Cannabisbeleids-modellen en hun invloed op gezondheid: een literatuurstudie



VLAAMS EXPERTISECENTRUM
ALCOHOL EN ANDERE DRUGS

Colofon

Auteur

Jani Pestana, stafmedewerker VAD

Redactie

Katleen Peleman, directeur VAD
Ilse De Maeseneire, stafmedewerker VAD
Joris Van Damme, stafmedewerker VAD
Geert Verstuyf, stafmedewerker VAD

© 2022

VAD, Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs
Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel
T 02 423 03 33 | F 02 423 03 34 | vad@vad.be | www.vad.be

Het gebruik van (delen van) deze publicatie is toegestaan mits behoud van visie en doelstellingen van de publicatie, met duidelijke bronvermelding en als er geen financiële winst mee beoogd wordt.

Aanbevolen citeerwijze: Vlaams expertisecentrum voor Alcohol en andere Drugs (VAD) (2022). Cannabisbeleidsmodellen en hun invloed op gezondheid: een literatuurstudie. VAD, Brussel

Inhoud

Colofon 2

1. Inleiding 5

1.1. Definities 6

1.2. Overzicht 7

2. Beleidsmodellen voor cannabis 8

2.1. Internationaal kader 8

2.2. Theoretische beleidsmodellen 10

2.2.1. Decriminalisering of depenalisering 12

2.2.2. Legale thuiskweek en -consumptie 13

2.2.3. Verkoop van cannabis blijft illegaal maar de productie is legaal in specifieke gevallen. Persoonlijk gebruik is legaal of gedoogd: cannabis social clubs (CSC's) 14

2.2.4. Productie en handel blijft illegaal maar persoonlijk gebruik en specifieke verkooppunten zijn legaal of gedoogd: het coffeeshopmodel 15

2.2.5. Strenge overheidsregulatie (monopolie of door overheid gecontroleerde entiteit) 16

2.2.6. Licentiesysteem voor non-profitentiteiten 17

2.2.7. Commerciële, gereguleerde legalisering 18

2.3. Beleidsmodellen in de praktijk 19

2.3.1. België: depenalisering van cannabis voor persoonlijk gebruik 19

2.3.2. Portugal: de jure decriminalisering van alle illegale middelen 20

2.3.3. Spanje: cannabis social clubs (CSC) 22

2.3.4. Nederland: het coffeeshopmodel 24

2.3.5. Uruguay: gereguleerde productie en verkoop 25

2.3.6. Canada: een nationaal beleid met vrijheden voor de provincies 28

2.3.7. Verenigde Staten: een commercieel model 31

2.4. Matrix van beleidsmodellen en hun elementen in de praktijk 35

3. Invloed op de volksgezondheid 41

3.1. Enkele algemene cijfers 43

3.2. België en de facto depenalisering van cannabis voor persoonlijke kweek en gebruik 44

3.3. Portugal en de volledige decriminalisering van illegale middelen 48

3.4. Spanje en cannabis social clubs 50

3.5 Nederland en het coffeeshopmodel 53

3.6. Uruguay, een staatsgecontroleerde cannabishandel 57

3.7. Canada: een nationaal beleid met ruimte voor de provincies 61

3.8. De Verenigde Staten en een commerciële cannabismarkt 66

4. Modellen in de steigers 76

4.1. Veranderingen in 2021 76

4.2. In de steigers 77
5. Bevindingen 78
5.1. Overzicht 78
5.2. De verschillende modellen en landen 79
5.3. Algemene bevindingen 83
5.4. Discussie 84
Referenties 87

1. Inleiding

In recente tijden zijn meer en meer landen hun cannabiswetgeving aan het veranderen. Sinds 2012 hebben drie landen – Uruguay, Canada en Mexico – cannabis voor recreatieve doeleinden gelegaliseerd. De productie en verkoop van cannabis is er legaal, het bezit ervan voor persoonlijk gebruik eveneens. Hetzelfde geldt voor meerdere staten in de Verenigde Staten. Tegelijkertijd hebben andere staten cannabis gedecriminaliseerd of legaal gemaakt voor medicinale doeleinden. Dit zijn slechts de bekendste voorbeelden. Over heel de wereld ontstaan er initiatieven tot legalisering of decriminalisering in verschillende landen of landsdelen, in de privésfeer of op stedelijk niveau en voor verschillende doeleinden. Sommige van deze veranderingen zijn doorgevoerd omwille van referenda die opgesteld zijn door burgergroeperingen die streefden naar verandering in de wetgeving. Anderen zijn doorgevoerd door overheden zelf, soms tegen de publieke opinie in. Daarnaast zijn verschillende landen bezig hun eigen voorstellen tot een beleidsverandering voor te bereiden.

Verschillende landen en gebieden implementeren verschillende beleidsmodellen om dit proces in goede banen te leiden. Geen enkel model is perfect en allen komen ze met hun voor- en nadelen. Het doel van deze literatuurstudie is tweedelig:

1. Om de verschillende theoretische mogelijkheden en hun voor- en nadelen te belichten, en te zien hoe deze in de praktijk zijn toegepast in verschillende contexten;
2. Om te pogen de impact op gezondheid en welzijn van de verschillende modellen te schetsen.

Deze modellen en hun invloed kunnen vanuit meerdere invalshoeken bekeken worden. Een model voor cannabis heeft invloed op aspecten van de gezondheid, de veiligheid, socio-economische indicatoren en de samenleving in het algemeen. Daarnaast zijn er aan ieder model alsook aan de regulering van cannabis zelf meerdere rapporten gewijd. Deze studie bekijkt theoretische en praktische modellen vanuit verschillende hoeken, om zich dan uitsluitend te focussen op indicatoren voor gezondheid. Op deze manier wordt elk voorbeeld volledig geschetst, maar beperkt het cijfermateriaal zich tot de invloed op bepaalde indicatoren voor gezondheid en welzijn. Verder focust deze studie zich niet op het medicinaal gebruik van cannabis. Ze gaat enkel dieper in op modellen voor recreatief gebruik. Het medicinaal gebruik van cannabis vereist haar eigen studie. Ook focust deze studie zich niet op synthetische cannabis, haar analogen en hun invloed op de markt, tenzij daar waar synthetische cannabis en/of cannabis voor medicinaal gebruik een invloed hebben binnen de modellen voor recreatief gebruik. Deze studie bespreekt evenmin de samenstelling van de cannabisplant of de effecten en risico's van het gebruik. Het dossier cannabis uit 2018, de factsheet cannabis uit 2020 en de factsheet trends cannabis uit 2021 geven uitgebreid antwoord op al deze vragen (VAD, 2018a, 2020a, 2021a). Het eigen standpunt inzake cannabisbeleid van VAD is te lezen in de visietekst cannabis.

De verandering in cannabisbeleidsmodellen naar een legale markt is een relatief jong project. Het Nederlandse coffeeshopmodel kwam tot stand in de jaren 1970 en biedt het oudste moderne voorbeeld van de gesanctioneerde handel in recreatieve cannabis. Sindsdien hebben meerdere landen cannabis voor persoonlijk gebruik gedecriminaliseerd, zijn er sociale clubs rond cannabis ontstaan en hebben verschillende landen, evenals bepaalde staten in de VS, een medicinale cannabismarkt. Op deze ontwikkelingen wordt nu voortgebouwd. Eveneens wordt er inspiratie gehaald in de modellen die reeds voor tabak en alcohol bestaan. De eerste legale markt voor recreatieve cannabis opende in 2012 in de staten Colorado en Washington.

Omwille van de jeugdigheid van deze ontwikkelingen is het belangrijk te benadrukken dat het wetenschappelijk onderzoek waar deze literatuurstudie op steunt niet altijd eenduidig is. Verschillende beleidsmodellen hebben verschillende doeleinden en worden op verschillende fronten geëvalueerd. Zelfs modellen die gelijkaardige doelstellingen hebben, kunnen op verschillende manieren geëvalueerd worden. Verder is er in sommige gevallen onvoldoende wetenschappelijke evidentie om een uitspraak te doen. In andere gevallen zijn onderzoekers het erover eens dat de verandering in het cannabisbeleid te jong is om haar volle effecten reeds te etaleren. Dit alles toont dat het belangrijk is om genuanceerd naar deze ontwikkelingen te kijken en ze te blijven evalueren.

Duidelijk is dat er een momentum op gang is gekomen over de hele wereld om de wetgeving rond cannabis onder de loep te nemen en eventueel zelfs te veranderen. Het stigma om dit te doen wordt steeds kleiner, en ook de Verenigde Naties heeft cannabis ondertussen als een minder gevaarlijke drug geclassificeerd (Verenigde Naties, 2020). In de toekomst zien we mogelijk meer landen die hun wetgeving rond cannabis veranderen. Deze literatuurstudie helpt om een snel zicht te krijgen op de belangrijkste mogelijkheden rond cannabisbeleidsmodellen en hun mogelijke impact op gezondheid.

1.1. Definities

In deze sectie worden een aantal definities afgelijnd. Beleidsmodellen zijn complex en de verschillen tussen modellen moeten goed belicht worden als hun invloed bekeken dient te worden. Daarnaast zijn er ook veel verschillende vormen van cannabis, naast de bekende gedroogde bloemtoppen die worden gerookt, die belangrijker worden in de legale modellen. Ten slotte is het ook voor de lezer belangrijk te weten wat er precies bedoeld wordt met de verschillende definities.

Cannabis[1]

Tot nu toe werd de term *cannabis* gebruikt. Cannabis verwijst naar de gehele plant, waarvan elk deel van de vrouwelijke plant de psychoactieve stof THC bevat. Wiet verwijst veelal naar de gedroogde bloemtoppen van de vrouwelijke plant die gerookt kunnen worden om de karakteristieke high te bekomen. Hasj is een blokje van samengeperste hars van de vrouwelijke bloemtoppen. Hasj is veelal sterker dan wiet maar de zuiverheid varieert. Cannabisolie en hasjolie ontstaan door extractie van cannabis met organische oplosmiddelen. *Edibles* zijn eetbare producten zoals koekjes, muffins, chocolade of drank waarin cannabis verwerkt is, zodat de consument er high van wordt. Cannabisconcentraten kunnen verschillende producten zijn: oliën, wax, shatter, kief, etc. op basis van hun extractieproces (VAD, 2018a). In deze studie wordt de term cannabis gebruikt omdat het de plant en haar effecten het meest omvat. Als er gesproken wordt over verschillende gebruiksvormen van cannabis, dan zullen bovenstaande namen (wiet, hasj, eetbare producten of *edibles*, olie, wax, etc.) worden gebruikt.

Decriminalisering, depenalisering, legalisering, omleiding, regulering, de facto en de jure

Er zijn verschillende alternatieve aanpakken mogelijk naast prohibitie. Hieronder worden verschillende definities belicht. Er werd gekozen om het kader van het EMCDDA (2016) over te nemen met de toevoeging van de term omleiding.

Depenalisering verwijst naar het proces om in de praktijk de overtreders van een bepaald gedrag niet strafrechtelijk te penaliseren. Het verwijdert of vermindert de straf die bij een gedrag of actie hoort, terwijl het gedrag zelf wel zijn crimineel karakter behoudt (EMCDDA, 2016; Stevens et al.,

[1] Voor een diepere duik in de verschillende vormen van cannabis, zie het dossier cannabis van VAD (VAD, 2018a).

2019).Depenalisering wordt voornamelijk gebruikt in verband met persoonlijk gebruik en bezit van middelen, niet met de distributie ervan. De handel in illegale middelen wordt dan nog steeds bestraft.

Decriminalisering verwijst naar het verwijderen van de criminele status van een bepaald gedrag of een actie. Het gedrag kan wel nog steeds bestraft worden met administratieve boetes of bijvoorbeeld een opgelegde therapeutische behandeling (Stevens et al., 2019). Decriminalisering wordt voornamelijk gebruikt in verband met wetten die verwijzen naar persoonlijk gebruik en bezit, terwijl de handel van illegale middelen strikt illegaal blijft (EMCDDA, 2016). Nederland is hier een uitzondering op. Daar is ook de verkoop van cannabis en het bezit van 500 gram cannabis door coffeeshops gedecriminaliseerd.

