

som søker hjelp øker for hvert år. Karakterisk for dem vi møter er kognitive problemer (dårlig hukommelse, innlæringsvansker, svekket dømmekraft og manglende tiltakslyst). Mange har ikke fullført videregående skole og strever med å komme seg inn på arbeidsmarkedet. Frafall fra skole er påvist i flere studier (2–4). En stor skoleundersøkelse (ESPAD) viser at majoriteten av 15-åringene som bruker cannabis også bruker alkohol (5). Det er de unge hjernene som er mest utsatt for varig skade. For oss blir det derfor meningsløst å sammenligne farlighetsgraden av cannabis med alkohol.

Norge har et av Europas laveste forbruk av cannabis (6). Vi mener vi har gitt mange argumenter for å beholde denne posisjonen. Vi har ikke klart å finne vitenskapelige data som tyder på at det er bra for folkehelsen at forbruket av cannabis i en befolkning øker. Fra USA vet vi allerede at forbruket av cannabis har økt i alle delstater som har legalisert bruken, mest bekymringsfull er økningen i forbruk blant ungdom 12–17 år og blant unge voksne 18–25 år (7). Antall cannabisrelaterte henvendelser til legevakt har økt, likeså antall cannabisrelaterte bilulykker med skader og dødelig utgang. Antall arrestasjoner gikk ned (7). Som første og eneste land i verden legaliserte Uruguay cannabis i 2013. Heller ikke her ser de foreløpige resultatene særlig oppløftende ut (8). Det er all grunn til å vente med legalisering i Norge.

Øistein Kristensen

oistein.kristensen@sshf.no

Anita Mlodozieniec

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. Ingen oppgitte interessekonflikter.

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

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. World Health Organization. The health and social effects of nonmedical cannabis use. Geneva: WHO, 2016.
2. Simonsen B. Hash som pædagogisk problem – ungdomsuddannelserne. Odense: Erhvervsskolenes Forlag, 2014.
3. Vedøy TF, Skretting A. Ungdom og rusmidler: resultater fra spørreskjemaundersøkelse 1968–2008. SIRUS-rapport nr. 5, 2009, Oslo.
4. Silins E, Fergusson DM, Patton GC et al; Cannabis Cohorts Research Consortium. Adolescent substance use and educational attainment: An integrative data analysis comparing cannabis and alcohol from three Australasian cohorts. *Drug Alcohol Depend* 2015; 156: 90–6.
5. Pape H, Rossow I, Størvoll EE. Under double influence: assessment of simultaneous alcohol and cannabis use in general youth populations. *Drug Alcohol Depend* 2009; 101: 69–73.
6. EMCDDA. Prevalence of daily cannabis use in the European Union and Norway. Lisboa: EMCDDA, 2012.
7. The Legalization of Marijuana in Colorado. The Impact vol.3, 2016. <http://i2.cdn.turner.com/cnn/2016/images/02/24/2015.preview.legalization.of.mj.in.colorado.the.impact.pdf> [10.3.2017].
8. Hoffman T. Uruguay har legalisert hasj og fått store problemer. *Forskning.no*. 8.12.2016 <http://forskning.no/alkohol-og-narkotika/2016/12/uruguay-har-legalisert-hasj-og-fatt-store-problemer> [10.3.2017].

Re: Debatten rundt cannabis

I en debattartikkel peker Ø. Kristensen & A. Mlodozieniec på at THC-innholdet i cannabisbeslagene har økt de senere årene, og ser dette i sammenheng med et økt antall pasienter som søker behandling (1). Selv om det er usikkerhet rundt årsakssammenhengen, tillier noe forskning at det er riktig å advare mot sterk cannabis (2). Selv om det fantes sterk cannabis tidligere også, har gjennomsnittsmålinger av beslag gått opp blant annet fordi det nå er en større andel sinsemilla (hunnplanter uten frø) i beslagene (3).

