

**FORSKNING
I KORTHET
#12**

FORTE:

Forskningsrådet för
hälsa, arbetsliv och välfärd

CANNABIS: HARMLÖS REKREATION ELLER FARLIG DROG?

Cannabis är en av världens mest använda droger → Effekter på hälsa och sociala förhållanden är omdebatterade → Cannabisbruk är kopplat till ökad risk för sjukdom i luftvägarna, trafikolyckor och lägre födelsevikt hos barn → Regelbundet bruk kan leda till beroende och nedsatt kognitiv funktion → Cannabisbruk ökar risken för sociala problem → Vissa substanser i växten kan fungera som medicin vid multipel skleros och epilepsi → Effekten mot smärta är inte klarlagd



Forte är ett forskningsråd som finansierar och initierar forskning för att stödja människors arbetsliv, hälsa och välfärd.

Forskning i korthet är en serie publikationer från Forte som kort beskriver kunskapsläget inom ett samhällsrelevant område. Varje publikation i serien tas fram av en grupp forskare och samhällsföreträdare och granskas av minst en utomstående forskare.

Titel: Cannabis: Harmlös rekreation eller farlig drog?

Författare: Anna-Karin Danielsson, forskarassistent, docent i folkhälsovetenskap, Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet

Pelle Olsson, frilansskribent

Peter Allebeck, professor i socialmedicin, Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet samt överläkare, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting

Vetenskaplig granskare: Anders C Håkansson, professor, överläkare, Enheten för klinisk beroendeforskning, IKVL, Lunds universitet.

Omslagsfoto: Matthew Brodeur

Ladda ner den här publikationen, inklusive referenslista, från:

www.forte.se/publikation/fk-cannabis

Forskning i korthet

ISSN 2001-4287

Nr 12/2019

Tryck: AJ E-print AB, Stockholm, 2019

Har du frågor eller synpunkter på den här produkten? Ring oss på 08-775 40 70 eller mejla på forte@forte.se

Utgiven av Forte, Box 894, 101 37 Stockholm

SAMMANFATTNING

Cannabis är en av världens mest använda droger. Användandet i Sverige är lägre än i många andra länder, även om en viss ökning har skett under senare år. Cannabisbruk är kopplat till ökad risk för sjukdom i luftvägarna, trafikolyckor och lägre födelsevikt hos barn. Framförallt påverkar cannabis olika psykiska funktioner. Regelbundet bruk kan leda till beroende och nedsatt kognitiv funktion (tankeförmåga, koordination). Risk för kortvarig, akut psykos har varit känd sedan länge, men risken är också högre för schizofreni och andra kroniska psykoser. Cannabisbruk ökar också risken för sociala problem som låga skolresultat, problem på arbetsmarknaden och behov av ekonomiskt stöd.

Vissa substanser i cannabisväxten kan fungera som medicin vid multipel skleros och epilepsi och kan förskrivas som läkemedel. Effekten mot smärta är inte klarlagd.

Enligt FN:s narkotikakonvention är hantering av cannabis illegalt, men hur lagarna är utformade och hur de tillämpas varierar starkt mellan olika länder. Rapporter om en rad negativa hälsoeffekter finns från områden som har legaliserat cannabis. Det är därför mycket angeläget att följa den utveckling som pågår i vissa länder.

1. Inledning

Frågor kring cannabis och dess effekter på hälsa och sociala förhållanden är mycket omdebatterade såväl i Sverige som internationellt. Många gånger präglas debatten av en polariserad retorik, där cannabis antingen lyfts fram som en helt ofarlig och möjligen även läkande substans, eller som en drog som orsakar betydande sjukdomsbelastning och tidig död. En fråga som återkommande väcker stor medial uppmärksamhet är om cannabis ökar risken för psykosjukdom, men också huruvida cannabis leder till annat drogbruk och beroende. En annan omdebatterad fråga är om cannabis fungerar som läkemedel vid exempelvis epilepsi, multipel skleros (MS) och kronisk smärta.