Bij omleiding zal de gebruiker van illegale middelen niet bestraft worden, maar omgeleid worden naar andere diensten. Dit kunnen gezondheidsdiensten zijn, zoals voorlichting over middelen, behandeling of revalidatie, of sociale diensten, zoals opleiding of werkgelegenheid (Stevens et al., 2019).

Niet alle landen kiezen ervoor om de decriminalisering of depenalisering van cannabis of andere illegale middelen in hun wetboek te schrijven. In dit geval is het beleid *de facto*. Dit wil zeggen dat er afgesproken wordt om de wetgeving bij bepaalde illegale gedragingen niet te handhaven of er de laagste vervolgingsprioriteit aan te geven (Belackova et al., 2020), bijvoorbeeld omdat de overtreding te licht wordt geacht of omdat er bepaalde afspraken zijn gemaakt hierrond. Deze afspraken kunnen ongeschreven zijn of richtlijnen zijn. Als de regelgeving wordt opgenomen in de wetgeving van het land, dan spreken we van *de jure* decriminalisering of depenalisering.

Legalisering verwijst naar het wettelijk legaal maken van een actie of handeling die voorheen illegaal was. Er worden dan oude wetteksten geschrapt en vervangen door nieuwe wetteksten die bepaalde acties en handelingen legaliseren. Concreet betekent dit dat een actie die voorheen illegaal was, nu toegelaten is en wettelijk geregeld is. Dit kan verwijzen naar zowel de productie, consumptie, handel en verkoop van bepaalde middelen zoals cannabis.

Regulering verwijst naar een set van regels en beperkingen rond verschillende aspecten van het gebruik, het bezit, de productie en de verkoop van cannabis, zoals reeds het geval is met alcohol of tabak. Er staan dan sancties op het overtreden van deze regels en beperkingen (EMCDDA, 2016). Regulering is een onderdeel van bijvoorbeeld legalisering, depenalisering of decriminalisering.

1.2. Overzicht

Na deze inleiding worden de theoretische en praktische beleidsmodellen voor cannabis besproken. Er is niet één overkoepelend beleidsmodel dat toepasbaar is in elke situatie. Er zijn veel verschillende modellen voorgesteld, elk met hun positieve punten en tekortkomingen. Natuurlijk is er altijd een verschil tussen theorie en praktijk. Daarom worden enkele praktische voorbeelden van beleidsmodellen dieper geanalyseerd. Ten slotte wordt er een matrix gepresenteerd waarin deze modellen en hun elementen ter vergelijking naast elkaar gelegd worden.

In het derde hoofdstuk worden deze praktische voorbeelden geëvalueerd op hun impact op volksgezondheid. Verschillende indicatoren worden voor de verschillende modellen zo goed als mogelijk beschreven. Hoewel deze oefening veel kan leren over hoe een bepaald beleid voor cannabis de volksgezondheid beïnvloedt, is het belangrijk om telkens de nodige nuance aan de dag te leggen.

In het vierde deel wordt dieper ingegaan op ontwikkelingen die zich afspelen in andere Europese landen die eraan denken hun cannabisbeleid te wijzigen. Op deze manier wordt een overzicht gegeven van de verschillende ideeën die er in Europa heersen omtrent een verandering in het cannabisbeleid. Ten slotte worden de bevindingen van de studie voorgelegd, samen met een korte samenvatting.

2. Beleidsmodellen voor cannabis

2.1. Internationaal kader

Beleidsmodellen voor cannabis – theoretisch of praktisch – ontstaan niet in een vacuüm. Ze zijn gebonden aan zowel nationale regelgeving als internationale verdragen. Daarom wordt eerst deze context geschetst. Hiervoor wordt er beroep gedaan op het werk van Decorte en Paoli. Voor een diepere duik in de internationale wetgeving kan hun boek “De cannabiskwestie” worden geraadpleegd (Decorte & Paoli, 2018), alsook het uitgebreide rapport van Transform Drug Policy Organisation (Rolles & Murkin, 2016). Kortweg zijn er drie internationale verdragen die landen ondersteunen in hun nationale wetgeving: het Enkelvoudig Verdrag inzake Verdovende Middelen van 1961; het Verdrag inzake Psychotrope Stoffen van 1971; en het Verdrag tegen Sluikhandel van 1988. Voor deze besproken worden, wordt eerst kort de geschiedenis die tot deze verdragen leidde besproken.

Het allereerste internationale verdrag inzake drugs was het Internationale Opiumverdrag van Den Haag van 1912. Dit werd afgesloten onder toezicht van de toenmalige Volkerenbond en had tot doel om het misbruik van opium, morfine, en cocaïne en derivaten tegen te gaan. Dit verdrag kwam er na de resoluties van de Internationale Opiumcommissie. Onder impuls van Italië, dat gesteund werd door de Verenigde Staten, werden in een addendum van dit verdrag bezorgdheden over “Indische hennep” verwoord. Hoewel het Internationale Opiumverdrag eerder een regulering dan een verbod benadrukte en eerder zwakke maatregelen bevatte, is het cruciaal want het stelt dat het gebruik van morfine, opium en cocaïne beperkt zou blijven tot medicinale en legitieme doeleinden (Decorte & Paoli, 2018). Het vormt zo de basis voor latere verboden.

Ondanks de inclusie van het addendum omtrent “Indische hennep” bleef cannabis onder de radar van de door de Volkerenbond opgerichte Raadgevende Commissie inzake de Handel in Opium en andere schadelijke Drugs. Een brief van de Zuid-Afrikaanse regering in 1921 bracht hier verandering in. In 1922, tijdens de Tweede Opiumconferentie, stelde de Egyptische afgevaardigde voor om ook cannabis binnen het verdragskader te brengen door te stellen dat hasj minstens even schadelijk is als opium en dat het een vreselijke bedreiging voor de hele wereld zou worden (Rolles & Murkin, 2016). Ondanks een gebrek aan bewijs besloot de conferentie, op aandringen van de VS, dat Indische hennep inderdaad verslavend was en net zo gevaarlijk als opium. Bijgevolg werd cannabis opgenomen in het Internationale Opiumverdrag van 1925, onder een beperkt regime van internationale beheersing. Door de goedkeuring van dit tweede verdrag begonnen vele Europese landen geleidelijk aan het bezit en vaak ook het gebruik van cannabis te verbieden (Decorte & Paoli, 2018).

In 1961 werd op voorstel van de Verenigde Naties het Enkelvoudig Verdrag inzake Verdovende Middelen aangenomen. Dit verdrag concludeerde dat cannabis geen enkele medicinale waarde had. Cannabis werd samen met heroïne en enkele andere geselecteerde drugs opgenomen in Lijst I (substanties die beschouwd worden als hoogst verslavend en hoogst schadelijk) en in lijst IV (substanties die beschouwd worden als hoogst gevaarlijk en als exponentieel verslavend en die ook ernstige schadelijke effecten hebben) (UNODC, 2013; Verenigde Naties, 2016). Cannabis

onderging echter sinds 1935 geen enkele wetenschappelijke beoordeling door de Wereldgezondheidsorganisatie, wat door hen in 2014 ook werd toegegeven (Decorte & Paoli, 2018). In 2020 werd cannabis pas opnieuw geherevalueerd door de VN op basis van een serie van aanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) (Verenigde Naties, 2020).

In 1971 trad er een tweede verdrag in werking: het Verdrag inzake Psychotrope Stoffen. Dit verdrag beoogde stoffen die niet waren ingesloten in het eerste verdrag uit 1961 onder internationale controle te brengen. Vele van deze stoffen waren vervaardigd door de farmaceutische industrie. In de tussenperiode was de belangrijkste psychoactieve stof in cannabis – delta-9-tetrahydrocannabinol of THC – geïdentificeerd. Deze stof werd mee opgenomen in het nieuwe verdrag van 1971 (D. Bewley-Taylor et al., 2014; Decorte & Paoli, 2018).

De laatste van de drie verdragen kwam tot stand in 1988: het Verdrag tegen Sluikhandel. Dit werd opgericht om de sluikhandel in verdovende middelen en psychotrope stoffen tegen te gaan, en was geïnspireerd door de traditionele nadruk die de verschillende verdragen legden op het aanbod van psychotrope middelen. Het Verdrag tegen Sluikhandel had als doel om de verschillende nationale wetgevingen wereldwijd te harmoniseren. Cultivering, illegale drugshandel en consumptie konden hierdoor worden gecriminaliseerd en bestraft (D. Bewley-Taylor et al., 2014). Het Verdrag van 1988 bevat niettemin een formulering die als een “ontsnappingsclausule” wordt geïnterpreteerd (D. Bewley-Taylor et al., 2014): “Met inachtneming van haar grondwettelijke beginselen en de grondbeginselen van haar rechtstelsel [van het land in kwestie]” (Art. 3 §2, in UNODC, 2013, in Decorte & Paoli, 2018, parenthesis is eigen inbreng). Dit betekent dat elke partij die het verdrag ondertekent, straffen dient uit te vaardigen die in overeenstemming zijn met haar grondwet en andere wetbeginselen van het land. Landen zijn dus niet verplicht zijn om persoonlijk gebruik strafbaar te stellen indien dit als ongrondwettelijk wordt geacht. Dit wordt soms zelfs uitgebreid naar de teelt voor persoonlijk gebruik. Het verdrag laat tevens alternatieven toe voor de bestraffing van misdrijven gelinkt aan persoonlijk gebruik: “… in passende gevallen van geringe aard, kunnen de partijen als alternatief voor veroordeling of bestraffing, maatregelen nemen zoals onderwijs, rehabilitatie of sociale re-integratie evenals behandeling en nazorg, wanneer de dader drugs misbruikt.” (Art. 2 §4 (c), in UNODC, 2013, p. 129, eigen vertaling). Dit is een belangrijke clausule, want enkele van de onderzochte praktische beleidsmodellen voor cannabis steunen hierop, zoals later aan bod zal komen.

