

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](http://hri-research.org)). Leger i Storbritania som arbeider med homøopati har også en godt oppdatert forskningsside ([facultyofhomeopathy.org/research](http://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](http://www.henriettes-herb.com/eclectic/felter/atropa-bell.html) [10.3.2017].
3. Boström H. Biverkningspanorama vid alternativmedicinsk verksamhet. 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-

>>>

tika bare må brukes på streng indikasjon. Men kun å sitere Götzsches synspunkter på nytte-effekt er utilstrekkelig. Generalisering ut fra randomiserte kliniske forsøk alene har begrensninger (1). Det er forskningsmessig belegg for at antipsykotika ikke bare øker sjansen for bedre livskvalitet og mindre psykisk smerte, men også kan redusere dødelighet ved schizofreni selv om man tar hensyn til bivirkninger (2).

Min erfaring er at reduksjon av tvangsinnleggelse så vel som tvangsmedisinering kan reduseres, men ikke fjernes helt, hvis legen kjenner pasienten godt og følger denne over tid med psykoterapeutiske og sosiale intervensjoner. Gjensidig tillit gjør det også lettere å gripe inn hvis det skulle oppstå nye psykotiske episoder. Men for å redusere tvangsmedisinering må vi også ha leger som kan psykofarmakologi både hva gjelder optimal dosering, effekter og deres begrensninger så vel god kunnskap om bivirkninger og behandling av slike. I dag er det mange psykiatriske institusjoner som ikke har tilstrekkelig legedekning. Det kan medføre at antipsykotika administreres ukritisk eller i for høye doser når behandlere opplever at forsøk på medikamentfri behandling etter pasientens ønske ikke strekker til for å stabilisere psykosene.

Men i vurderingen av tvangsmedisinering av kroniske former for schizofreni hvor det periodevis forekommer grovt avvikende og truende atferd, må man også ta pårørendes opplevelser med i betraktning. Pasientene kan mene at det «ikke var så farlig» og at pårørende «må tåle det». Men familien kan lide stort (3) og noen ganger bli påført varige psykiske skader (4). Samlet sett ser jeg ikke at det er noe definitivt ja-nei svar på spørsmålet om tvangsmedisinering.

**Ulrik Fredrik Malt**  
u.f.malt@medisin.uio.no

Ulrik Fredrik Malt (f. 1946) er professor emeritus og overlege ved Oslo universitetssykehus.

Oppgitte interessekonflikter: Forfatter har mottatt honorar for å forelese om psykofarmakologiske emner (ikke tvangsmedisinering) av Norsk Psykiatrisk Forening og i videre- og etterutdanning av svenske og tyske leger. I 2016 mottok han honorar for å forelese for leger om ulike psykiatriske emner (ikke tvangsmedisinering) av Lundbeck Norge. Han har også forsket på stressreaksjoner hos pårørende til personer som lider av schizofreni.

#### Litteratur

1. Tiihonen J. Real-world effectiveness of antipsychotics. *Acta Psychiatr Scand* 2016; 134: 371–3.
2. Tiihonen J, Mittendorfer-Rutz E, Torniainen M et al. Mortality and cumulative exposure to antipsychotics, antidepressants, and benzodiazepines in patients with schizophrenia: an observational follow-up study. *Am J Psychiatry* 2016; 173: 600–6.
3. Boye B, Malt UF. Stress response symptoms in relatives of acutely admitted psychotic patients: a pilot study. *Nord J Psychiatry* 2002; 56: 253–60.
4. Kjellin L, Ostman M. Relatives of psychiatric inpatients—do physical violence and suicide attempts of patients influence family burden and participation in care? *Nord J Psychiatry* 2005; 59: 7–11.

#### K. Lund svarer:

Ulrik Fredrik Malt skriver at tvangsmedisinering fortsatt kan være aktuelt. Jeg har lenge påpekt at tvangsmedisineringspraksis er ulovlig. Dette er fastslått av Paulsrud-utvalget som avga innstilling om endringer i psykiskhelsevern-loven i NOU 2011: 9. Begrunnelsen er at de positive effektene av antipsykotika på gruppenivå er små og ikke gir grunnlag for med stor sannsynlighet å forutsi helbredelse/vesentlig bedring på individnivå, som er lovens vilkår. Vilkåret er satt for å hindre feilbehandling og gå klar av det menneskerettslige forbudet mot tortur og nedverdiggende behandling. Meg bekjent er ikke dette bestridt, om det bestrides av Malt, står uklart for meg.

