

Debatten rundt cannabis

Debatten rundt cannabis vanskeliggjøres av upresis og feilaktig gjengivelse av fakta og skarpt polariserte fronter. Det blåser en liberaliseringsvind fra USA, og alle midler tas i bruk.

Årets engelske ord i 2016, kåret av Oxford Dictionaries, ble «post-truth» eller postfaktuell. Begrepet representerer alvorlig mistillit til eksperter og politikere. Et eksempel på slik faktaskjevhet om cannabis fremkom i TV-programmet *Folkeopplysningen*, som ble sendt på NRK 13. september 2016. Her ble det illegale rusmidlet cannabis ufarliggjort. Vi som i mange år har gitt behandling til cannabisavhengige, opplever en annen virkelighet og erfarer at TV-programmet og liberaliseringskampanjen gjør skade.

Som deltagere i Cannabis Forum-Sør, en felles møteplass for rusbehandlere i kommune- og spesialisthelsetjenesten på Sørlandet, setter vi pris på Vindenes og medarbeideres faktabalanserte kronikk i Tidsskriftet nr. 20/2016 (1). Kronikken er i tråd med rapporten fra Verdens helseorganisasjon (2) og med kunnskapsoppsummeringer fra fagfeltets fremste eksperter Wayne Hall (3) og Nora Volkow.

Volkow og medarbeidere (4) rangerer kunnskapsgrunnlaget for helseskader som følge av vedvarende cannabisbruk i tre kategorier (høy, middels, lav), avhengig av styrken i datagrunnlaget. I kategorien høy finner vi avhengighetspotensial, reduserte skoleprestasjoner og skolefravall, dårligere kjøreferdigheter og trafikkskader og utvikling av kronisk bronkitt, i kategorien middels utvikling av psykoser og schizofreni, depresjon og angst og overgang til tyngre rusmidler, i kategorien lav lungekreft. Kunnskapsgrunnlaget er i stor grad basert på tidligere studier av cannabis med lavt innhold av tetrahydrocannabinol (THC).

Sterkere cannabis

Det markant økte nivået av det rusfremkallende stoffet THC i dagens cannabis, noe som kan føre til enda flere skader (1), ble ikke berørt i TV-programmet. Cannabisplanten er blitt modifisert slik at THC-innholdet er flerdoblet og innholdet av den psykoprotektive komponenten cannabidiol (CBD) snart er lik null (1). CBD er et naturlig cannabinoid som motvirker flere uønskede effekter av THC, for eksempel angst, psykose og svekket hukommelse (5). Syntetiske cannabinoider inneholder ikke CBD (1).

Tilgjengelighet av sterkere cannabis synes å ha ført til høyere THC-inntak hos brukerne (6). I norske ungdomsundersøkelser blir det rapportert om færre cannabisbrukere (7), samtidig som flere søker hjelp for sin cannabisavhengighet. Ved ruspoliklinikkene ved Sørlandet sykehus har antallet pasienter med cannabis som hovedproblem i behandling økt med 44 % for perioden 2011–15 (fra 231 til 348 pasienter) (8).

Den samme økningen finner vi i store europeiske oversikter (9). Paradokset kan muligens forklares med tilgang til og bruk av sterkere cannabis (10).

Cannabis er ikke et harmløst rusmiddel, som det ble hevdet i NRK-programmet. En rekke studier viser at det er sammenheng mellom THC-konsentrasjonen i blodet og negative helseeffekter og svekkede ferdigheter. Ikke minst gjelder dette for kjøreferdigheter og risiko for bilulykker (1). En straffbarhetsgrense for cannabiskonsentrasjon i blod i trafikksaker (tilsvarende alkoholpromillegrensen) ble innført i Norge i 2012. I TV-programmet ble bilkjøring etter inntak av cannabis ufarliggjort og promillegrensen ikke nevnt.