De toekomst van de verdragen is echter onzeker. De drie verdragen hebben altijd hun critici gehad. In 2012 trok Bolivia zich terug uit de verdragen om in 2013 opnieuw aan te sluiten met uitzondering van het cocablad, een voor hen belangrijke gewas. In 2006 erkende het UNODC dat de drie verdragen, die sterk uitgaan van repressie van het aanbod, niet gerechtvaardigd zijn in het geval van cannabis. Dit komt mede omdat, zoals eerder aangehaald, de oude studies aangaande cannabis zeer onnauwkeurig blijken of zelfs onbestaande zijn. Ook verschillende nationale en internationale organisaties zoals de Global Commission on Drug Policy verzetten zich tegen de inclusie van cannabis in de verdragen en soms zelfs tegen de verdragen zelf (Decorte & Paoli, 2018). Deze kritische stemmen resulteerden in 2016 in de United Nations General Assembly Special Session (UNGASS) in New York. Hier zou, althans in principe, een kritische blik geworpen worden op de verdragen. In de realiteit werden ze grotendeels herbevestigd, hoewel er voor cannabis een bepaalde passage opnieuw vatbaar was voor discussie. De passage gunt “voldoende flexibiliteit” aan individuele landen om hun nationaal drugbeleid te ontwerpen en te implementeren, gegeven de internationale wetgeving. Het is onduidelijk op welke wijze deze flexibiliteit dient te worden geïnterpreteerd (Decorte & Paoli, 2018). Cannabis werd in 2020 door de VN geherclassificeerd en maakt niet langer deel uit van Schedule IV, de strengste classificatie die ook gebruik voor medische doeleinden ontmoedigt. Hierdoor kan er ingezet worden op

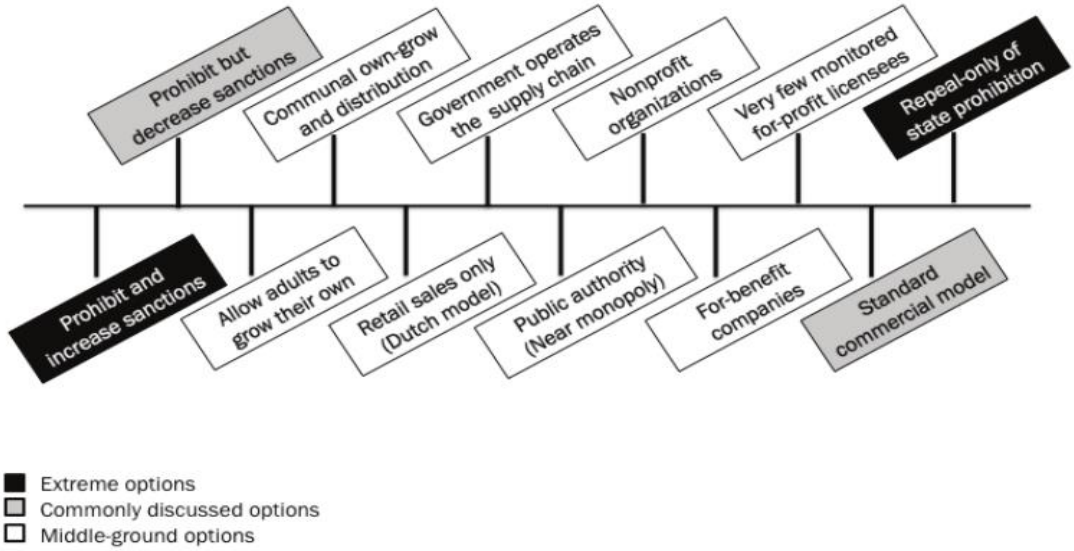
therapeutische doeleinden voor cannabis. Het middel blijft behouden in Schedule I waar het onder de internationale conventies gecontroleerd blijft en waar het gezien wordt als een risico voor de volksgezondheid (Verenigde Naties, 2020).

2.2. Theoretische beleidsmodellen

Er zijn verschillende theoretische pistes voor beleidsopties uitgedacht, voornamelijk om de bevoorrading van cannabis te reguleren. In deze sectie worden enkele van de voorgestelde modellen in meer detail beschreven.

Deze mogelijkheden liggen op een spectrum. Dit spectrum begint aan de ene zijde bij een complete prohibitie van cannabis op alle aspecten: gebruik, productie en verkoop. Het spectrum schuift op naar meer en meer liberale modellen van cannabisregulering, tot het aan het andere einde komt: een ongereguleerde vrije cannabismarkt (zie figuur 1).

In het rapport “How to regulate cannabis” uit 2016 stelt Transform Drug Policy Organisation negen beleidsmodellen voor op het spectrum van prohibitie tot een vrije markt (Rolles & Murkin, 2016). Andere organisaties stellen nog meer opties voor. RAND corporation stelt, in haar onderzoek naar verschillende beleidsmodellen aangevraagd door de staat Vermont in de VS, twaalf modellen voor. Deze focussen zich voornamelijk op de aanvoerzijde van cannabis (Caulkins et al., 2015). Ze zijn eveneens gerangschikt op een spectrum van prohibitie tot een ongereguleerde vrije markt (zie figuur 2). Binnen elk model is het mogelijk om variatie te brengen in details van het beleid, hoe het geïmplementeerd wordt en hoe het wordt afgedwongen.



FIGUUR 1: SPECTRUM VAN BELEIDSMODELLEN VOOR DE AANVOER VAN CANNABIS (BRON: CAULKINS ET AL., 2015)

Deze figuur deelt de verschillende opties in onder “extreme opties”, “vaak besproken opties” en “middenweg opties”. De extreme opties zijn een extreme vorm van prohibitie aan de ene kant en een extreme vorm van ongereguleerde vrije markt aan de andere kant. Een extreme vorm van prohibitie geeft criminele actoren en de illegale markt de kans om zich te profileren. Daarnaast worden er veel middelen gestoken in het vervolgen van de illegale gebruiker (Rehm & Fischer, 2015) Een ongereguleerde legale markt zal meer gedreven zijn door winst, met het risico dat de

gezondheid van de gebruiker minder aan bod komt. Bij tabak en alcohol werd dit reeds opgemerkt. De WHO formuleerde daarom enkele kerninterventies voor beide middelen, de 'best buys': accijns- en prijsverhogingen; verboden of alomvattende beperkingen op blootstelling aan reclame, affichering en promotie (ook via gestandaardiseerde verpakkingen voor tabak); vermindering van beschikbaarheid; implementatie van preventiecampagnes over de schade van alcohol en tabak. (WHO, 2017).

Hieronder worden enkele theoretische beleidsmodellen in meer detail besproken. Deze bevinden zich in de vaak besproken opties in het midden van bovenstaande figuur (1). Ze zijn gekozen omdat ze ofwel reeds worden toegepast, ofwel worden besproken door landen die bezig zijn met de hervorming van hun cannabiswetgeving[2]. Op deze manier is het ook mogelijk om de theorie te vergelijken met de praktische uitvoering van deze modellen in enkele landen, in sectie 2.4. Het is goed om volgende zaken mee te delen:

- Deze modellen zijn gerangschikt van meest naar minst prohibitief.
- Deze modellen zullen in de praktijk verschillen van de theorie.
- Er zijn verschillende combinaties van deze modellen mogelijk, zoals in de volgende sectie besproken wordt.
- Hoewel deze studie kijkt naar de invloed op gezondheidsindicatoren, is gekozen om ook veiligheids- en socio-economische aspecten te includeren om een volledig beeld te geven van de theoretische modellen.
- Het onderscheid gunstig en ongunstig wordt gemaakt op basis van de literatuur. Elementen die gezondheid, veiligheid en socio-economische uitkomsten bevorderen worden als gunstig gezien, degene die dit tegengaan als ongunstig.

[2] Niet iedere optie wordt hier in detail weergegeven. Daarvoor wordt verwezen naar de studies van Caulkings et al. (2015) Rolles en Murkin (2016)

2.2.1. Decriminalisering of depenalisering

Er wordt gesproken van decriminalisering of depenalisering voor persoonlijk gebruik als een land beslist om het gebruik van bepaalde of alle illegale middelen niet meer gerechtelijk te vervolgen of om de strafrechtelijke sanctie te verminderen (zie definities boven voor een exacte invulling van de termen). In dit beleid blijft persoonlijk gebruik illegaal evenals de productie en de verkoop van cannabis. Idealiter is het gedoogbeleid de jure, dit wil zeggen in de wet ingeschreven. Een de-factobeleid laat ruimte voor onduidelijkheid. Reeds een aantal landen hebben een model waarin cannabis (of meerdere of alle illegale middelen) gedoogd wordt voor persoonlijk gebruik. Het gaat om o.a. België, dat een de facto depenaliseringsbeleid voert, Portugal, Spanje, Italië, 31 staten in de VS (National Conference of State Legislatures, 2021), 3 gebieden in Australië en nog twintig andere landen[3] (Decorte & Paoli, 2018).

Gunstig	**Ongunstig**
1. De hoeveelheid voor persoonlijk gebruik kan per setting bepaald worden (7). 2. De jure decriminalisering is niet veraf van de huidige situatie in België (1,4). 3. Het vermindert de kosten van het rechtssysteem voor de vervolging van individuele gebruikers, omdat persoonlijk gebruik geen crimineel feit meer is (2,6,7). 4. Het vermindert stigma op gebruikers (6) 5. Decriminalisering en depenalisering zouden niet in strijd zijn met internationale verdragen van de VN (9).	1. Dit model kan onduidelijk zijn. Een de facto decriminalisering laat ruimte voor een persoonlijke invulling van de rechtshandhaving. (3). 2. De productie, distributie, beschikbaarheid en prijs zijn onderhevig aan de illegale markt (8,11). 3. Er kan verwarring heersen over de termen decriminalisering en depenalisering (1,5). 4. De productie en verkoop blijven illegaal en dus in de handen van criminelen (6). 5. Er is een risico dat de aanvaardbare hoeveelheid voor persoonlijk bezit zo laag wordt gesteld, dat het model niet meer dan optiek wordt (vb. 0.5 gram cannabis) (7). 6. Als de straf voor persoonlijk gebruik boven een bepaald gewicht (vb. 3 gram) een boete is, ontstaat het risico dat er disproportioneel veel middelen gaan naar rechtshandhaving voor gebruikers, zodat er veel inkomsten uit boetes kunnen gehaald worden (6,7). 7. Als er hoge boetes worden uitgeschreven, is er een risico dat mensen met een lager inkomen harder geraakt worden (6).

Bronnen: (1) Decorte & Paoli, 2018; (2) Eastwood et al., 2016; (3) (VAD, 2014); (4) (VAD, 2019); (5) EMCDDA, 2018; (6) Rolles & Murkin, 2016; (7) Eastwood, 2020; (8) WHO, 2017; (9) D. R. Bewley-Taylor, 2003; (10) Fijnaut & De Ruyver, 2014; (11) Crépault et al., 2016

[3] Zie Eastwood et al. (2016) voor een opsomming van alle landen die in 2016 cannabis (en andere illegale middelen) in een bepaalde mate gedogen.

2.2.2. Legale thuiskweek en -consumptie

Dit model laat gebruikers toe om onder bepaalde voorwaarden thuis cannabis te kweken en te consumeren. Voorwaarden kunnen dan opgelegd worden aan bijvoorbeeld het aantal planten dat gekweekt mag worden en de hoeveelheid cannabis die men mag bezitten. In verschillende landen is dit reeds de facto toegestaan. In andere landen of gebieden is het de jure gelegaliseerd, als enige optie of naast andere opties om cannabis te verkrijgen (Belackova et al., 2019, 2020; IRCCA, 2014). Nog meer gebieden hebben dit de facto of de jure gedecriminaliseerd of gedepenaliseerd[4].

Uit onderzoek blijkt dat ongeveer tussen 1% en 10% van de personen die cannabis gebruiken ook aan thuiskweek doet. Voor 84% van hen is de kweek bedoeld voor persoonlijke consumptie (Belackova et al., 2020), hoewel een andere studie rapporteerde dat 1/3e van de personen ook cannabis verkocht, voornamelijk om hun kosten te betalen en niet voor winst (Potter et al., 2015). De meeste kwekers kweken vijf planten of minder. De meerderheid van de respondenten in een andere studie gebruikten dagelijks of wekelijks, en gebruikten ook andere substanties zoals alcohol, tabak en andere illegale middelen. De mediane leeftijd van thuiskwekers in deze studie was 26 jaar algemeen en 27 jaar voor België. De mediane leeftijd voor de eerste kweekpoging was 20 jaar. De meerderheid van de respondenten werkt of studeert. De mediane opbrengst is 40 gram per plant en 201 gram per oogst (en 106 gram voor België) (Paoli et al., 2015; Potter et al., 2015).

