Kristina Norheim Lorentzen er spesialist i psykiatri.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

SOLVEIG REITAN

Solveig Reitan er spesialist i psykiatri og professor ved NTNU. Hun er nestleder i Norsk psykiatrisk forening.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt møtehonorer fra Takeda og honorar fra Lundbeck for informasjonshefte om depresjon. Hun er styremedlem i KIM-senteret, Mental Helse og har aksjer i ODIN-fondene, som kan ha investert i aktuell industri (vet ikke noe om det).

Det kommer stadig innspill i media der antipsykotika fremstilles som ineffektive, unødvendige og skadelige. Disse fremstillingene er ikke bare faglig ubalanserte, men også ofte potensielt skadelig for pasientene våre og for behandlingsklimaet.

Påstander som at effekten av antipsykotika ved akutte psykosetilstander er så svak at medikamentene knapt fortjener sitt navn, er ikke i tråd med den samlede forskningslitteraturen, klinisk erfaring eller internasjonale anbefalinger. Vi i styret i Norsk psykiatrisk forening finner det nødvendig å kommentere på noen av disse innspillene for å sikre at norske leger behandler pasienter med psykiatriske sykdommer kunnskapsbasert. De som står bak slike påstander, benytter seg ofte av «kirsebærplukking», det vil si selektiv utvelgelse av data som støtter egne synspunkter, mens motstridende funn ignoreres. Et nylig eksempel er en kronikk i Tidsskrift for Den norske legeforening [\(1\)](#). Her fremheves svakere funn med metodiske svakheter, mens den samlede evidensen og hovedstrømmen i psykiatrisk forskning utelates.

Antipsykotika har i flere tiår vært en sentral del av behandlingen av psykoselidelser. Store metaanalyser dokumenterer at medikamentene gir signifikant reduksjon i psykotiske symptomer sammenlignet med placebo [\(2\)](#).

Effektstørrelsene er gjennomgående moderate, men klinisk meningsfulle, da det dreier seg om svært alvorlig sykdom.

**«Store metaanalyser dokumenterer at medikamentene gir
signifikant reduksjon i psykotiske symptomer sammenlignet med
placebo»**

Langtidsstudier viser at seponering av antipsykotika øker risikoen for tilbakefall betydelig jo lenger pasienten har levd med alvorlig psykiatrisk sykdom. Registerdata fra Finland viser at tilbakefallsraten uten medikasjon er 57 % innen ett år, sammenlignet med rundt 34 % hos dem som fortsetter behandlingen (3). Men like viktig som symptomreduksjon er pasientens livskvalitet. Klinisk kunnskap tilsier at antipsykotika via reduksjon i psykosesymptomene også bidrar til betydelig bedre funksjon, mulighet til å gjennomføre utdanning, være i jobb og å ha et sosialt liv (4).

Det finnes også mer harde fakta. En oversiktsartikkel viser til at seponering av antipsykotika er forbundet med ikke bare økt mengde tilbakefall av psykose og reinnleggelse, men også dødelighet generelt, kardiovaskulær dødelighet og dødelighet ved suicid (5, 6). Også risikoen for drap øker med ikke-medisinert psykose (2), slik at konsekvensene for pasienten selv og omgivelsene er store om man underslår den samlede kunnskapen om antipsykotika (7).

Det finnes naturligvis legitime spørsmål om bivirkninger, individuell respons og behov for mer presisjonsmedisin. Men å bruke enkeltstudier og studier med metodiske svakheter til å diskreditere hele behandlingsformen er ikke en faglig redelig tilnærming. Retningslinjene for legemiddelbehandling for psykoselidelser, er nyanserte, oppdaterte og i tråd med internasjonale retningslinjer og kunnskapsoppsummeringer. Vi som jobber med pasienter med psykose, vet hvor viktig det er å kunne tilby effektiv, kunnskapsbasert behandling – og å kommunisere åpent om både nytte og risiko.

**«Å bruke enkeltstudier og studier med metodiske svakheter til å
diskreditere hele behandlingsformen er ikke en faglig redelig
tilnærming»**

Vi må hele tiden debattere tvangsbruk, individualisering og bivirkninger. Men vi trenger ikke en debatt som bygger på selektive data og retoriske grep som undergraver pasientenes tillit til behandling og den samlede legestandens kunnskap om alvorlige sykdommer som schizofreni. Det hevdes ofte at effektstørrelsene er lave, men det kommer sjelden fram at effektstørrelsene ikke er særlig mye høyere for psykoterapi eller psykososiale tiltak. Så hvilke tiltak skal settes i verk, eventuelt ikke settes i verk, om behandlingen skulle styres etter effektstørrelsene?

Det finnes uenighet om hvordan og når antipsykotika skal brukes, men det råder ingen faglig tvil om at de virker. Å antyde noe annet skaper et feilaktig bilde. Det gagnar verken pasientene eller faget vårt. Det er sant at noen pasienter blir kvitt symptomene uten medikamentell behandling, men dette

betyr ikke at antipsykotika ikke har effekt. Det at psykoser kan gå over spontant hos noen, eller at psykososiale faktorer spiller en rolle, svekker ikke den dokumenterte effekten av medikamentell behandling.

Vår oppgave som fagpersoner er å sikre at pasientene får den beste hjelpen tilgjengelig. Effekten av antipsykotika er veldokumentert, selv om den varierer mellom individer. Forskningen viser at medikamentene reduserer psykotiske symptomer, forebygger tilbakefall og at fravær av behandling i mange tilfeller kan gi alvorlige konsekvenser. Kritikk av metodologi og ønske om mer kunnskap er nødvendig, men bør ikke brukes til å diskreditere en behandling som har hjulpet millioner av mennesker verden over.

Forfatterne er medlemmer i styret i Norsk psykiatrisk forening.

REFERENCES

1. Aarre TF. Har antipsykotika effekt mot akutt psykose? Tidsskr Nor Legeforen 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.0047. [CrossRef]
2. Ceraso A, Lin JJ, Schneider-Thoma J et al. Maintenance treatment with antipsychotic drugs for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2020; 8: CD008016. [PubMed][CrossRef]
3. Tiihonen J, Tanskanen A, Taipale H. 20-Year Nationwide Follow-Up Study on Discontinuation of Antipsychotic Treatment in First-Episode Schizophrenia. Am J Psychiatry 2018; 175: 765–73. [PubMed][CrossRef]
4. De Filippis S, Vita A, Cuomo A et al. Treatment satisfaction and effectiveness of Lurasidone on quality of life and functioning in adult patients with schizophrenia in the real-world Italian clinical practice: a prospective 3-month observational study. Ann Gen Psychiatry 2024; 23: 43. [PubMed][CrossRef]
5. Andrade C. Antipsychotic Medication Continuation vs Taper and Discontinuation in Patients With Schizophrenia and Other Nonaffective Psychotic Disorders. J Clin Psychiatry 2024; 85: 24f15363. [PubMed][CrossRef]
6. Strømme MF, Mellesdal LS, Bartz-Johannessen C et al. Mortality and non-use of antipsychotic drugs after acute admission in schizophrenia: A prospective total-cohort study. Schizophr Res 2021; 235: 29–35. [PubMed][CrossRef]
7. Nielssen O, Lyons G, Oldfield K et al. Rates of homicide and homicide associated with severe mental illness in NSW between 1993 and 2016. Aust N Z J Psychiatry 2022; 56: 836–43. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 29. mai 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0273

Mottatt 14.4.2025, første revisjon innsendt 27.4.2025, godkjent 9.5.2025.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 2. februar 2026.