De senaste åren har Uruguay, Kanada och flera stater i USA legaliserat cannabis, även om försäljningen i de flesta fall är strikt reglerad. Även i Europa har förändringar skett och länder som till exempel Portugal och Norge har avkriminaliserat eget bruk av cannabis. I Sverige är det främst de politiska ungdomsförbunden som brukar lyfta frågan om liberalisering. I dagsläget är dock riksdagspartierna eniga om att stå fast vid nuvarande lagstiftning.

I denna rapport reder vi ut vad aktuell forskning visar när det gäller cannabis och hälsa, cannabis och sociala förhållanden samt cannabis som medicin. Vi diskuterar dess legala status i olika länder och avslutar med att redogöra för vilka kunskapsbehov som finns.

2. Definitioner

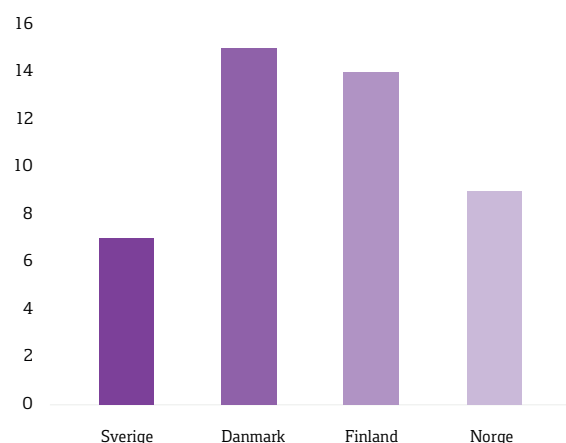
Cannabis används som ett samlingsnamn för bland annat marijuana, hasch och hascholja. Dessa kommer från hampväxten *Cannabis sativa*. Växten innehåller ett stort antal kemiska substanser, så kallade cannabinoider varav flera är psykoaktiva och alltså påverkar såväl hjärnans funktion som beteende och medvetande. Historiskt har cannabis använts både som berusningsmedel och i medicinska syften.

Olika sorters cannabis innehåller en varierande andel av de olika cannabinoiderna vilket påverkar hur de verkar i kropp och psyke. En av dessa förkortas THC (delta-9 tetrahydrocannabinol) och är den som ger ett rus. Halten THC används ofta som ett mått på styrkan i cannabis. Dagens cannabis kan innehålla betydligt mer THC än vad den tidigare gjorde (1). Det finns andra sorters cannabinoider som dämpar vissa effekter av THC, såsom exempelvis CBD (cannabidiol) (2).

Spice är benämningen på de syntetiska cannabinoiderna, som alltså är framtagna i laboratorium. Dessa ger vanligen ett betydligt starkare rus än cannabis, är därför lätt att överdosera (3, 4) och har orsakat dödsfall genom akut intoxikation (5). Enligt CAN:s senaste undersökning har användningen av Spice minskat bland svenska skolungdomar under de senaste åren (6).

3. Förekomst

Cannabis är en av världens mest använda droger (7). Enligt EU:s narkotikamyndighet EMCDDA (The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) har minst 87 miljoner européer, en fjärdedel av den vuxna befolkningen, använt cannabis någon gång i livet, med 24 miljoner användare det senaste året (8). Uppskattningsvis 7 procent bland Sveriges 16–34-åringar har använt cannabis under de senaste 12 månaderna, att jämföra med Danmarks 15 procent, Finlands 14 procent och Norges 9 procent (8).



Figur 1 Andel personer i åldern 16–34 som använt cannabis under de senaste 12 månaderna.

Källa: European Drug Report 2018, The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)

Enligt Folkhälsomyndigheten uppskattas 12 procent i åldersgruppen 16–84 år i Sverige ha rökt cannabis någon gång i livet, med en årlig prevalens på 3 procent (9). Framför allt är det ungdomar och unga vuxna som använder drogen; nära 9 procent av de mellan 16 och 29 år säger sig ha brukat cannabis det senaste året. Användandet av cannabis i Sverige ligger på en jämförelsevis låg nivå, även om en viss ökning i årligt användande verkar ha skett över tid, med omkring 1 procent mellan år 2013 och 2017 (10).