Gunstig	**Ongunstig**
1. Dit model zal waarschijnlijk geen substantiële verhoging van het gebruik inhouden (2). 2. Dit model vermindert het stigma op gebruik (maar mogelijk een verhoogd stigma op thuistelers, t.o.v. officiële producenten) (1). 3. Indien consumenten zich dienen te laten registreren, kan men een grotere mate van controle uitoefenen, bijvoorbeeld op het aantal planten, de hoeveelheid cannabis die men mag bezitten, en het materiaal dat gebruikt wordt voor de teelt (e.g. wattage, lampen, pesticiden) (3,7). 4. Dit model is slechts een uitbreiding van het huidig Belgisch model (3). 5. De handel in cannabis blijft illegaal en hierdoor is er weinig tot geen drugstoerisme (3). 6. Dit model haalt een deel van de gebruikers weg uit de illegale markt, maar in welke mate is onduidelijk (3,4,5,8). 7. Dit model wordt veelal als compatibel beschouwd met internationale drugwetgeving (11,12). 8. Gebruikers zijn zelf voorstander van een vorm van regulering (8). 9. Het vermindert de kosten van het rechtssysteem voor de vervolging van individuele gebruikers, omdat persoonlijk gebruik geen crimineel feit meer is (2,6,7).	1. Mogelijk zullen enkel liefhebbers de vereiste investeringen maken om zelf cannabis te telen. De meerderheid zal zijn cannabis blijven verkrijgen via de criminele markt. (2,3). 2. Gepaard gaand met het vorige punt zal de illegale markt weinig impact ervaren (10,12) 3. Het kan moeilijk zijn om mensen te overtuigen zich te registreren. Zonder registratie is het moeilijk om controles in te voeren (3,6,8). 4. Er is een discrepantie tussen de hoeveelheid cannabis die men mag bezitten en de hoeveelheid cannabis die geoogst kan worden met een toegelaten aantal planten. Als de maximale toegelaten hoeveelheid cannabis 30 gram bedraagt, is dit vaak minder dan er geoogst wordt bij één plant. Indien er dus meerdere planten toegestaan zijn, zal een gebruiker vaak meer cannabis oogsten dan is toegestaan om te bezitten. Deze bevindt zich dan in een wettelijke onduidelijkheid (1). 5. Het is moeilijk om de thuisproductie te onderscheiden van illegale productie. Van smokkelwaar kan worden beweerd dat het legaal thuis is gekweekt (3). 6. Een groot deel van de beschikbaarheid, alsook de prijs van cannabis, blijft onderhevig aan de illegale markt (9)

Bronnen: (1) Belackova et al., 2019; (2) Belackova et al., 2020; (3) Decorte & Paoli, 2018; (4) Lenton et al., 2015; (5) Rolles & Murkin, 2016; (6) Junta Nacional de Drogas, 2019; (7) IRCCA, 2014; (8) Potter et al., 2015; (9) WHO, 2017; (10) Caulkins et al., 2012; (11) D. R. Bewley-Taylor, 2003; (12) Fijnaut & De Ruyver, 2014

[4] Zie Belackova et al. (2020) voor een opsomming van alle specifieke gebieden.

2.2.3. Verkoop van cannabis blijft illegaal maar de productie is legaal in specifieke gevallen. Persoonlijk gebruik is legaal of gedoogd: cannabis social clubs (CSC's)

Cannabis social clubs zijn verenigingen van personen die besloten hebben om gezamenlijk hun cannabis te kweken, of te laten kweken, voor persoonlijk gebruik. De cannabis wordt in de meeste gevallen op één centrale plaats gekweekt door leden van de club en dan verdeeld onder de leden van de club. In sommige gevallen dient de CSC enkel als verdeelplaats voor haar leden, en wordt de cannabis extern en illegaal aangekocht. Dit model vindt haar oorsprong in Spanje, waar ook de meeste social clubs zich bevinden. Het is een van de drie legale opties in Uruguay. Er zijn social clubs bekend in België en elf andere landen van Europa, waar ze ontstaan door een de jure of de facto gedoogbeleid (Caulkins et al., 2015; Decorte & Paoli, 2018; EMCDDA, 2016).

Gunstig	**Ongunstig**
1. CSC's zijn vzw's en hebben dus geen winstmotief (2). 2. Er kunnen regels worden gesteld waar de CSC's zich aan moeten houden: maximum aantal leden, maximum aantal planten, kwaliteitscontroles, affichering en reclame, voorwaarden voor lidmaatschap (minimumleeftijd, ingezetenencriteria), beschikbaarheid (2). 3. In een legaal model dienen CSC's zich te registreren bij de overheid, een vergunning aan te vragen en aan opgelegde voorwaarden te voldoen (zoals boekhouding, ledenbestand, preventie-initiatieven ter plaatse, getraind personeel) (2). 4. Verticale integratie van kweek en verdeling (1,4). 5. Dit model haalt een deel van de gebruikers weg uit de illegale markt, hoewel de mate hiervan moeilijk in te schatten is (1,2,5). 6. Voorstanders beweren dat de clubs een rol kunnen spelen in vermindering van consumptie, preventie, vroegtijdige detectie en doorverwijzing (2,4;10).	1. Er bestaat een risico op commercialisering. Dit is reeds het geval in sommige clubs in Spanje die duizenden leden kennen en toeristen binnenlaten (8). 2. De status van vzw betekent dat er in sommige CSC's niet genoeg fondsen voorhanden zijn, waardoor ze leden verliezen aan de zwarte markt (4). 3. Belastingen dienen zeer zorgvuldig gekozen te worden zodat gebruikers niet afhaken (7). 4. Opkomst van schaduwclubs die CSC's als een front gebruiken voor criminele activiteiten (2). 5. Grotere clubs faciliteren de productie van concentraten en eetbare producten (7). 6. Een groot deel van de beschikbaarheid, alsook de prijs van cannabis, blijven onderhevig aan de illegale markt (9).

Bronnen: (1) Arana, 2019; (2) Decorte & Paoli, 2018; (3) EMCDDA, 2016; (4) Pardal, Decorte, et al., 2020; (5) Rolles & Murkin, 2016; (6) Decorte & Pardal, 2020; (7) Caulkins et al., 2015; (8) Pardal, 2018a; (9) WHO, 2017; (10) Belackova et al., 2016

2.2.4. Productie en handel blijft illegaal maar persoonlijk gebruik en specifieke verkooppunten zijn legaal of gedoogd: het coffeeshopmodel

Coffeeshops zijn verkooppunten voor cannabis die in Nederland gedoogd worden voor specifieke redenen, zoals de scheiding van hard- en softdrugs en het vermijden van overlast. Het is in de coffeeshops veelal ook toegelaten om cannabis te consumeren. In Nederland is de productie van en handel in cannabis nog steeds illegaal, wat zorgt voor een discrepantie tussen de verkoop, het bezit en persoonlijk gebruik enerzijds – de voordeur – en de productie en handel anderzijds – de achterdeur. Nederland startte in 2020 het “gesloten coffeeshopketen experiment”. Hierbij krijgt een gelimiteerd aantal producenten een proeflicentie van de staat om cannabis te telen om deelnemende coffeeshops te bevoorraden. Het doel is om de productie en handel van cannabis uit de handen van criminele organisaties te halen en zo de achterdeur te sluiten (Decorte & Paoli, 2018; Drugsinfo, 2020; EMCDDA, 2016).

Gunstig	**Ongunstig**
1. De overheid kan specifieke vereisten stellen voor het afleveren van een vergunning voor een coffeeshop (4). 2. De overheid kan een maximum plaatsen op het aantal coffeeshops dat mag opereren. Hiermee kan er controle gehouden worden op de grootte van de markt (1,7). 3. De overheid kan strenge vereisten stellen voor kopers: minimumleeftijd, ingezetenencriteria (6). 4. Er kunnen belastingen geïnd worden op winsten van een coffeeshop (4). 5. Men kan controles op affichering en beschikbaarheid stellen. 6. Het initiële doel om de markten voor hard- en softdrugs te scheiden is grotendeels succesvol (5,9).	1. Het verbod op productie en aanvoer naar de coffeeshops zorgde ervoor dat dit stelselmatig in handen viel van de georganiseerde misdaad en criminele netwerken (1,2,4). 2. Er is een risico dat winstmakende bedrijven lobbyen voor minder strenge regels (vooral een probleem in de VS) (1). 3. Belastingen dienen zeer zorgvuldig gekozen te worden zodat gebruikers niet afhaken (5). 4. Potentie en kwaliteit van cannabis blijft moeilijk te controleren (3). 5. Aangeboden informatie in coffeeshops is niet uniform en verschilt per shop (3). 6. Het coffeeshopmodel kampt met drugstoerisme (1,5). 7. Geen verkoopbelasting op cannabisproducten zelf (4,5). 8. Geen nationale regulering op verpakkingen en potentie (5). 9. Als de overheid begint te vertrouwen op de inkomsten van belastingen uit de verkoop van cannabis, kan dit een motief zijn om meer te verkopen om de staatsinkomsten te verhogen (4,10).

Bronnen: (1) Decorte & Paoli, 2018; (2) Meesters, 2015; (3) Trimbos-instituut, 2019a; (4) Rolles & Murkin, 2016; (5) Caulkins et al., 2015; (6) Drugsinfo, 2020; (7) Mennes et al., 2019; (8) Korf, 2020; (9) (Grund & Breeksema, 2013); (10) Rehm & Fischer, 2015

2.2.5. Strenge overheidsregulatie (monopolie of door overheid gecontroleerde entiteit)

In dit model heeft de overheid een strenge controle op zowel de productie als de verkoop van cannabis. De productie kan gebeuren door overheidsbedrijven of door enkele bedrijven die specifiek worden aangeduid door de staat, zoals het geval is in Uruguay. De verkoop kan eveneens gebeuren door de overheid, zoals online gebeurt in Canada, of door specifieke actoren die aangeduid worden door de overheid, zoals de apothekers in Uruguay. De overheid kan ook beslissen om specifieke verkooppunten in te richten voor de verkoop van cannabis, zoals het geval is voor de alcoholwinkels in Zweden, en zo richting een staatsmonopolie streven.

Gunstig	**Ongunstig**
1. Er is duidelijkheid. Alleen de overheid of specifieke instanties mogen cannabis produceren en verkopen. Er kan gekozen worden om de productie en verkoop onder één bedrijf te doen, of dit te scheiden (2). 2. Dit model weerhoudt illegale actoren ervan een positie te verwerven in de legale markt. Dit model wordt geopteerd in Italië wegens de sterke aanwezigheid van maffiaorganisaties (2,3). 3. Er is een strenge controle mogelijk op alle andere facetten zoals prijs, belasting, productie, affichering, verpakking, heroriëntering van inkomsten, preventie, etc. (1,2). 4. Er is een strenge controle op het gehele productieproces (1). 5. Er is een strenge controle op consumptiepatronen mogelijk, vb. via registratie van klanten, maximum hoeveelheden die per keer en per maand gekocht kunnen worden, minimumleeftijd, etc. (2). 6. Wegens de grote invloed van de staat kan dit model prijsvallen (vb. door verbeterde productietechnieken) tegengaan via een verhoging van de belasting op cannabis (1). 7. Wegens haar strenge controle maakt dit model de implementering van andere modellen gemakkelijker (1). 8. Alle opbrengsten van de belasting of de verkoop vloeien terug naar de staat (1). 9. Er is grote controle mogelijk tegen omleiding van cannabis naar het illegale circuit (1).	1. Door een strenge controle op het assortiment van cannabisproducten zullen sommige gebruikers mogelijk opnieuw de illegale markt opzoeken voor specifieke producten (2). 2. Belastingen dienen zeer zorgvuldig gekozen te worden zodat gebruikers niet afhaken (1). 3. Dit model is incompatibel met de internationale verdragen van de VN (2). 4. Als de overheid begint te vertrouwen op de inkomsten van belastingen uit de verkoop van cannabis, kan dit een motief zijn om meer te verkopen om de staatsinkomsten te verhogen (4,5).

Bronnen: (1) Caulkins et al., 2015; (2) Decorte & Paoli, 2018; (3) Sannino, 2017; (4) Rolles & Murkin, 2016; (5) Rehm & Fischer, 2015

2.2.6. Licentiesysteem voor non-profitentiteiten

In dit model beslist de staat om enkel vergunningen voor de productie en de verkoop uit te keren aan non-profitentiteiten (die geen CSC zijn). De productie en de verkoop kan in één entiteit gebeuren, of men kan aparte vergunningen voor beide uitdelen. Dit systeem wordt nog nergens in de wereld toegepast. Er is dus geen praktische ervaring mee.

