

Til slutt må det nevnes at Sativex ikke er en nesenspray, men en munnspray.

Ruben Solvang
post@rubensolvang.com

Ruben Solvang (f. 1985) er selvstendig næringsdrivende. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Bramness JG. Cannabis som medisin. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 252–3.
2. GW pharmaceuticals www.gwpharm.com/GW%20Pharmaceuticals%20plc%20Announces%20Sativex%20Regulatory%20Approval%20in%20Switzerland.aspx (19.2.2015).
3. Het Bureau voor Medicinale Cannabis www.cannabisbureau.nl/en/MedicinalCannabis/ (19.2.2015).

Re: Cannabis som medisin

Legaliseringskampanjen, styrt av sterke økonomiske krefter som tobakksindustrien, bruker varierende argumenter for legalisering av cannabis. Medisinsk nytte har vært én av disse. Som Jørgen Bramness skriver i sin kronikk i Tidsskriftet nr. 3/2015, er dette et retorisk knep (1).

Heroin er et utmerket smertestillende middel. Men det er fortsatt stort sett enighet om at det også er et illegalt rusmiddel med en rekke bivirkninger og komplikasjoner. Cannabinoidene kan inndeles i tre grupper: Endocannabinoider (Anandamid, AG, Nolan eter), plantecannabinoider (marihuana, hasj og hasjolie) og syntetiske cannabinoider med fem undergrupper.

Den medisinske dokumentasjonen for medisinsk nytte er av sterkt varierende kvalitet, fra rene kasuistikker til kontrollerte studier. Best er dokumentasjonen på glaukom, kvalme, appetittstimulering, spastisitet og smerte, i følge en fersk oppsummering (2). Andre tilgjengelig legale medikamenter kan ofte gi bedre effekt.

Det som er problematisk i medisinsk sammenheng er at man ikke kjenner tetrahydrocannabinol/cannabidiol (THC/CBD) innholdet i plantecannabinoidene som røykes. Fra beslag vet man at THC-innholdet øker år for år, mens det beskyttende antipsykotiske CBD-innholdet synker. En joint i dag kan være opptil ti ganger sterkere enn på 70-tallet; fra 1995 til 2012 en firedobling fra 3 % til 12 % (3). En kunne kanskje tro at sterkere marihuana, som skunk, ville føre til nedregulering av bruk, men rapporter fra misbrukermiljø viser at så ikke er tilfelle (4). Marihuana og hasj, som medisinsk preparat, tilfredsstillende ikke de farmasøytiske kravene man må stille til et legemiddel. Da kan det være mer aktuelt med rene farmasøytiske preparater.

Vi som arbeider med cannabisavhengige ungdommer og som ser baksiden av medaljen, kan også se at pasienter med enkelte sykdomstilstander kan profitere på behandling med cannabinoider, der man kjenner innholdet. Sativex-spray er siden 2012 godkjent indikasjon for spastisitet hos MS-pasienter, og Marinol-kapsler har vært brukt i begrenset omfang (på registreringsfritak) som antiemetika hos pasienter under cytostatikabehandling.

Dette gir ingen argumenter for legalisering. Rapporter fra USA viser at stater som har innført hasj og marihuana på resept fra leger, har vært lite nøye med indikasjonen (5). Kun 2 % av forskrivningen har vært for lidelser der cannabinoidene har dokumentert effekt. Leder av National Institute of Drug Abuse i USA, Nora Volkow, er bekymret for praksisen (2): «This practice raises particular concerns with regard to long-term use by vulnerable population». Vi ønsker heller ikke en slik utvikling.

Øistein Kristensen
oistein.kristensen@sshf.no

Øistein Kristensen (f. 1945) er overlege ved Avdeling for rus og avhengighetsbehandling Sørlandet Sykehus HF, Kristiansand. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Bramness JG. Cannabis som medisin. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 252–3.
2. Volkow ND, Baler RD, Compton WM et al. Adverse health effects of marijuana use. N Engl J Med 2014; 370: 2219–27.
3. ElSohly MA. Potency monitoring program quarterly report no 123-reporting period 09/16/2013–12/15/2013. Oxford: University of Mississippi; National Center for Natural Products Research 2014.
4. Freeman TP, Morgan CJ, Hindocha C et al. Just say 'know': how do cannabinoid concentrations influence users' estimates of cannabis potency and the amount they roll in joints? Addiction 2014; 109: 1686–94.
5. Sabet K. The marijuana landscape; 21th ECAD Mayors conference, Stockholm, May 19–20; 2014.

Lungekreftscreening for asbesteksponerte er blitt debattert i kommentarfeltet under artikkelen «Arbeidsbetinget lungekreft i Sør-Trøndelag» i Tidsskriftet nr. 20/2014.

Re: Arbeidsbetinget lungekreft i Sør-Trøndelag

Forfatterne har misforstått hovedbudskapet i Helsinki-kriteriene (1) når det gjelder anbefaling av CT som verktøy ved helseundersøkelser av asbestarbeidere.

Vainio skriver følgende i sin lederartikkel (2): «The current Helsinki criteria update recommends that individuals with a history of past exposure to asbestos, who meet the absolute lung cancer risk criteria set by randomized trials and existing lung cancer screening guidelines, should be offered screening with low-dose CT».