Epidemiologiske og prospektive studier viser at ungdom som bruker cannabis, har høyere sannsynlighet for å falle ut av skolen. Jo tidligere de unge debuterer med cannabis, desto større er risikoen for at den normale hjerneutviklingen blir forstyrret og for langvarig reduserte kognitive evner. Det synes å være en dose-respons-sammenheng mellom cannabisbruk og redusert IQ. Tilsvarende ses også en sammenheng mellom cannabisbruk og psykose og andre negative helseutfall (1–4).

Det blir ofte stilt spørsmål om sammenhengen mellom cannabisbruk og psykisk uhelse er kausal. Alternative forklaringer har vært genetiske årsaker, bakenforliggende psykososiale problemer, skoletretthet etc. Disse og andre faktorer kan være medvirkende. Like fullt – i studier der man forsøker å korrigere for både genetiske faktorer, miljøfaktorer og samtidig bruk av alkohol, finner man som hovedregel en selvstendig effekt av cannabis som årsaksforklaring, og denne effekten kan ikke bortforklares (3).

Ingen hast med å endre narkotikapolitikken

Dette rusmidlet, som i den senere tid er blitt modifisert til å bli mer potent og med det mer skadelig, er det enkelte som mener vi skal legalisere i Norge. Argumentasjonen varierer (f.eks. knekke den globale narkoøkonomien, redusere stigmaer og gjøre det lettere å få helsehjelp etc.), men ofte ser vi argumentet om at individuelle valg bør få forrang foran folkehelseprinsippet figurere i debatten.

Vi mener at liberaliseringsargumentene ikke er fundert på tilgjengelig forskning, men at de primært er drevet frem av liberalistisk ideologi, brukeraktivisme og sterke kapitalkrefter. Førre var-prinsippet ligger til grunn for mye av folkehelsearbeidet. Dersom man er usikker på om legalisering av cannabis kan

virke negativt inn på folkehelsen, bør man la det være. Det skjer storstilte legaliserings-eksperimenter i Uruguay, i Canada og i noen amerikanske delstater. Her i Norge har vi intet å tape på å sitte rolig i båten noen år til.

Øistein Kristensen

oistein.kristensen@sssh.no

Anita Mlodozienec

Øistein Kristensen (f. 1945) er spesialist i rus- og avhengighetsmedisin og i psykiatri og overlege/seniorforsker ved Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, Sørlandet sykehus, Kristiansand.

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

Anita Mlodozienec (f. 1972) er ph.d., spesialist i psykiatri og overlege ved Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, Sørlandet sykehus, Kristiansand.

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

Litteratur

1. Vindenes V, Bramness JG, Bretteville-Jensen AL et al. Gir sterkere cannabis flere helseproblemer? Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 1736–8.
2. World Health Organization. The health and social effects of nonmedical cannabis use. Genève: WHO, 2016.
3. Hall W. What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use? Addiction 2015; 110: 19–35.
4. Volkow ND, Baler RD, Compton WM et al. Adverse health effects of marijuana use. N Engl J Med 2014; 370: 2219–27.
5. Bhattacharyya S, Morrison PD, Fusar-Poli P et al. Opposite effects of delta-9-tetrahydrocannabinol and cannabidiol on human brain function and psychopathology. Neuropsychopharmacology 2010; 35: 764–74.
6. van der Pol P, Liebrechts N, Brunt T et al. Cross-sectional and prospective relation of cannabis potency, dosing and smoking behaviour with cannabis dependence: an ecological study. Addiction 2014; 109: 1101–9.
7. Folkehelseinstituttet. Rusmidler i Norge 2015. https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/rusmidler_i_norge2015.pdf [28.1.2017].
8. Nilsson C. Administrative data. Kristiansand: Sørlandet sykehus, 2016.
9. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Europeisk narkotikarapport – trender og utviklinger. Lisboa: EMCDDA, 2016. <http://emcdda.europa.eu/system/files/publications/2637/TDAT16001NON.pdf> [22.12.2016].
10. Freeman TP, Winstock AR. Examining the profile of high-potency cannabis and its association with severity of cannabis dependence. Psychol Med 2015; 45: 3181–9.

Mottatt 19.1. 2017, første revisjon innsendt 31.1. 2017, godkjent 1.2. 2017. Redaktør: Ketil Slagstad.

Publisert først på nett.