Gunstig	Ongunstig
1. De staat kan beslissen om strenge voorwaarden te stellen aan het uitreiken van vergunningen voor zowel productie als verkoop (2). 2. Men kan beslissen de inkomsten uit de verkoop en de productie te herinvesteren in de maatschappij (2). 3. De staat kan de vzw verplichten om haar RvB te bevolken met experts in verschillende domeinen, zoals openbare gezondheid, preventie, en/of welzijn (1). 4. Er is een groter toezicht op productie en verkoop mogelijk (2). 5. Er is een groter toezicht op consumptiepatronen mogelijk (2). 6. Er kan gewerkt worden met registratie van gebruikers, ledenbestand en toelatingsvoorwaarden (1,2). 7. Er is opvolging mogelijk van zaadje tot verkoop. 8. Er is geen winstkarakter (2).	1. Dit model is niet in overeenstemming met de internationale verdragen van de VN (2). 2. Er dient gewaakt te worden dat de vzw niet “te succesvol wil worden” (1). 3. Risico op commercialisering en schaduwclubs (2). 4. Als de overheid begint te vertrouwen op de inkomsten van belastingen uit de verkoop van cannabis, kan dit een motief zijn om meer te verkopen om de staatsinkomsten te verhogen (3,4). 5. Dit model heeft nog geen praktische toepassing dus geen lessen die we kunnen leren.

Bronnen: (1) Caulkins et al., 2015; (2) Decorte & Paoli, 2018; (3) Rolles & Murkin, 2016; (4) Rehm & Fischer, 2015

2.2.7. Commerciële, gereguleerde legalisering

In dit model zijn de productie en verkoop van cannabis onderhevig aan de effecten van een gereguleerde, vrije markt zoals die ook bestaat voor andere producten zoals tabak en alcohol. De markt is in grote mate vrij om zichzelf te reguleren in termen van productie, het aanbod van producten, de grootte, omvang en reikwijdte, zolang voldaan wordt aan de basisvereisten van de overheid. Dit systeem is van toepassing in bijna alle staten in de VS die cannabis gelegaliseerd hebben (met uitzondering van Washington DC, waar enkel kweek voor persoonlijk gebruik legaal is) en in bepaalde provincies van Canada.

Gunstig	**Ongunstig**
1. Er zijn vereisten voor producenten om een vergunning te bemachtigen zoals kwaliteit, variëteit, sterkte, etc. (1,2). 2. Er zijn vereisten voor verkooppunten om een vergunning te bemachtigen rond affichering, etikettering, aankooplimieten, locatie, etc. (2). 3. Inkomsten van belastingen kunnen terugvloeien naar de staat. 4. Men kan kiezen om het aantal licenties voor producenten en verkopers te limiteren (1).	1. In dit model is het moeilijk om zeer doorgedreven vereisten te voorzien, wegens de nood tot navolging van de vrije markt. Dit is zeker het geval in de VS[5] (1). 2. De bevoegde instantie voor de gereguleerde cannabismarkt is niet altijd bevoegd voor welzijn of gezondheid. In de staat Washington in de VS is bijvoorbeeld de State Board for Liquor and Cannabis bevoegd (5). 3. Er is mogelijk een streven naar grotere winsten ten koste van de publieke gezondheid, vb. door meer en meer in te zetten op producten met een hoog THC-gehalte, lagere belasting of minder regularisatie (3,7). 4. Een competitief model is vatbaar voor lobbyacties vanuit de commerciële sector[6] (2,3,6). 5. Dit model is in strijd met de internationale verdragen van de VN (2). 6. In een laks gereguleerd model zal er een hoge beschikbaarheid zijn. De prijs wordt gedrukt door verbeteringen in productie en er is de mogelijkheid om reclame te maken.

Bronnen: (1) Caulkins et al., 2015; (2) Decorte & Paoli, 2018; (3) Rolles & Murkin, 2016; (4) WHO, 2017; (5) State of Washington, 2022; (6) Rotering & Apollonio, 2022; (7) Rehm & Fischer, 2015

[5] Een voorbeeld hiervan is de affichering in de VS, waar weinig tot geen limiet op staat omdat commerciële entiteiten in de VS een recht op reclame hebben. Het is er deel van de 'First Amendment' (Cornell Law School, z.d.) Alle regels rond affichering voor tabak en alcohol kwamen er na rechtszaken of onderlinge afspraken met commerciële entiteiten, niet door legislatieve acties.

[6] In sommige staten is dit reeds het geval met de National Cannabis Industry Association (https://thecannabisindustry.org/)

2.3. Beleidsmodellen in de praktijk

Het is onmogelijk om een theoretisch model copy-paste in de realiteit om te zetten. Er dient rekening gehouden te worden met contextuele factoren zoals de geschiedenis en geografie van een land of gebied, en met nationale en internationale wetgevende kaders (zie boven). In deze sectie wordt dieper ingegaan op praktische beleidsmodellen. Zeven landen dienen als voorbeeld: België, Portugal, Spanje, Nederland, Uruguay, Canada en de Verenigde Staten. De doelstellingen van het beleid worden besproken alsook de wetgevende kaders die deze mee vormgeven. Ook de elementen van het beleid worden besproken. Voor een diepgaandere vergelijking kan de matrix in sectie 2.4. geraadpleegd worden.

2.3.1. België: depenalisering van cannabis voor persoonlijk gebruik

Het Belgisch wetgevend kader dateert van 1921, toen het gebruik van illegale middelen nog een randfenomeen was in de samenleving. De wet van 24 februari 1921 betreft het verhandelen van gifstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, ontsmettingsstoffen en antiseptica. België volgde daarmee het voornoemde Opiumverdrag van Den Haag dat in 1914 was goedgekeurd. De eerste wijzigingen aan de wet van 1921 kwamen er in 1975. Met deze wijziging omkaderde België het Enkelvoudig Verdrag van 1961 en het Verdrag inzake Psychotrope Stoffen van 1971, die op dat moment door de Verenigde Naties waren afgesloten. In 2001 werd de Federale Drugsnota opgesteld, gestoeld op de bevindingen van de parlementaire werkgroep drugs van 1997. Deze nota beschouwde middelengebruik als een gezondheidsprobleem en stelde een geïntegreerde aanpak voorop. Centraal stond en staat het creëren van een ontradend effect aan zowel vraag- als aanbodzijde. De nadruk is in de eerste plaats gericht op preventie en hulpverlening. In 2003 werd de wet van 1921 een tweede maal grondig hervormd, in overeenstemming met de inhoud van de Federale Drugsnota uit 2001. Met deze hervorming werd de strijd tegen drugproductie en –handel verstrengd door de doorvoer van drugs nader te regelen. Belangrijk voor deze studie is dat de hervorming het onderscheid tussen cannabis en andere drugs voorstelde. Een hoeveelheid voor persoonlijk gebruik werd vanaf nu behandeld met een anonieme registratie en de inbeslagname van de cannabis. Sindsdien zijn er kleine wijzigingen geweest, voornamelijk om het Belgische beleid meer af te stemmen op dat van zijn buurlanden (Decorte & Paoli, 2018). Het is belangrijk te onthouden dat de productie, de handel en het gebruik van cannabis niettemin strafbare feiten blijven. Er gebeurde geen wetswijziging. Hierdoor leunt België het nauwst aan bij depenalisering (EMCDDA, 2016; Stevens et al., 2019), waarbij er ook een mate van omleiding is van personen die cannabis gebruiken naar voorlichtingscursussen.

De doelstellingen van het Belgisch drugbeleid zijn drievoudig:

- Een daling van het aantal afhankelijke gebruikers.
- Een daling van de fysieke en psychosociale schade van drugmisbruik.
- Een daling van de negatieve gevolgen van het drugfenomeen voor de samenleving.

In België is het gebruik, de productie, de handel en de verkoop van cannabis illegaal. Een hoeveelheid cannabis voor persoonlijk gebruik wordt voor meerderjarigen zelden vervolgd, zolang er geen bezwarende omstandigheden aanwezig zijn of er een verstoring van de openbare orde is. Deze hoeveelheid is bepaald op 3 gram cannabis of 1 geteelde vrouwelijke plant. Voor minderjarigen geldt dit beleid niet: de invoer, productie, verkoop en het bezit van cannabis blijven voor hen illegaal. Belangrijk om te weten is dat dit beleid geen recht is dat kan afgedwongen worden, ook al voldoet men aan de bovenstaande omstandigheden (VAD, 2020b).

Het Belgische beleid en het illegale karakter van de productie, de handel en de verkoop van cannabis zorgen ervoor dat de productie van cannabis illegaal gebeurt oftewel dat cannabis

geïmporteerd wordt. Eén vrouwelijke plant wordt gedoogd, zolang er geen bezwarende feiten zijn en er geen overlast gecreëerd wordt. Voor minderjarigen is de productie geheel illegaal.

Het depenaliseringsbeleid voor één vrouwelijke plant zorgde ervoor dat in ons land cannabis social clubs zijn ontstaan, waarvan het bestaan enige tijd werd toegelaten. De cannabis social clubs teelden één cannabisplant per lid van de club en verdeelden de oogst onder hun leden (Decorte & Paoli, 2018). Zij opereerden vanuit een vzw-statuut en maakten in principe geen winst op hun activiteiten. Er is niet geweten hoeveel cannabis social clubs en leden er tegenwoordig nog zijn in ons land. Eén studie uit 2018 rapporteert elf actieve clubs en vijf non-actieve clubs (Pardal, 2018b). In een andere studie interviewt dezelfde auteur de bestuursleden van zeven actieve clubs. Het gezamenlijk ledenaantal van deze clubs bedraagt 676. De kleinste van de geïnterviewde clubs telt 10 leden en de grootste telt er 400 (Pardal, 2018a).

Door het illegale karakter van cannabis is er geen promotie mogelijk in de maatschappij. Consumptie in de publieke ruimte is evenmin toegestaan. Dit zorgt ervoor dat de zichtbaarheid van cannabis in de samenleving relatief laag is. Deze zichtbaarheid wordt tegenwoordig verhoogd met de opkomst van CBD-producten en cannabiswinkels die producten met een laag THC-gehalte verkopen (EMCDDA, 2020a). Binnen het huidige beleid is er geen controle over elementen zoals de potentie van de cannabis, de zuiverheid ervan en de prijsbepaling. Sommige cannabis social clubs pogen hun leden te informeren over de cannabis die gekweekt wordt en hebben limieten op de hoeveelheid cannabis die hun leden mogen ontvangen, gaande van 15 gram per maand tot 60 gram per maand (Pardal, 2018a).

Het huidige beleid kent evenzeer enkele uitdagingen. Het intensief gebruik van cannabis neemt toe en er is een toename van cannabisgerelateerde behandelingen (Sciensano, 2019b). Verder is er een vorm van rechtsonzekerheid wat betreft de juridische afhandeling van mensen die betrapt worden met een beperkte hoeveelheid cannabis De onzekerheid aan de aanbodzijde heeft ook implicaties voor het gebruik: er is weinig controle op de kwaliteit en de potentie. Er gaan ook weinig middelen naar cannabispreventie (1,6%). Het grote deel gaat naar hulpverlening (61,1%%) en veiligheid in (37,3%) (Algemene Cel Drugsbeleid, 2018). Ten slotte zorgt het illegale karakter voor het ontstaan van schaduwclubs: commerciële instellingen met de façade van een cannabis social club (Pardal, 2018a).

Als we kijken naar preventie zien we dat er geen overkoepelend Belgisch aanbod is voor cannabispreventie. VAD heeft enkele specifieke cannabispreventiecampagnes uitgewerkt die worden gebruikt in verschillende settings[7]. Het stelt eveneens productinfo en risicobeperkende tips ter beschikking. In de meeste CSC's is ook harmreductionmateriaal aanwezig in de vorm van brochures met productinformatie en tips voor veilig gebruik (Pardal, Bone, et al., 2020).