Uppgifter om utvecklingen bland ungdomar nationellt kommer från Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). Under 2018 svarade 8 procent av pojkarna och 6 procent av flickorna i årskurs 9 att de någon gång använt narkotika. Detta kan jämföras med gymnasiets årskurs 2 där 17 procent av pojkarna och 14 procent av flickorna har använt narkotika. I mellan 91–96 procent (beroende på årskull) av fallen utgörs denna narkotika av cannabis (6). En viss ökning av frekvent användande (att ha använt cannabis minst 20 gånger i livet) har skett, bland både högstadie- och gymnasieelever. De som använt cannabis har ökat sin användning sett till antal tillfällen, från i snitt 4 gånger 1989 till 13 gånger år 2016 (11). Vad som också kan konstateras är en förändring i attityden bland ungdomar avseende de psykiska och fysiska riskerna med cannabisrökning. I dag anger omkring hälften av ungdo-

marna att de tror att frekvent cannabisrökning är förenat med stora risker.

4. Effekter

4.1 Hälsoeffekter

Under de senaste åren har flera omfattande kunskapsöversikter med fokus på hälsoeffekter av cannabisbruk publicerats (12, 13). Ett generellt problem när det gäller att värdera effekter av cannabisbruk är att man måste ta hänsyn till samvarierande faktorer, som exempelvis tobaksrökning, alkohol och intag av andra droger. Välgjorda vetenskapliga studier omfattar också ofta faktorer såsom till exempel barnomsförhållanden, socioekonomi, personlighet och utbildning och försöker noga isolera effekten av just cannabisbruket. Vidare krävs flera studier som pekar i samma riktning och följaktligen är studier som sammanställer resultaten från flera olika undersökningar, så kallade meta-analyser, av stort värde. I nämnda kunskapsöversikter (12, 13) har metaanalyser och enskilda studier gått igenom noga av expertgrupper som sammanfattat resultaten. För en fullständig referenslista hänvisar vi till forte.se/publikation/fk-cannabis.

Luftvägar

Eftersom cannabis ofta intas genom rökning, ligger det nära till hands att tänka sig cannabisbruk som en riskfaktor för kroniska luftvägsinfektioner, som kronisk bronkit och KOL (kronisk obstruktiv lungsjukdom). En ökad förekomst av kronisk bronkit har man funnit hos cannabisrökare, men inte den svårare formen KOL.

Hjärt-kärlsystemet

Cannabispåverkan leder till ökad puls och blodtryckssänkning, ibland även ökning av blodtrycket. Hjärt-kärleffekterna kommer hastigt efter intag, och kan framkalla ångest. Hos unga och friska personer behöver inte dessa akuta effekter leda till skada. Personer med tidigare hjärtinfarkt har dock visats ha ökad risk för kärlkramp (angina pectoris) i samband med cannabisbruk. Några studier har antytt att regelbundet cannabisbruk långsiktigt kan öka risken för hjärtproblem, men underlaget är fortfarande osäkert. Kliniska studier, med små populationer, har visat att risken att drabbas av stroke i unga år är större bland cannabisbrukare. En uppföljning av en större studiepopulation visade dock att den effekten försvann om man tog hänsyn till samvarierande faktorer, framför allt tobaksrökning (14).

Cancer

Även här är det svårt att analysera orsakssamband på grund av att tobaksrökning ofta förekommer samtidigt med cannabisbruk. Ett antal studier har gjorts, men resultaten är inte helt entydiga. I vår uppföljning av värnpliktiga män fann vi en fördubblad risk för lungcancer bland de som rapporterade omfattande cannabisbruk i ungdomen, även efter kontroll för tobaksrökning (15). Studier av risk för testikel-

cancer är intressant, då den cancerformen inte är kopplad till rökning. Flera studier har visat ökad risk för testikelcancer bland personer med omfattande cannabisbruk och även våra studier på värnpliktiga män visade en 2,5 gånger högre risk bland personer med omfattande cannabisbruk i ungdomen (16).

Skador och olycksfall

På grund av nedsatt uppmärksamhet, motorik och koordination är det naturligt att cannabisbruk utgör en påtaglig risk i samband med trafik. Genom studier av cannabisförekomst i blodet i samband med såväl trafikskador som dödsfall i trafiken har man i ett antal studier visat ungefär fördubblad risk för trafikskador i samband med att förare varit cannabispåverkade.