De omtalte randomiserte studiene gjelder gjennomførte studier (i hovedsak de amerikanske undersøkelsene som viser økt overlevelse hos røkere undersøkt med CT), som brukes som grunnlag for å sette inklusjonskriterier for helseundersøkelser. Dette er gjennomgående for etablerte programmer for helseundersøkelser av asbestarbeidere. Helsinki-kriteriene omtaler forskning, men det i betydning av følgeforskning og kvalitetssikring av programmer for helseundersøkelser av asbestarbeidere. Etablering av et slikt program i Norge med nødvendige ressurser er knyttet til faglige myndigheters ansvar i henhold til lov og forskrift.

Vemund Digernes
vemud-d@online.no

Vemund Digernes (f. 1945) er dr.med., pensjonist og tidligere fagsjef ved Norsk Industri. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Wolff H, Vehmas T, Oksa P et al. Asbestos, asbestosis, and cancer, the Helsinki criteria for diagnosis and attribution 2014: recommendations. Scand J Work Environ Health 2015; 41: 5–15.
2. Vainio H. Epidemics of asbestos-related diseases – something old, something new. Scand J Work Environ Health 2015; 41: 1–4.

Re: Amfetaminutløst psykose eller schizofreni?

Kronikken til Rognli og medarbeidere i Tidsskriftet nr. 3/2015 påpeker en avgjørende utfordring i diagnostisering og behandling av pasienter med samtidig alvorlig rus- og psykisk lidelse (1). Mens ruslidelsen vil kunne avsløres forholdsvis lett med en biologisk prøve (blod, urin eller spytt), er vi langt fra et biologisk korrelat som bekrefter psykiske lidelser, som for eksempel schizofreni. Her er samtalen og fortolkningen av denne fortsatt sentral. Vi anerkjenner derfor at en travel hverdag på en hvilken som helst sykehusavdeling vil kunne friste til å fortolke radikalt; nemlig at inntak av amfetamin er tilstrekkelig for å vurdere pasientens samtidige psykotiske opplevelse som rusutløst. Det er derimot ikke tatt hensyn til at positive prøver ikke alene kan diagnostisere alvorlige psykiske lidelser, uten at de for- >>>

tolkes som intoksikasjon eller avhengighetslidelse. Når amfetaminutløste psykoser øker risikoen betydelig for å utvikle en «ekte schizofreni» over tid, mener vi det må ha konsekvenser for antall liggedøgn som går med på observasjon av amfetaminutløste psykoser.

Vårt daglige virke er derimot mer moderne enn at vi kan kvantifisere antall liggedøgn. Ved psykiatriske poliklinikkene følger vi opp en betydelig andel pasienter med klare psykotiske forestillinger over tid, som enten er eller har vært forverret grunnet inntak av amfetamin, cannabis og andre psykotogene rusmidler. Diagnostisering av typen «rusutløst vs. primær» er stadig vanskelig fordi forløpene er individuelle både med hensyn til psykosens innhold og grad av rusmestringsevne. Når muligheten for døgnobservasjon reduseres i psykiatri og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer (TSB), samtidig som psykotisk opplevelse vanligvis utelukker inntak i TSB, mens psykisk helsevern avviser på bakgrunn av positive rusmiddelprøver, vil denne praksisen ha stor betydning for pasienter med såkalte rusutløste psykoser. Vi mener at mer tid med døgnobservasjon for pasienter i den akutte sykdomsfasen enn det som vanligvis innvilges vil forbedre både rusmestringsevnen og alliansen. Således vil dagens situasjon med utilstrekkelig døgnobservasjon bidra til dårligere prognose for pasienter med samtidig rusmiddelinntak og psykose fordi muligheten for å meddele seg om psykotisk innhold reduseres. For vårt polikliniske arbeid vil begrepet «rusutløst psykose» bli mindre og mindre relevant, fordi schizofrenilidelsene med mer eller mindre alvorlig bruksmønster av psykotogene rusmidler i det lange løp vil øke, dessverre.

Philipp Paul Koren Lobmaier
p.p.lobmaier@medisin.uio.no
Grete J. Sølvberg Larsen

Philipp Paul Koren Lobmaier (f. 1974) er lege i spesialisering ved Psykiatriske poliklinikkene, Nydalen DPS, Oslo universitetssykehus og seniorforsker ved Senter for Rus- og Avhengighetsforskning (SERAF), Universitetet i Oslo. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Grete J. Sølvberg Larsen (f.1958) er overlege ved Psykiatriske poliklinikkene, Nydalen DPS, Oslo universitetssykehus. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Rognli EB, Medhus SE, Bramness JG. Amfetaminutløst psykose eller schizofreni? Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 249–51.

RETTELSE

Forekomsten av føflekkreft øker igjen

Marit B. Veierød

Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 450–2

I Tidsskriftet nr. 5/2015 skal det på s. 450, venstre spalte, sist i 3. avsnitt stå: I Nord- og Vest-Europa kan mer enn 85 % av tilfellene av føflekkreft tilskrives soleksponering (4–6). 9,4 % tilskrives solariumsbruk (7).

I e-tabell 1 skal fotnote 5 være: Dose-respons per 5 solforbrenninger per tiår. Dennis og medarbeidere presenterte også resultater for noensinne versus aldri *solbrent*

Vi beklager feilene, de er rettet på nett.