2.3.2. Portugal: de jure decriminalisering van alle illegale middelen

Het wettelijk kader in Portugal baseert zich op de "National Strategy for the Fight Against Drugs" uit 1999, en is verankerd in wet 30/2000 die in effect is sinds juli 2001. Hiermee verviel het bezit van alle illegale middelen voor persoonlijk gebruik van een crimineel feit tot een administratieve overtreding. De handel, productie en verkoop van alle illegale middelen blijft evenwel een crimineel feit met serieuze straffen. Twee andere documenten vervolledigen het Portugese drugbeleid. Het "National Plan for the Reduction of Addictive Behaviors and Dependencies 2013-2020" bouwt voort op de National Strategy uit 1999 en neemt een breed en inclusief perspectief voor drug- en

[7] Zoals onder andere 'Maat in de Shit', een educatief pakket voor jongeren rond druggebruik en 'Bijzonder Zonder', waarmee lokale besturen aan de slag kunnen om hun eigen cannabiscampagne op te zetten.

verslavingsproblematieken. Het breidt eveneens de lijst met illegale middelen uit de National Strategy uit (o.m. om gokken te includeren). Het andere document is “Portugal’s Action Plan Horizon 2020” (EMCDDA, 2019).

Het doel van het Portugese drugbeleid is tweevoudig:

- Het aanpakken van de verslechterende gezondheid van druggebruikers aan het eind van de jaren 1990.
- De criminalisering en marginalisering van personen die drugs gebruiken tegengaan.

Een persoon die betrapt wordt met het gebruik van of in het bezit van een hoeveelheid cannabis minder dan de toegelaten hoeveelheid zal geëvalueerd worden door de lokale Commissie voor de Ontrading van Drugverslaving (Commission for the Dissuasion of Drug Addiction). De Commissie voor Ontrading bestaat uit drie leden: twee zijn artsen, psychologen, sociologen of sociaal werkers, de derde persoon is een juridisch deskundige. Als de commissie een persoon als niet-afhankelijk beoordeelt, verlaat die de commissie zonder aanbeveling of andere sanctie. Dit is de grote meerderheid (Transform Drug Policy Foundation, 2014). Personen die gezien worden als afhankelijk worden aangemoedigd om in behandeling te gaan. Zij kunnen dit weigeren en worden hier zelden voor beboet. Er is een watervalsysteem voor herhaalde overtredingen gaande van de commissie tot een niet-financiële strafmaatregel en tot een geldboete als laatste redmiddel (EMCDDA, 2019). In 2019 werden 9353 geschillen behandeld waarbij 8870 personen betrokken waren. Deze geschillen behandelen alle illegale middelen, waaronder cannabis. Er zijn geen cijfers beschikbaar enkel voor cannabis (SICAD, 2019). Er zijn geen cijfers gevonden over hoeveel personen die betrapt worden op druggebruik daadwerkelijk voorgeleid worden voor de commissie.

De hoeveelheid cannabis die een persoon mag bezitten, is berekend op tien dagdosissen. Een dagdosis is vastgesteld op basis van epidemiologische gegevens over gewoon gebruik Deze logica is hetzelfde voor alle illegale middelen. Voor cannabis gaat dit om ongeveer tien maal 2,5 gram gedroogde cannabis, tien maal 0.5 gram cannabishars en tien maal 0.25 gram cannabisolie (Lei N.° 30/2000, 2000; Portaria n.° 93/96, 1996). Andere middelen staan opgesomd in de tabel op de volgende pagina.

Om voor de commissie te kunnen verschijnen, is het belangrijk dat er bij de aanhouding geen tekenen van drughandel aanwezig zijn. De handel, productie en verkoop van illegale middelen is onwettelijk en strafbaar. Op de handel van illegale middelen staan celstraffen van 1-5 jaar of van 4-12 jaar, afhankelijk van specifieke criteria zoals de substantie waarin gehandeld werd (EMCDDA, 2019).

Een studie uit 2015 poogde de sociale kosten te berekenen van de National Strategy for the Fight Against Drugs (NSFAD), het Portugese beleidsmodel. De auteurs concludeerden dat er een significante vermindering plaatsvond in de sociale kosten van drugs sinds de introductie van NSFAD, voornamelijk door een vermindering van de indirecte gezondheidskosten ten gevolge van de vermindering van druggerelateerde overlijdens. Ook juridische kosten werden verminderd, evenals kosten gelieerd aan het lage inkomen en de verloren productie wegens het opsluiten van personen voor druggerelateerde misdrijven (Conçalves et al., 2015).

Plantas, substâncias ou preparações constantes das tabelas I a IV de consumo mais frequente	Tabela	Limite quantitativo máximo (1)
Heroína (diacetilmorfina)	I-A	(2) 0,1
Metadona	I-A	(2) 0,1
Morfina	I-A	0,2
Ópio (suco)	I-A	(3-b) 1
Cocaína (cloridrato)	I-B	(2) (4) 0,2
Cocaína (éster metílico de benzoilecgonina)	I-B	(2) (4) 0,03
Canabis (folhas e sumidades floridas ou frutificadas)	I-C	(3-c e d) 2,5
Canabis (resina)	I-C	(3-c e e) 0,5
Canabis (óleo)	I-C	(3-f) 0,25
Fenciclidina (PCP)	II-A	(3-a) 0,01
Lisergida (LSD)	II-A	50 µg
MDMA	II-A	(2) (3-g) 0,1
Anfetamina	II-B	0,1
Tetraidrocanabinol (A9TIIC)	II-B	0,05

TABEL 1: GEDECRIMINALISEERDE DAGDOSISSEN IN PORTUGAL (PORTARIA N.° 93/96, 1996)

Het Portugees model kampt eveneens met enkele uitdagingen. Zo kan iemand die voor de commissie verschijnt en haar aanbeveling weigert, alsnog een straf opgelegd krijgen. Dit kan voor sommige mensen dwangmatig aanvoelen. Ook de gekozen hoeveelheid van tien dagen voor een gebruikershoeveelheid voor illegale middelen is een arbitrair getal (Drug Policy Alliance, 2019).

2.3.3. Spanje: cannabis social clubs (CSC)

Spanje wordt gezien als de geboorteplaats van het *cannabis social club*-model. Persoonlijk gebruik van cannabis, thuisconsumptie en -productie worden niet bestraft, de verkoop ervan wel. Hierdoor is het mogelijk voor individuen om een cannabisplant te kweken in de private sfeer. Cannabis social clubs verenigen leden onder de redenering dat als het kweken van één plant per persoon wordt getolereerd, misschien ook het kweken van twintig planten tezamen voor twintig personen wordt getolereerd (EMCDDA, 2016). Er wordt voor elk lid één plant gekweekt en de totale opbrengst wordt verdeeld onder de leden. Het doel van de cannabis social clubs is om mensen van cannabis te voorzien, zonder dat ze daarvoor naar de illegale markt dienen te gaan (Arana, 2019). Sinds de jaren 1990 zijn er honderden social clubs opgericht in het land, waarvan het ledenbestand fluctueert van enkele personen tot duizenden leden.

Strafrechtelijk baseren de cannabis social clubs zich op een de jure decriminalisering van cannabis voor persoonlijk gebruik. Sinds de oprichting zijn er verschillende uitspraken geweest. In sommige gevallen werd er aan de social clubs een bestaansrecht gegeven, veelal op lokaal niveau. Enkele provinciale overheden, onder andere in Baskenland, Catalonië, San Sebastian en Tarragona, stelden wetgevingen op om de groei van cannabis social clubs te reguleren. In Baskenland werden CSC's gezien als een integraal onderdeel in de aanpak tegen verslaving in termen van gezondheidspromotie, preventie, vermindering van het aanbod, sociale inclusie, en meer (Arana, 2019). San Sebastian reguleerde waar CSC's mogen komen om zoveel mogelijk overlast te verminderen. De gemeente Tarragona geeft land aan de Asociación Barcelonesa Cannábica de Autoconsumo (ABCDA) om cannabisplanten te kweken voor hun leden. Daarnaast zijn er verschillende federaties van cannabis social clubs actief die pogen om richtlijnen uit te schrijven voor hun leden (ENCOD, 2020). Deze richtlijnen zijn op geen enkele manier afdwingbaar. Alle

bovenstaande lokale initiatieven werden door het Spaans hooggerechtshof verworpen. In 2015 bepaalt het hooggerechtshof via de Organic Law on the Protection of Public Safety (LOPSC) dat georganiseerde, geïnstitutionaliseerde en voortdurende cultivatie en distributie van cannabis in een associatie die zich openstelt voor nieuwe leden gelijkstaat aan drugshandel (Arana, 2019). Hierdoor bevonden CSC's zich in een grijze zone in de Spaanse wetgeving[8].

In de meerderheid van de CSC's wordt de productie van cannabis voorzien door leden van de club zelf op een centraal punt. Per lid van de club wordt één plant gekweekt. De opbrengst wordt na de oogst onder de leden verdeeld. Een maximum hoeveelheid wordt niet gespecifieerd maar wordt mede bepaald door het principe van één plant per lid. Een deel van de clubs koopt de cannabis voor haar leden op de zwarte markt (Jansseune et al., 2018; Pardal, Decorte, et al., 2020). Zij werden gecontacteerd door kwekers of contacteerden deze zelf[9]. Gezien CSC's officieel de status van vzw hebben, wordt er veelal een boekhouding met referenties over de productie en distributie bijgehouden.

Door hun status als vzw is het voor CSC's verboden om winst te boeken op hun activiteiten. Gezien de grijze zone waarin de clubs opereren, is het echter onmogelijk om dit te controleren. Bijgevolg is commercialisering één van de risico's verbonden aan het huidige *social club*-model. Ook het verbod op promotie dat door de federaties gevraagd wordt, blijkt moeilijk te handhaven in de praktijk. Over de potentie van de cannabis die gekweekt wordt in CSC's is weinig geweten. Over het algemeen stijgt de potentie van cannabis over heel Europa (EMCDDA, 2021a). Daarnaast geven CSC's aan dat ze aan kwaliteitscontrole willen doen voor hun productie, maar dat de illegale status dit bemoeilijkt (Jansseune et al., 2018).

Qua preventie zijn er verschillende elementen aanwezig in een cannabis social club. Er staan limieten op hoeveel cannabis een lid kan ontvangen. Deze limieten zijn dezelfde voor ieder lid van de club en afhankelijk van de hoeveelheid cannabis die geteeld wordt in een periode. Er is een ledenbestand beschikbaar. Hierdoor kan gecontroleerd worden of leden de minimumleeftijd (18 jaar) hebben. Leden dienen te bewijzen dat ze reeds cannabis gebruikten voor ze lid worden van de social club (hoe dit te bewijzen wordt niet vermeld). In de meeste clubs zijn ter plaatse ook flyers aanwezig met informatie over veiliger gebruik, over THC- en CBD-waarden indien deze gekend zijn, er is getraind personeel en er zijn consumptiebeperkingen ter plaatse (Belackova et al., 2016; Jansseune et al., 2018).

Het *cannabis social club*-model in Spanje heeft enkele uitgesproken uitdagingen. Door de afwezigheid van een legaal framework zijn er momenteel verschillende federaties van social clubs actief die elk andere criteria van lidmaatschap eisen voor hun leden. Het ontbreekt aan eenduidigheid in de regelgeving. Social clubs zijn momenteel niet verplicht om zich bij een federatie te vervoegen en hebben geen plicht om het eisenkader van de federaties te volgen. Er is een trend naar commercialisatie, zeker van CSC's die gelegen zijn in toeristische gebieden, waarbij het hoofddoel van de club verandert naar een winstmotief. Er wordt ook notitie genomen van het gebruik van promotoren om actief toeristen aan te trekken (Jansseune et al., 2018). Verder is het in het huidig wettelijk kader moeilijk voor cannabis social clubs om aan kwaliteitscontrole te doen voor hun productie. Er is ook angst voor diefstal en voor financiële moeilijkheden. Veel van deze uitdagingen hebben te maken met het illegale kader waarbinnen cannabis social clubs opereren, en er is vanuit de clubs een vraag naar een eenduidige wetgeving zodat zij deze uitdagingen te lijf kunnen gaan.