Graviditet

Många studier finns men även här har det varit svårt att skilja ut effekten av cannabis från rökning, alkohol och sociala förhållanden. Det man tydligt visat är lägre födelsevikt hos barn födda av mödrar som använt cannabis under graviditeten. Flera studier har visat ökad risk för tidig födsel och behov av intensivvård, men här är underlaget något svagare. Man har också följt upp barn till mödrar som använt cannabis under graviditeten, och man har inte funnit ökad risk för tillväxthämning, utvecklingsstörning eller senare psykiska problem som kunde hänföras till cannabisbruket i sig.

Psykiska effekter

Det är naturligt att effekter på psykiska funktioner och psykisk hälsa är de som diskuteras mest när det gäller cannabis hälsoeffekter. Cannabis är en psykoaktiv drog, och huvudingrediensen THC påverkar särskilda cannabinoidreceptorer som finns på vissa ställen i hjärnan och även andra organ.

När THC intas genom rökning stiger nivån av THC i hjärnan snabbt och dessa receptorer reagerar genom att frisätta dopamin. Ökad frisättning av dopamin i de regioner där cannabinoidreceptorer finns påverkar en rad funktioner: motorik, kognition, snabbhet och koordination. Ruset och de psykiska effekter som uppträder kan ha mycket olika karaktär, det vill säga förändringar i hjärnans sätt att fungera och processa upplevelser i omvärlden. Därigenom kan man anta att cannabis också kan ha kraftiga både akuta och långsiktiga effekter på hjärnans funktion (17).

Det är lämpligt att dela in psykiska effekter i *akuta* och *långtidseffekter*. Med akuta menar vi här det som kan ske timmar och dagar, upp till veckor, efter intag. Med långtidseffekter effekter menar vi sådana som kvarstår, i månader och år, även efter att cannabisintaget upphört.

Akuta effekter

Intoxikation - cannabisrus: Med intoxikation, ”förgiftning”, menas de omedelbara effekter som uppträder i kroppen vid intag av vissa substanser. Den vanligaste effekten,

som ofta eftersöks, är en russeffekt, men karaktären på denna kan variera kraftigt. Depersonalisation (man känner inte igen sig själv), hallucinationer och förvirringstillstånd dokumenterades redan av läkaren Jean Moreau de Tours på 1800-talet i Frankrike. Han gjorde de första systematiska beskrivningarna genom att studera effekterna av cannabis-intag hos en grupp intellektuella och konstnärer som regelbundet hade särskilda cannabis-sessioner (den så kallade Club des Haschichins): "... de psykiska förändringar som uppkommer av hashish, från enkel manisk upprymdhet till vanvettigt raseri, från den svagaste impulsen ... till den mest oemotståndliga driften, det vildaste delirium..." (18).

Ångesttillstånd: Samtidigt som cannabisruset i vissa sammanhang kan upplevas behagligt och lugnande är det inte ovanligt med kraftiga reaktioner av ångest och panikattacker. Både de kroppsliga effekterna på hjärta och kärl och de psykiska effekterna (bl.a. depersonalisation – stark överklighetskänsla och att inte känna igen sig själv) kan inte sällan utlösa svår ångest och panikattacker (19). Vissa menar att sådana panikattacker kan ligga bakom våldsamma handlingar och även självmord.

Psykos: Att cannabis kan ge upphov till akuta psykos har varit känt länge. Med akut menas här psykos som uppstår i nära anslutning till cannabisintag, och som kan vara dygn eller till och med veckor efter intag. Karaktären på psykoserna kan variera, den kan ha "negativa symptom", det vill säga att vara insjunken i sig själv och uppvisa allmänt världsfrånvänt beteende, eller "positiva" symptom, som betyder upprymt beteende, vanföreställningar, öppna hallucinationer och ibland våldsamhet. Karakteristiskt med akuta psykos är att det normalt avklingar efter några veckor. Det kan dock uppträda så kallade "flashbacks", psykotiska upplevelser veckor efter att psykoserna klingat av och utan att man använt cannabis. En förklaring kan vara att THC är kvar inlagrat i fettsubstans och kan frigöras långsamt (19, 20).