Narkotikapolitikk er ikke bare et spørsmål om et stoff er farlig eller ikke. For å sitere professor Wayne Hall: «We should reject this policy simplification because it does not follow that cannabis use

should be prohibited simply because it harms some users. Those who support cannabis prohibition also need to show that criminal penalties are the best way to discourage cannabis use and decrease the harms that it causes, and that the social costs of using the criminal law to deter people from using cannabis are worth bearing.» (4)

Foruten hensynet til medmenneskelige forhold slik som frihetsberøvelse og stigmatisering er forbudet også en betydelig utgiftspost. I en artikkel i *Morgenbladet* la Sigve Indregard og Askild Matre Aasarød fram et uhyøytidelig narkoregnskap som viste at ca. 5 milliarder kroner kunne bli spart årlig dersom vi innførte et regulert marked for rusmidler (5). Forbudspolitikken er vanskelig å forsvare når vi ser hva tilgjengelig forskning sier: «Cannabis control policies, whether liberal or draconian, seem to have little influence on the prevalence of consumption.» (6)

I programmet *Folkeopplysningen* har man gjort en fenomenal jobb med å forklare statistikk og vitenskapelige metoder på en underholdende måte. I disse postfakta-tider er det viktigere enn noen gang å ha en vitenskapelig tilnærming til læring når vi bombarderes av motstridende informasjon. I programmet om cannabis gjør *Folkeopplysningen* en del forenklinger, men sett i lys av hvor komplisert det totale bildet er, vil jeg si de kommer godt ut av det. Sammenligningen med alkohol og andre stoffer fungerer godt, fordi folk flest kan relatere til alkohol. De kan dermed anslå skadepotensialet til andre stoffer uten dyptgående kunnskap i medisin.

Sigmund Ås

sigmund.aas@gmail.com

Sigmund Ås (f. 1977).

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Kristensen Ø, Mlodozieniec A. Debatten rundt cannabis. *Tidsskr Nor Legeforen* 2017; 137: 344.
2. Vindenes V, Bramness JG, Bretteville-Jensen AL et al. Gir sterkere cannabis flere helseproblemer? *Tidsskr Nor Legeforen* 2016; 136: 1736–8.
3. ElSohly MA, Mehmedic Z, Foster S et al. Foster S et al. Changes in cannabis potency over the last 2 decades (1995–2014): Analysis of current data in the United States. *Biol Psychiatry* 2016; 79: 613–9.
4. Hall W. The adverse health effects of cannabis use: what are they, and what are their implications for policy? *Int J Drug Policy* 2009; 20: 458–66.
5. Indregard S, Aasarød AM. Mot et nasjonalt narkoregnskap. *Morgenbladet*. 1.29.2016. <https://morgenbladet.no/aktuelt/2016/01/mot-et-nasjonalt-narkoregnskap-0> [15.3.2017].
6. Room R, Fischer B, Hall W et al. Cannabis policy: Moving beyond stalemate. Oxford: Oxford University Press, 2010.

Re: Debatten rundt cannabis

Takk til Ø. Kristensen & A. Mlodozieniec for deres svar til min kommentar, hvor jeg påpekte flere ukorrekte påstander i deres opprinnelige innlegg. Forfatterne har oversett denne kritikken, og jeg fastholder (1) at de har feilaktig påstått for det første at NRKs program *Folkeopplysningen* påsto at cannabis var harmløst, for det andre at ønsket om å endre narkotikapolitikken kommer fra ideologi, brukeraktivisme og «sterke kapitalkrefter», og endelig at det ikke finnes veldokumentert empiri for en ruspolitisk endring.

Forfatterne fronter nye feilaktige påstander i sitt svar, og gir fortsatt ingen referanse som viser at kriminalisering og forbud er bra for folkehelsen. Derimot hevder de at rusbruk vil stige med avkriminalisering og/eller legalisering, og at dette automatisk oversetter til flere rusproblemer. Empirisk erfaring med avkriminalisering viser lite eller ingen sammenheng med rusbruk, men en betydelig samfunnsøkonomisk og helsemessig gevinst (2). Det er derfor den nåværende politikken bør endres.

Vi har mindre erfaring med legalisering, men forfatterne hevder bastant at «forbruket av cannabis har økt i alle delstater (i USA) som har legalisert bruken», med særlig bekymring for unge brukere. De viser til en lite troverdig rapport (3) med en rekke feil og unøyaktigheter om forholdene i Colorado (4).