[8] Voor een dieper overzicht, zie Arana & Parés, 2020
[9] In hoeverre deze nog gezien kunnen worden als cannabis social clubs is nog niet onderzocht.

2.3.4. Nederland: het coffeeshopmodel

Nederland staat wereldwijd bekend voor het coffeeshopmodel. In dit model kunnen gebruikers van cannabis hun cannabis zowel kopen als nuttigen in daartoe bestemde locaties: de zogenaamde coffeeshops. In dit model blijven de productie en aanvoer van cannabis evenwel illegaal (EMCDDA, 2016), waardoor de zogenaamde legale 'voordeur' en illegale 'achterdeur' ontstaan. In 2018 startte de Nederlandse overheid met het Experiment Gesloten Coffeeshopketen (EGC) om deze discrepantie op te heffen. In dit experiment worden coffeeshops uit tien gemeenten bevoorraad door tien producenten die zijn uitgeloot door de overheid (de producenten schreven zich in voor een plek in het experiment). De geselecteerde coffeeshops mogen enkel cannabis ontvangen van de geselecteerde producenten en de producenten in kwestie mogen enkel produceren voor de shops in het experiment. Het experiment ondergaat een finale evaluatie in 2025 (Ministerie van Algemene Zaken, 2019).

Volgens de Nederlandse wet wordt persoonlijk gebruik van cannabis tot vijf gram niet strafbaar gesteld. Op basis van deze wettelijke regeling mag er in coffeeshops tot vijf gram cannabis gekocht worden. Dit model is ontstaan in 1979, toen er gemeentelijk toestemming werd gegeven om cannabis te verhandelen via de coffeeshops. De doelstellingen van de verkoop via shops waren (Decorte & Paoli, 2018):

- De markt voor softdrugs (cannabis) en harddrugs (andere illegale middelen) scheiden.
- De overlast en verstoring van de openbare orde zoveel mogelijk beperken en beheersbaar houden.
- De gezondheidsrisico's, met name voor jongeren, zoveel mogelijk beperken door middel van preventie en voorlichting.
- Stigmatisering en criminalisering van softdruggebruikers tegengaan.

Zoals reeds geschreven, is in het coffeeshopmodel de productie van cannabis nog steeds strafbaar. De kweek voor eigen gebruik wordt gedoogd. Hierdoor is er weinig controle op de actoren die cannabis telen voor gebruik in de coffeeshops en geleidelijk aan is dit overgenomen door criminele organisaties (Decorte & Paoli, 2018; Korf, 2020). Mede om het hoofd te bieden aan de criminele organisaties die de 'achterdeur' controleren, is de Nederlandse overheid begonnen met het Experiment Gesloten Coffeeshopketen.

Aan de 'voordeur' wordt het Nederlandse beleid gekenmerkt door het AHOJG-I principe (Korf, 2020):

- (A) Geen advertenties. Er mag geen enkele vorm van reclame, promotie of advertenties zijn, behalve een kleine referentie op de gevel van de shop zelf.
- (H) Geen harddrugs. Het is verboden om harddrugs te verkopen in de coffeeshops.
- (O) Geen overlast. Overlast dient actief vermeden te worden. Met overlast wordt onder andere bedoeld parkeerproblemen rond de coffeeshops, geluidsoverlast, afval of klanten die rondhangen voor of in de buurt van de shops.
- (J) Geen jongeren. De verkoop aan minderjarigen (-18-jaar) is verboden, evenals de toegang tot de shop.
- (G) Geen grote hoeveelheden. Er mag niet in grote hoeveelheden gehandeld worden. Het maximum per transactie per dag per coffeeshop is vijf gram per persoon, de hoeveelheid die geacht wordt voor persoonlijk gebruik. De verkoopstock van een coffeeshop is gelimiteerd op maximum 500 gram.
- (I) Ingezetenencriteria. De toegang tot de coffeeshops is enkel voor bewoners van Nederland.

De Nederlandse coffeeshops zijn commerciële entiteiten. Ze variëren in grootte van kleine shops tot gigantische organisaties met meerdere locaties. Ondanks een bepaalde mate van regulering, is er weinig controle op de potentie van cannabis die verkocht wordt in de shops. Eveneens is er weinig controle op de kwaliteit van de verkochte cannabis. Binnen de shops wordt er in beperkte mate aan preventie gedaan: er zijn flyers aanwezig en het personeel dient kennis van de verkochte middelen te hebben. Naast de federale wetgeving hebben gemeenten eveneens bevoegdheden om overlast tegen te gaan. Zij kunnen bijvoorbeeld aangepaste openingstijden vereisen of een grotere afstand tot scholen. Coffeeshophouders die niet aan alle voorwaarden voldoen kunnen gerechtelijk vervolgd worden en de coffeeshop kan (tijdelijk) gesloten worden door de burgemeester (Ministerie van Justitie en Veiligheid, 2013).

Het Nederlands coffeeshopmodel kampt met enkele uitdagingen (Decorte & Paoli, 2018):

1. Criminele organisaties hebben langzaam maar zeker de productie en toevoer van cannabis overgenomen. Steeds meer mensen worden betrokken in dit illegale circuit, van producenten tot huiseigenaars (om cannabis te kweken) tot straatdealers waardoor de onveiligheid groeit. Dit circuit sleurt voornamelijk reeds kwetsbare personen met zich mee.
2. Vanwege de stijgende vraag naar cannabis over heel Europa heeft Nederland te kampen met overlast omwille van drugtoerisme, zeker in de grensgemeenten tussen Nederland en België. Om deze problematiek tegen te gaan, voerde men in 2012 het ingezetenencriteria in, dat niet overal even strikt gehanteerd wordt.
3. Omwille van de illegale productie is het moeilijk om de kwaliteit en potentie van de cannabis goed te controleren.
4. Verder zijn sommige coffeeshops uitgegroeid tot enorme commerciële entiteiten met meerdere vestigingen.

Een manier waarop geprobeerd wordt om aan al deze uitdagingen het hoofd te bieden, is door het aantal coffeeshops terug te dringen. Waar er vroeger meer dan 1.000 coffeeshops bestonden, is dit aantal geslonken tot enkele honderden. De vraag naar cannabis blijft echter stabiel, waardoor er meer druk komt te liggen op de overblijvende shops.

2.3.5. Uruguay: gereguleerde productie en verkoop

Uruguay besloot in 2013 om cannabis te reguleren via federale wetgeving: Ley 19.172 (Ley N° 19172, 2014). Deze wetgeving regelt het bezit, de productie en de handel van cannabis in drie stadia: in 2013 werden de kweek en het bezit voor persoonlijk gebruik gelegaliseerd, een jaar later werd groen licht gegeven aan de cannabis social clubs (CSC), en in 2016 werd de eerste cannabis verkocht in de apotheken. Deze gefaseerde regulering zorgde ervoor dat er bij elke stap een evaluatiegemaakt kon worden[10]. Tegelijkertijd met de federale regulering van cannabis werd het nationaal cannabiscontroleorgaan opgericht, het IRCCA of Instituto de Regulacion y Control del Cannabis. Het IRCCA deelt de vergunningen uit voor de bevoorrading van cannabis en houdt een databank bij van gebruikers en leveranciers, het verricht wetenschappelijk onderzoek en doet aan gezondheidspromotie en voorlichting. Ten slotte is het verantwoordelijk voor de opvolging van geproduceerde cannabis van zaad tot aangekocht product (IRCCA, 2014).

De doelstelling van het beleid in Uruguay is gericht op het beschermen, bevorderen en verbeteren van de volksgezondheid (Regulation and control of cannabis markets. Law 19.172 & decrees, z.d.):

- Dit houdt in dat er informatie en educatie wordt verspreid en dat er actief aan preventie wordt gedaan.

[10] Informatie verkregen uit persoonlijke conversatie met Dr. Mafalda Pardal (UGent).

- Er is aandacht voor de behandeling, revalidatie en sociale integratie van gebruikers met een problematiek.
- Ten slotte poogt men de bevolking te beschermen tegen illegale drugshandel.

Het is interessant te vermelden dat de regering de legalisatie van cannabis nastreefde met deze doelstellingen in gedachten ondanks de tegenkanting van de bevolking. Hoewel dit traag maar gestaag verandert, was ten tijde van de wetswijziging in 2012-2013, 61-66% van de Uruguayanen tegen het voorstel voor legalisatie (Cerdá & Kilmer, 2017).

In Uruguay bestaan momenteel drie systemen van legale cannabis naast elkaar. Thuiskweek en -consumptie is legaal, men kan zich aansluiten bij een cannabis social club (met minimum 15 en maximum 45 leden) of men kan cannabis in de apotheek verkrijgen. In de apotheek is het mogelijk om maximum 10 gram per week te kopen of 40 gram per maand voor een totaal van 480 gram per jaar. Gebruikers dienen hun vingerafdruk te laten registeren bij het IRCCA zodat men anoniem in de database kan zien of de koper geregistreerd staat. Een persoon dient zich te registreren voor elke optie en kan slechts in één optie tegelijkertijd geregistreerd staan. Indien men wil overstappen naar een andere optie is er een vereiste wachtperiode van drie maanden om misbruik tegen te gaan. Om zich te kunnen registreren bij het IRCCA en legaal cannabis te verkrijgen dient een persoon inwoner van Uruguay te zijn.

In 2018 had slechts 14% van de cannabis gebruikende Uruguayanen zich ingeschreven in één van de drie legale systemen, met nog eens 2% die duidde dat ze dit in de toekomst zouden doen. Dit betekent dat 84% van de personen zich niet inschrijft (Junta Nacional de Drogas, 2019). Dit wil niet zeggen dat ze hun cannabis op de illegale markt kopen. Het is mogelijk dat ze zelf cannabis kweken of ontvangen van vrienden of familie die maandelijks meer mogen kopen, ontvangen in CSC of zelf kweken dan ze consumeren. Dit is de grijze markt die in opmars is sinds de regulering. Van de personen die via het legale systeem hun cannabis verkrijgen, deed 12,4% dit via de apothekers, 2,9% via zelfkweek en 0,9% via een cannabis social club. Aan de personen die nog niet geregistreerd stonden, werd gevraagd onder welk legaal systeem ze zich in de toekomst eventueel zouden registreren. Een meerderheid gaf aan dat ze zich dan zouden registreren voor thuiskweek (51,5%). Ongeveer één op de vier personen (23,5%) zou hun cannabis in een apotheek gaan halen en één op de tien (10,4%) zou zich aansluiten in een CSC.

Iedere producent van cannabis dient een licentie van het IRCCA te hebben. Dit geldt zowel voor de staatsgeselecteerde bedrijven die cannabis produceren voor de apothekers als voor de personen die thuis kweken of via een cannabis social club. Bij thuiskweek mag men maximum zes bloeiende planten hebben en maximum 460 gram per oogst. Een CSC mag maximum 99 planten kweken of twee per lid van de club en dient zich te houden aan een maximumoogst van 480 gram per persoon per jaar. Elke CSC mag slechts 1 hoofdkantoor hebben waar de volledige productie dient plaats te vinden. Zij moeten zich houden aan de normale voorwaarden voor vzw's in het land. Voor de bevoorrading van de apothekers zijn er vijf bedrijven door de overheid aangeduid om de cannabis te telen. Zij doen dit op de domeinen van het IRCCA. Alle overschotten in de productie worden door het IRCCA behandeld.

Er heerst een verbod op ongeoorloofde commercialisatie door bv. CSC's of apothekers. CSC's zijn gereguleerd via een vzw-model en het is voor hen verboden om winsten te maken. Reclame van elke soort is eveneens verboden en voor CSC's is het specifiek verboden om hun club te promoten. Bij de apothekers dienen alle verpakkingen neutraal te zijn met uniforme doseringen van vijf gram of 10 gram (zie figuur 3, onder).