Långtidseffekter

Kognition: I begreppet kognition ingår inlärning, minne, kombinationsförmåga och verbal förmåga. Flera studier har konstaterat att personer som använder mycket cannabis har nedsatt kognitiv förmåga, men orsaksriktningen har varit oklar. Genom bildundersökningar av hjärnan (MR och PET) har man kunnat visa förändringar i hjärnan hos cannabisbrukare i de regioner som svarar för minne och uppmärksamhet.

En första långtidsuppföljning i New Zealand visade att unga personer som använt mycket cannabis hade nedsatt IQ jämfört med de som inte använt cannabis. Sambandet var tydligast hos personer som börjat använda cannabis tidigt i livet (21). Kritiker av studien menade att fynden kunde förklaras av socioekonomiska faktorer (22). Ytterligare analyser av denna grupp ungdomar visade dock att så inte var fallet. En amerikansk uppföljning av en något äldre

grupp visade en generellt nedsatt kognitiv funktion bland cannabisanvändare, men i långtidsuppföljning kvarstod endast nedsatt minnesfunktion (23).

Kronisk psykos: En av de mer omdiskuterade frågorna när det gäller effekter av cannabisbruk är om risken för kronisk psykos ökar, även efter att man slutat använda cannabis. Begreppet kronisk psykos innefattar schizofreni, som i sig finns i olika former, och andra former av psykos som har olika benämning, exempelvis "funktionell psykos" eller "schizofreniform psykos". Alla dessa former av kronisk psykos innebär svår funktionsnedsättning, med långa perioder av vanföreställningar, svängningar i stämningsläge och problem att klara socialt liv. Med medicin och rehabilitering kan förbättring uppnås, men i flertalet fall kvarstår sjukdomen under stor del av livet.

Man vet mycket lite om orsaken till schizofreni och andra psykos. Sannolikt finns en genetisk komponent som sedan kan leda till psykos om olika tillkommande belastningsfaktorer tillkommer under livet, och framförallt under uppväxten. Sjukdomstillståndet utvecklas ofta under lång tid, och därför har det varit svårt att avgöra vad som är hönan och ägget, alltså om cannabisbruk föregår psykosinsjuknande, eller om personer som har psykos eller förstadiet till psykos tenderar att börja använda cannabis.

Ett första belägg för att cannabis verkligen kunde öka risken för schizofreni kom från vår forskargrupp 1987, då vi visade att ungdomar som rapporterade hög cannabis-konsumtion i ungdomen hade mer än fördubblad risk för schizofreni jämfört med de som aldrig hade använt cannabis (24). Längre trodde man att fyndet kunde förklaras av samvarierande faktorer, eller att ungdomarna hade psykisk sjukdom innan de hade börjat använda cannabis.

Under de följande decennierna gjordes flera långtidsuppföljningar, som visade likartade resultat. En översikt av Moore och medarbetare 2007 (25) sammanfattade kunskapsläget utifrån sju långtidsuppföljningar från olika länder. Enligt den sammanställningen var risken att drabbas av kronisk psykos dubbelt så hög bland dem med omfattande cannabisbruk jämfört med de som inte använde alls. Cannabis är förstås inte den enda orsaken till kronisk psykos, men i flera av dessa studier angavs att drygt 10 procent av alla fall av kronisk psykos skulle förhindras om inget cannabisbruk förekom. Vissa forskare ifrågasätter sambandet och menar att det bara gäller för vissa grupper och att det kan förklaras av samvarierande faktorer (26). Murray och medarbetare har dock i flera studier visat att starkare cannabisberedningar och syntetiska cannabinoider innebär högre risk för psykos, det vill säga att dos-responskurvan är ännu tydligare än vad man tidigare sett och att risken är störst för unga cannabisbrukare (27). Nyligen visade de, i en jämförelse mellan olika städer i Europa, att de städer där man använder cannabis mer frekvent, och där en mer potent cannabistyp är vanligare (t.ex. i Amsterdam, London och Paris) är också förekomsten av psykos vanligare (1).