>>>

Med tall fra myndighetene, både fra delstaten og nasjonalt, kan jeg vise at dette er feil. Ifølge de halvårslige undersøkelser fra Colorado Department of Public Health and Environment har bruken blant unge sunket etter legaliseringen i 2012–2013 (5), og er nå lavere enn lignende tall fra andre delstater. De siste tallene fra de årlige nasjonale undersøkelser, viser for siste måneds cannabisbruk blant unge (12–17 år) en nedgang fra 12,56 % i 2013–2014 til 11,13 % i 2014–2015 (6). Tallene er også blitt sammenlignet med tall fra 2008–2009, som viser en ikke-signifikant endring i bruk fra før til etter legalisering (7).

Kildekritikk har lett for å falle til bytte for sterke holdninger. Jeg håper man kan imøtekomme kritikk og nyansere på en bedre måte enn det som har kommet frem i utvekslingen så langt.

Andreas Wahl Blomkvist
andreas.wahl@gmail.com

Andreas Wahl Blomkvist (f. 1989) er medisinstudent ved Aalborg Universitet, Danmark.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Blomkvist AW, Eika F. Re: Debatten rundt cannabis. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 599.
2. Csete J, Kamarulzaman A, Kazatchkine M et al. Public health and international drug policy. Lancet 2016; 387: 1427–80.
3. The legalization of marijuana in Colorado. The impact vol.3, 2016. <http://rmhidta.org/html/2015%20PREVIEW%20Legalization%20of%20MJ%20in%20Colorado%20the%20Impact.pdf> (10.3.2017).
4. Sullum J. Supposedly neutral federal report stacks the deck against marijuana legalization. Forbes 2015; nr. Sep: 17.
5. Gorman S, Craft D. Colorado's teen marijuana usage dips after legalization. Scientific American. <https://scientificamerican.com/article/colorado-s-teen-marijuana-usage-dips-after-legalization/> [14.3.2017].
6. SAMHSA. National survey on drug use and health: comparison of 2013–2014 and 2014–2015 Population percentages. 24.1.2017.
7. SAMHSA. National survey on drug use and health: comparison of 2008–2009 and 2014–2015 Population percentages. 16.2.2017.

Re: Rett medisin

Redaktør Are Brean viser i sin minilederartikkel (1) til en sak i USA der legemiddelmyndighetene har registrert over 400 tilfeller av bivirkninger av homøopatiske piller hos barn, deriblant dødsfall. Men Brean refererer upresist. Det stemmer ikke at saken dreier seg om vanlige homøopatiske midler. Det dreier seg primært om et produkt kalt «Baby Teething Tablets» fra to ulike produsenter som opererer på det Amerikanske markedet. Dette er kompleksmidler satt sammen av ulike midler og ikke homeopatiske midler slik de selges i Norge. Det er altså ikke produkter vi trenger å bekymre oss om at selges på våre apotek.

I minilederen henvises det til at ti dødsfall skyldes homøopati. Dette er upresist. Det er riktignok konstatert belladonna i nanogramstørrelse og innenfor trygge nivåer i produktet, men det er ingen påvist sammenheng. Denne mengden belladonna er også mye lavere enn det som har vært vanlig å bruke i urtemedisin i Europa (2). Ti dødsfall er mistenkt knyttet til disse produktene og produktene er trukket tilbake for å være på den sikre siden. Skulle det være de påviste mengder belladonna som er årsaken, vil dette måtte informere både bruk og produksjon av alle produkter som eventuelt inneholder belladonna. I så fall vil det kunne bli aktuelt å se på produkter solgt også i EØS-området.

Dette er ikke første gangen man har hevdet at homøopatiske midler kan være dødelige. Professor Harry Boström hevdet i sin tid som leder for Svenska läkarsällskapet å ha påvists seks dødsfall av homøopati (3). En av helsekostens forkjempere og professor i ortopedisk kirurgi Olov Lindahl tilbakeviste samtlige av tilfellene og konstaterte at flere var iatrogene (4). Med de mikroskopiske mengder utgangsstoff som er i homøopatika bør enhver som leser om dødsfall mistenkte andre muligheter. Trine Stub viser i sin dok-

torggradsavhandling «Pasientsikkerhet ved behandling hos homeopat – Førstegangsførringer, bivirkninger og trygghet» (5) at det ikke er påvist noen stor risiko knyttet til bruken av homøopatiske midler.