Ifølge Malt kan tvangsmedisinering være et alternativ selv etter psykososiale tiltak som reduserer fare for alvorlige overgrep mot en selv eller andre. Han viser til at vrangforestillinger i akutte psykoser kan utløse slike farer, som antipsykotika kan motvirke. (Hans eksempel «rive seg løs fra livreddende medisinsk utstyr», virker ikke innlysende velplassert i forbindelse med tvang i psykiatriske institusjoner.) Alternativet kan, sier han, være sikringstiltak som isolasjon eller beltelegging som også kan oppleves som overgrep. Så vidt jeg forstår snakker Malt om bruk av tvangsmidler, ikke om tvangsbehandling. Tvangsmidler kan brukes når det er uomgjengelig nødvendig for å hindre pasienten i å skade seg selv eller andre. Også «enkelstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt» er tvangsmiddel etter loven. Tvangsmiddelproblematikken lar jeg ligge.

I forbindelse med akutte psykoser omtaler Malt kun slike faretilfeller, mens tvangsmedisineringsvedtak i det vesentlige gjelder pasienter innlagt på lovens behandlingsindikasjon. For ordens skyld understrekes at den positive effekt av antipsykotika er mellom 10 og 20 % ved akutte psykoser ifølge NOU 2011: 9. Muligheten for å forutsi positiv effekt overfor pasienten, er tilsvarende liten.

Det har slått meg at psykiatere ofte snakker om gode effekter av antipsykotika uten å si hva de egentlig mener med dette. Blant annet formidles ikke at vilkåret for tvangsbehandling er påvisning av stor sannsynlighet for helbredelse eller vesentlig bedring av pasienten. Malt er intet unntak.

Illustrerende er hans uttalelser om tvangsmedisinering over tid for å hindre tilbakefall. Ifølge NOU 2011: 9 foreligger «en bred og begrunnet kritikk av langtidseffektene av antipsykotika». Malt ser tvungen langtidsmedisinering som problematisk, men går likevel inn for det. Det er riktig, sier han, at dette «på langt nær hjelper alle og at antipsykotika bare må brukes på streng indikasjon». Hva slags indikasjon det siktes til, opplyses ikke. Ifølge NOU 2011: 9 viser randomiserte studier en positiv effekt på ca. 25 % på gruppenivå av vedlikeholdsmedikasjon over ett eller to år, altfor lavt til å kunne forutsi positiv effekt på individnivå med noen som helst sannsynlighet. Ifølge Malt har «generalisering ut fra randomiserte kliniske studier alene ... begrensninger.»; han viser til en artikkel som gjelder observasjonsstudier som er langt mindre pålitelige enn godt utformede randomiserte studier. Det er ingen grunn til å tro at slike observasjonsstudier vil gjøre det enklere å fastslå med stor sannsynlighet hvilke individer som skal kunne tvinges til å ta antipsykotika i lang tid, ikke sjelden i tiår etter tiår.

Malt sier videre at man ved tvangsmedisinering av kroniske former for schizofrenier med grovt avvikende og truende atferd må ta pårørendes lidelser i betraktning. Det er uklart for meg hva han mener. Tvangsmedisinering er etter loven utelukkende et behandlingstiltak til beste for pasienten selv.

På tross av utallige tiltaksplaner for å redusere bruken av tvang/tvangsbehandling i norsk psykiatri, har tvangen holdt seg på et høyt nivå. Malts erfaring er at tvangsbruken kan reduseres hvis legen kjenner pasienten godt, følger denne over tid og har nødvendig kunnskap om psykofarmakologi, vilkår som, slik jeg forstår ham, ved mange institusjoner ikke er til stede. Erfaring har dessverre vist at tvangsmedisineringspraksis er endringsresistent. Heller ikke det faktum at praksis er ulovlig, har medført reaksjoner på noe hold.

**Ketil Lund**  
kl@lundogco.no

Ketil Lund (f. 1939) er advokat og tidligere høyesterettsdommer. Oppgitte interessekonflikter: Forfatter er medlem av Rettsvern- og psykiatriutvalget i ICJ Norge – Den internasjonale juristkommisjon, avdeling Norge.