Depression: Samma problem med orsakssamband gäller för depression, men även här finns flera långtidsuppföljningar där man kunnat utesluta att det är personer med depression som börjar använda cannabis. Moore och medarbetare (4, 25) analyserade risken för depression och sambandet var inte lika tydligt som för cannabis och psykos. I våra studier över värnpliktiga män fann vi inte ökad risk för depression, medan däremot risken för schizoaffektiv sjukdom, d.v.s. depression med inslag av schizofreniliknande symtom, var förhöjd (28). I en annan av våra studier fann vi en viss riskökning för depression bland både cannabisanvändande män och kvinnor, men denna förklarades till stor del av alkoholbruk och annan narkotikaanvändning (29). Samtidigt visade vi att cannabisbrukande kvinnor hade en ökad risk att rapportera psykisk ohälsa (30).

Beroende: En viss andel av de som använder cannabis regelbundet utvecklar beroende. Studier har visat att 16 procent av personer som börjat cannabisbruk i ungdomen utvecklar beroende, och 33–50 procent av de som använder cannabis dagligen (31). Med beroende menas att personen inte kan kontrollera sitt intag, behöver mer och mer och får abstinensbehov om tillförsel av drogen upphör. Det finns rapporter från Sverige och andra länder att allt fler personer söker sig till behandling för cannabisberoende (32).

4.2 Sociala effekter

Flera studier har visat att cannabisbruk är kopplat till sociala problem och socioekonomisk status, bland annat genom inlärningsproblem (33) och dåliga studieresultat (34). Det tycks också finnas samband mellan cannabisbruk i de sena tonåren och låg inkomst och bristande engagemang i arbetslivet i tidig vuxen ålder, det vill säga i åldern 25–27 år (35).

I våra studier visade vi att omfattande cannabisbruk i sena tonåren ökar risken för såväl arbetslöshet och att vara i behov av socialbidrag i vuxen ålder (36) som framtida förtidspension, med andra ord en definitiv utslagning från arbetsmarknaden i vuxen ålder (37). Dessa ökade risker kvarstår, om än försvagade, efter justering för faktorer som social bakgrund, mental hälsa, alkoholbruk, tobaksrökning och annan droganvändning. Resultaten stöds av annan forskning som visat att cannabisrökare löper förhöjd risk att behöva ta emot socialbidrag och tenderar att också att förbli beroende av ekonomiskt bistånd (38). Dessutom har samband mellan cannabisbruk och såväl osäkra anställningar som bristande arbetsprestationer och arbetslöshet rapporterats (39–41).

Det är dock oklart om det är cannabisbruket i sig som leder till minskad motivation till utbildning, med sämre förutsättningar på arbetsmarknaden som följd, eller om de observerade sambanden i stället är ett resultat av andra faktorer som ökar risken för både cannabisbruk och negativa sociala följder. Studier har visat att miljöfaktorer (sociala) påverkar risken för tidig debut av cannabisbruk och avbruten skolgång (42), men även rapporterat om

genernas betydelse i relationen mellan cannabisbruk och låg socioekonomisk ställning (43). Att ha vuxit upp i en utsatt socioekonomisk situation har rapporterats vara associerat med cannabisbruk (44). Samtidigt visar studier på det motsatta, det vill säga att cannabisbruk är vanligare bland ungdomar med högre socioekonomisk bakgrund (45, 46), även om mer frekvent bruk och problematiskt bruk verkar vara vanligare bland de med lägre socioekonomisk bakgrund (46).

4.3 Cannabis och våld

Cannabis har uppmärksammats allt mer i samband med våldsamma mord och terrorhandlingar där gärningsmännen enligt tidningsuppgifter varit kända cannabiskonsumenter (t.ex. 47–49). Misstankarna om att drogen kan utlösa aggressivt beteende är inget nytt. Redan i slutet på 1800-talet noterade man i Indien att en stor andel av de ”galna kriminella” patienterna på asylerna, dåtidens mentalsjukhus, var vanerökare av ”ganja” (50).

En holländsk studie visade ökad risk för våld och brottsliga handlingar bland ungdomar som följdes upp under tonåren, och ökad våldsbenägenhet med ökad konsumtion (51). Liknande resultat rapporterades i en studie av norska skolungdomar (52). I en kanadensisk studie följde man drygt tusen patienter efter att de skrivits ut från psykiatrisk akutvård. De som fortsatte att röka cannabis hade en starkt förhöjd risk för våldsamt beteende som var större än för de som fortsatte att dricka alkohol (53).