Brean avslutter med at «vi kan ikke risikere at medisiner har biologiske effekter». Det vi ønsker, er vel heller at all medisin skal ha biologisk effekt. Den som ønsker vitenskapelig, saklig og oppdatert informasjon om effekten av homøopati henvises til Homeopathy Research Institute sin nettside (hri-research.org). Leger i Storbritania som arbeider med homøopati har også en godt oppdatert forskningsside (facultyofhomeopathy.org/research). Homøopatika er i EØS definert som legemidler, selges kun på apotek, er regulert gjennom samme EU-direktiver som alle legemidler til bruk hos mennesker. Produksjonen er også regulert etter samme standarder GMP (Good manufacturing practices) og GLP (Good laboratory practice) som produksjon av andre legemidler. Spesielt for homøopatika er å kvalitetssikre overholdelse av grensen for konsentrasjon av toksiske stoffer slik at de er trygge i bruk. Dette er gjort ved å sette en grense med et løsningsforhold 1 : 1 000 i EØS. I Norge er den foreløpig 1 : 1 000 000. Dette betyr at ved mistanke om toksiske effekter må man først rette søkelyset på mulig kontaminering og feil i produksjonsprosedyrene.

Andreas Bjørndal
andreas@nan.no

Andreas Bjørndal (f. 1958) er homøopat MNHL MSc ved Skarpsnoklinikken, Oslo.

Oppgitte interessekonflikter: Forfatter lever av å være homeopat.

Litteratur

1. Brean A. Rett medisin. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 525.
2. Belladonna. Henriette's Herbal Homepage. www.henriettes-herb.com/eclectic/felter/atropa-bell.html [10.3.2017].
3. Boström H. Biverkningspanorama vid alternativmedicinsk virksomhet. Stockholm: Svenska läkarsällskapet, 1989.
4. Lindahl O. Vem skall man lita på? Hälsoförhållningens lekman eller det medicinska etablissemangen. Hälsoguiden, 1989.
5. Stub T. Safety of treatment provided by homeopaths homeopathic aggravations, adverse effects and risk assessment. Doktoravhandling. Universitetet i Tromsø, 2014.

Re: Tvangsmedisinering må forbys

Ketil Lund mener at tvangsmedisinering må forbys. Hovedbegrunnelsen er at effekten av behandlingen, i praksis antipsykotiske legemidler, er tvilsom og i alle fall mer skadelig enn gunstig. Han mener også at tvangsmedisinering slik den praktiseres i Norge i dag, er ulovlig juridisk sett.

Det er fortjenestefullt å problematisere tvangsmedisinering. Få er uenige i at tvangsmedisinering bør reduseres mest mulig og – ideelt sett – helst aldri finne sted. Men det finnes situasjoner hvor tvangsmedisinering kan være et aktuelt alternativ selv om man har gjort alle psykososiale tiltak som reduserer fare for alvorlige overgrep mot seg selv eller andre. I en akutt psykotisk tilstand kan noen ha vrangforestillinger som innebærer at de kan ville ta sitt eget liv, rive seg løs fra livreddende medisinsk utstyr eller oppleve at de står overfor å bli drept av andre inklusive helsepersonell og derfor føler seg tvunget til å angripe disse fysisk. At antipsykotika kan dempe slik angst og avvikende atferd er godt dokumentert. Alternativet kan være fysiske sikringstiltak som f.eks. isolasjon med fastvakt (stort sett somatiske sykehus) eller der hvor voldsadferden er uttalt, beltelegging som imidlertid også kan oppleves som et overgrep. Men å la psykotiske pasienter i slike situasjoner selv være den som skal ha det avgjørende ordet for behandlingen er etisk diskutabelt.

Mer problematisk er tvangsmedisinering over lang tid for å hindre nye tilbakefall, først og fremst ved kroniske former for schizofreni. Det er riktig at antipsykotika langt fra hjelper alle og at antipsyko-

>>>