Ytterligare några studier finns, men de är svårtolkade på grund av svårigheter att dokumentera cannabisintag i förhållande till våldshandlingar och eventuella samvarierande faktorer (t.ex. personlighet och alkoholbruk). Något definitivt svar på frågan om cannabis kan bidra till våldshandlingar finns därför inte.

5. Medicinsk användning

I flera länder, framför allt Kanada, Israel och många stater i USA, har ”medicinsk användning” av cannabis godkänts av politiska församlingar. Den typ av beredningar som avses gäller hela växten, inte frampreparerade substanser. Intaget sker ofta genom rökning, och doseringen är svår att reglera.

Ingen läkemedelsmyndighet i världen har godkänt opererad cannabis som läkemedel, och det är heller ingen etablerad behandling som godkänts av något lands hälso- och sjukvårdsmyndighet.

Däremot finns läkemedel innehållande cannabinoider som framställts ur cannabisplantan eller som har syntetiserats. Sådana produkter har gått igenom noggranna tester för att undersöka både nytta och biverkningar. De ingående substanserna måste också kunna definieras exakt och intagningssättet ska vara säkert, vilket inte gäller vid ”vanligt” cannabisbruk. De substanser som används i läkemedel är

dels THC, vilket är den rusgivande substansen, dels cannabidiol (CBD), som är en icke-rusgivande substans.

De läkemedel som används i Sverige är Sativex och Marinol, det senare på licensföreskrivning. Sativex består av lika delar THC och CBD, och används i sprayform för att lindra smärtsamma kramper vid multipel skleros (MS). Marinol består av dronabinol som är syntetiskt THC, och används huvudsakligen för att öka aptiten och motverka viktnedgång vid aids, och för att minska illamående vid cellgiftsbehandling. Ett annat licenspreparat är Epidiolex som bara innehåller CBD, och som ordineras till barn med vissa former av svår epilepsi. Användningen av dessa läkemedel är begränsad, men har ökat under senare år. Under 2018 fick 395 patienter i Sverige Sativex, 11 fick Marinol och några fler fick Epidiolex (54).

Även om det finns visst vetenskapligt stöd för användning av cannabinoider vid olika tillstånd, exempelvis MS och epilepsi, råder fortfarande osäkerhet om optimal dosering och vilka patientgrupper de är särskilt lämpade för (55). Det saknas också långtidsuppföljningar av effekterna. Det är fortfarande oklart hur bra cannabinoider fungerar mot smärta och olika studier pågår för att närmare analysera effekter och biverkningar. Den senaste stora forskningsöversikten från 2018 visade att 29 procent av patienterna som fick cannabinoider (syntetiska eller naturliga) fick en 30-procentig smärtlindring, medan en nästan lika hög andel, 26 procent, fick samma smärtlindring av placebo (56).

6. Legala aspekter

Cannabis är en narkotikaklassad substans enligt FN:s narkotikakonvention. Det innebär att drogen bara får användas för vetenskapliga och medicinska syften (som godkänt läkemedel) och att innehav, odling och försäljning är förbjudet. Flertalet länder i världen har ratificerat konventionen, vilket innebär att den ska innefattas i landets lagstiftning. Hur lagen är utformad och framförallt hur den tillämpas varierar dock starkt mellan olika länder. I Holland har cannabis sedan många år varit tillåtet att sälja i så kallade coffee shops, men odling är förbjudet, liksom innehav av större mängder. I Danmark tillät man tidigare handel i Christiania, men har under de senaste 15 åren ändrat policy och arbetat aktivt för att få bort narkotikahandeln. I USA är cannabis förbjudet enligt federal lag, men ett antal delstater har legaliserat med lite olika regelverk. Sverige och flera andra länder har en restriktiv lagstiftning, vilket innebär att både innehav och egen konsumtion av cannabis är straffbart. Innehav av en mindre mängd för eget bruk har dock låg straffsats, normalt böter, medan handel med stora mängder cannabis kan straffas som grovt narkotikabrott, vanligen med fängelse.

Debatten om "legalisering" av cannabis bör därför nyanteras eftersom det snarare är en fråga om hur lagen reglerar olika delar i kedjan av cannabishantering, allt från odling och tillverkning till eget bruk, samt vilka straffsatser som

gäller för lagbrott. I alla samhällen finns dock någon slags reglering av hanteringen, till exempel kontroll av odlingar, åldersgränser och särskilda utköpställen.

Ett begrepp som ofta används är "avkriminalisering". Med detta menar man vanligen att lagstiftningen inte bör riktas mot personligt innehav och bruk, även om hantering, exempelvis försäljning, fortfarande är olagligt. Argument för avkriminalisering är bland annat att man skulle minska kriminalisering och stigmatisering av ungdomar som "bara" brukar själva och att det skulle frigöra resurser från polisen. Argument mot legalisering, i form av fri tillverkning och försäljning, är att det skulle skapa en kommers kring cannabis som väsentligen skulle öka tillgängligheten och därmed konsumtionen. Många företag i tobaks- och alkoholbranschen står i dag redo att gå in i cannabismarknaden, etablera butiker och göra reklam.

Ett omfattande "naturligt experiment" pågår i dag i USA där några stater, framför allt Colorado, har gått mycket långt i öppen försäljning och marknadsföring. Stark oro har väckts framförallt när det gäller barn och ungdomar, där flera rapporter finns om ökade fall av skador och förgiftningar (57, 58). Analys av sjukvårdsdata från Colorado har också visat ökad förekomst av bland annat trafikolyckor och överdoser efter legaliseringen, i jämförelse med andra stater (59). Det är ännu för tidigt att dra slutsatser av pågående policyförändringar runt om i världen, men det är mycket angeläget att noga följa utvecklingen, både vad gäller kriminalitet och hälsoeffekter.

7. Kunskapsbehov

Vår sammanställning visar att det finns starka belägg för att cannabisbruk är kopplat till en ökad risk för sjukdom i luftvägarna (t.ex. kronisk bronkit), trafikolyckor, lägre födelsevikt hos barn födda av mödrar som använt cannabis under graviditeten och psykosjukdom. Det finns vetenskapligt stöd för att cannabis kan fungera vid epilepsi och mot spasticitet och neuropatisk smärta vid MS. Vidare finns visst vetenskapligt stöd för att cannabisbruk är associerat till beroendesjukdomar och sociala problem, i form av låga resultat i skolan, problem på arbetsmarknaden och att vara i behov av socialt understöd. Svagare bevis finns gällande cannabisbruk och cancer, hjärt-kärlsjukdom, ångest, depression, kognition (IQ) och våld.

Många frågor återstår att besvara när det gäller möjliga effekter av cannabisbruk. Det finns flera anledningar till detta; ofta handlar det om hur studier utformas och vilken information forskarna har tillgång till. Många gånger saknas information om någon viktig faktor, såsom tobak-, alkohol-, eller annan narkotikaanvändning, eller så är studiepopulationen alltför liten och icke-representativ för den allmänna befolkningen, eller så saknas en tillräckligt lång uppföljningstid för att kunna utreda vad som är orsak och vad som är möjlig effekt. I populationsbaserade studier ställs sällan frågor om narkotikaanvändning. Om det görs,

saknas generellt information om vid vilken ålder man började använda, hur mycket man använder, hur ofta man använder, om man är en tidigare användare. Sammantaget medför dessa brister att resultaten ofta är mångtydiga.

För att nå större klarhet behövs:

- Undersökningar av hälsoeffekterna av cannabisanvändning i riskpopulationer eller utforskade grupper, som till exempel äldre, gravida och ammande kvinnor, frekventa cannabisanvändare och användare med samsjuklighet.
- Studier av kort- och långsiktiga hälsoutfall på ostuderade och sällan undersökta sjukdomar, som till exempel olika cancersjukdomar, cannabisrelaterade överdoser och andra hälsoproblem (inte minst psykiska sjukdomar).
- Undersökningar av de farmalogiska egenskaperna hos cannabis, både hur effekterna beror på hur det intas – genom inhalering, via tabletter eller på annat sätt – och hur effekterna varierar med dos och styrka.
- Studier som följer personer över lång tid, med återkommande och detaljerade frågor om cannabisbruk och annan narkotikaanvändning, men också om exempelvis alkohol, tobak, social situation, levnadsvanor och sjuklighet.