Er is een strenge controle op de potentie van de cannabis die verkocht wordt in de apothekers. Het THC-gehalte dient gelijk aan of lager te zijn dan 9%, terwijl het CBD-gehalte hoger dan of gelijk aan 3% dient te zijn. Voor de CSC's en de thuiskweek worden geen specificaties gegeven, maar om een licentie te bekomen dienen algemene regels gehanteerd te worden. Er zijn kwaliteitscontroles op de productie van de cannabis die door de overheidsbedrijven geproduceerd wordt en er is een verbod op de chemische behandeling van planten. Ten slotte dient de prijs in de apothekers lager te liggen dan of minstens gelijk te zijn aan deze op de illegale markt, zodat mensen niet geneigd zijn om opnieuw hun cannabis in het illegale milieu te kopen (IRCCA, 2014).



FIGUUR 2: VERPLICHTE INFORMATIE OP CANNABISVERPAKKINGEN (BRON: IRCCA, HTTPS://WWW.IRCCA.GUB.UY/ADQUIRENTES/, GERAADPLEEGD OP 27/07/2022)

Het is verboden om gelijk welk gemotoriseerd voertuig te besturen onder de invloed van cannabis en het is verboden om cannabis te gebruiken in de openbare ruimte. Verder is cannabis verboden voor alle personen van minderjarige leeftijd (-18 jaar) of voor hen die wettelijk als onbekwaam worden gezien (IRCCA, 2014).

Qua preventie voorziet de wet in de oprichting van punten voor behandeling en voorlichting in steden met meer dan 10.000 inwoners. Er zijn verplichte curricula "problematic drug use prevention" op school, er worden publieke informatiecampagnes opgezet en de overheid stelt

handleidingen ter beschikking voor alle modaliteiten. De onderwerpen van de handleidingen zijn ‘hoe zo veilig mogelijk aan thuiskweek te doen’ of ‘hoe een eigen cannabis social club op te richten’ (IRCCA, 2014).

Het Uruguayaanse model kampt met enkele uitdagingen. De verkoop van cannabis door apotheken wordt bekritiseerd door de Asocacion de Quimica y Farmacia del Uruguay (AQFU, Uruguayaanse Associatie voor Apothekers). Volgens de AQFU zouden mensen hierdoor cannabis gaan associëren met gezondheid en geneesmiddelen. Dit zou in de publieke perceptie het bewustzijn omtrent de risico’s en schade ten gevolge van het gebruik van cannabis verminderen (Wang, 2014). Daarnaast zijn mensen onbereid om zich te laten registreren. In 2018 was slechts 14% van de personen die aangaven het afgelopen jaar cannabis te hebben gebruikt ook geregistreerd in één van de drie legale systemen (Junta Nacional de Drogas, 2019). Er is de vrees dat dit controlesysteem misbruikt zal worden, wanneer er een regering aan de macht komt die opnieuw hard zal optreden tegen gebruikers van cannabis. Er zijn ook uitdagingen omtrent het besturen van voertuigen onder intoxicatie van cannabis. Ten slotte ontstaat er een grijze markt van cannabis doordat thuiskwekers bijvoorbeeld meer produceren dan ze consumeren, of kopers meer kopen dan zij zelf verbruiken, en de overschotten schenken aan vrienden en familie. Deze giften bevinden zich in een legale grijze zone (Baudean, 2018).

2.3.6. Canada: een nationaal beleid met vrijheden voor de provincies

In Canada is het sinds 2018 legaal om cannabis te produceren, verhandelen en kopen voor consumptie. Canada voert een nationaal beleid met een focus op gezondheidsaspecten en speciale aandacht voor de jeugd. Federaal wordt er een strikt kader gecreëerd om de productie, distributie, verkoop en het bezit van cannabis in heel Canada te controleren. Tegelijkertijd zijn de provincies zelf verantwoordelijk om de verkoop van cannabis en haar afgeleiden te organiseren en om hun eigen regels te bepalen inzake minimumleeftijd, hoeveelheden voor verkoop, en andere (Obradovic, 2018). Federaal zijn thuiskweek en -consumptie legaal tot en met 30 gram. Voor andere cannabisvormen dan wiet zijn equivalenten van deze hoeveelheid opgemaakt. Afhankelijk van de provincie kan cannabis gekocht worden in private fysieke winkels, overheidswinkels, online bij private ondernemingen of online bij de overheid. Deze wetgeving wordt vormgegeven binnen de cannabis act van 2018 (Cannabis Act, 2020). De act laat de mogelijkheid open voor provincies om hun eigen elementen toe te voegen aan de federale wetgeving op basis van de specifieke vereisten. Ten slotte is er ook de retroactieve verwijdering van cannabismisdrijven uit het strafblad van gebruikers die reeds zijn aangeklaagd.

De legalisering van recreatief gebruik van cannabis in Canada is in wezen een poging van de Canadese regering om de controle te herwinnen op de medicinale cannabismarkt. Deze kwam in grote mate ten goede aan de recreatieve gebruikers en voedde een grijze markt buiten de greep van de regering om. Health Canada schat dat 90% van de aankopen van medicinale cannabis gedaan werd door recreatieve gebruikers (S. C. Government of Canada, 2018) Dit was mogelijk omdat de toegang tot medicinale cannabis voorzien werd met een “aanbeveling” in plaats van een doktersvoorschrift. Het was gemakkelijk voor meerderjarige gebruikers om deze aanbeveling te verkrijgen. Vanuit dit oogpunt is een legalisering van de gehele cannabismarkt een poging om de verwarring en doorsluizing van de medicinale markt op te lossen (Fischer et al., 2020; Obradovic, 2018).

De doelstellingen van het Canadese beleid voor legale recreatieve cannabis zijn (Task Force on Cannabis Legalization and Regulation, 2016):

- Publieke gezondheid en welzijn.

- Cannabis uit de handen van de jeugd houden.
- De opbrengsten uit de handen van criminelen weghalen.
- Het verminderen van de georganiseerde misdaad door zware straffen op overtredingen van de regelgeving.

In termen van productie wordt er een onderscheid gemaakt tussen productie voor persoonlijk gebruik en productie om de shops te bevoorraden. Voor persoonlijk gebruik stelt de wetgeving dat personen tot vier vrouwelijke planten per huishouden mogen kweken. Ook het maken van cannabisvoedingsproducten is toegestaan, met een verbod op het maken van extracten. De productie van cannabis voor de commerciële markt wordt voorzien door bedrijven die een vergunning dienen aan te vragen bij de overheid. Er zijn bepaalde restricties op wie een vergunning kan aanvragen – meerderjarig zijn en geen strafblad hebben bijvoorbeeld – maar daarnaast kan iedereen de procedure opstarten. De productie wordt aan strenge regels onderworpen:

- Sanitaire voorzieningen in de kweekruimtes.
- Ethische standaarden voor de producenten.
- Het rapporteren van diefstal en verlies van cannabis.
- Strenge voorwaarden op het gebruik van pesticiden.
- Inspecties.
- Rapportage van slechte reacties op geproduceerde cannabis.
- Een opvolgsysteem voor de cannabis. Elk individueel zaadje wordt gemarkeerd en opgevolgd tijdens de groei, oogst, transport naar een verkooppunt tot en met de verkoop aan een consument. Dit gebeurd om omleiding naar illegale kanalen tegen te gaan.

Er zijn twee soorten verkooppunten van cannabis. De eerste soort zijn de winkels uitgebaat door de Canadese overheid. Deze kunnen zowel online als fysiek zijn. De tweede soort zijn winkels van private eigenaars met vergunning, die ook zowel online als fysiek kunnen bestaan. De provincies hebben autonomie om te beslissen welke winkels ze toelaten. Sommige provincies kiezen ervoor om enkel onlinewinkels te hebben om het aantal cannabisshops in het straatbeeld tot een minimum te beperken. Dit is niet gek, gezien een studie die toont dat proximiteit een invloed heeft op de beginleeftijd van cannabisgebruikers. Zij die dichter bij een shop woonden, begonnen volgens deze studie vroeger met het gebruik van cannabis (Palali & van Ours, 2015). Andere provincies kiezen voor een mix van overheidswinkels en private winkels, zowel online als fysiek[11]. Daarnaast is er een systeem van belastingen die terug in de gemeenschap gestoken worden (Government of Canada, 2020). De cannabis die wordt verkocht heeft een maximum toegelaten THC-waarde voor verschillende soorten producten. De tabel op de volgende pagina toont de verschillende waarden voor de verschillende producten.

Promotie van cannabis is toegelaten onder bepaalde voorwaarden. Promotie door producenten is verboden, promotie door verkooppunten is toegelaten onder voorwaarden en enkel als de jeugd dit niet kan zien. Verpakking en labels mogen niet aantrekkelijk zijn voor jongeren. Alle verpakkingen dienen voorzien te zijn van gestandaardiseerde waarschuwingen[12] en een label (zie

[11] Alle verschillen tussen de provincies zijn te vinden op https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-medication/cannabis/laws-regulations/provinces-territories.html (geraadpleegd op 10/08/2021).

[12] Voor alle gestandaardiseerde waarschuwingen, zie https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-medication/cannabis/laws-regulations/regulations-support-cannabis-act/health-warning-messages.html (geraadpleegd op 10/08/2021).

figuur 3). Verder is er ook een verbod op de verkoop van cannabis in zelfbedieningsmachines en op promotionele acties.

Sinds 17 oktober 2019 is het eveneens legaal om eetbare en drinkbare cannabisproducten (of *edibles*), cannabisextracten en topische cannabisproducten (die men op de huid dient te smeren) te verkopen in Canada. Dit kwam er een jaar na de legalisering van wiet voor recreatief gebruik. De vertraging was het gevolg van een aanbeveling die het begeleidend comité voor de legalisering van cannabis deed aan de Canadese overheid. Zij adviseerden om de beleidsverandering rond eetbare cannabisproducten pas in een later stadium te voltrekken, zodat de Canadese overheid eerst een controle op de naleving van de regelgeving rond legale rookbare cannabis kon verzekeren (Health Canada, 2021a). Naast de normale verpakkingsregels zijn er extra richtlijnen van de overheid die stellen dat deze producten niet aantrekkelijk mogen zijn voor jongeren. Ze dienen ook maximum 10 mg THC per eetbaar product te bevatten. Deze verpakkingen bevatten volgende extra waarschuwing: “Het kan tot 4 uur duren voor de volledige effecten van het eten of drinken van cannabis zich voelbaar maken” (EMCDDA, 2020c; P. W. and G. S. C. Government of Canada, 2019).

Vorm	Beschrijving	THC waarde
Vers of gedroogd plantenmateriaal	Bloemen of bladeren van de cannabisplant.	Tot 30%
Cannabisolie	Cannabisextract opgelost in olie. Kan worden gebruikt om andere vormen te maken (bijvoorbeeld edibles).	Tot 3%
Chemisch geconcentreerde extracten (bijvoorbeeld, hasholie/wax/shatter/budder)	Hooggeconcentreerd cannabisextract opgelost in een oplosmiddel op petroleumbasis (bijvoorbeeld butaan). Shatter, budder en wax zijn het sterkst geconcentreerd.	Tot 90%
Fysiek geconcentreerde extracten (Bijvoorbeeld hash/kief)	Losse trichomen of geperste hars van de cannabisplant.	Tot 60%
Eetbare producten (edibles)	Voedingsmiddelen en dranken die cannabisextracten bevatten.	Afhankelijk van hoeveelheid toegevoegd extract
Tincturen/verstuivingen	Cannabisextract opgelost in een oplosmiddel, vaak alcohol. Kan worden gebruikt om andere producten te maken (bijvoorbeeld edibles).	Variabel
Crèmes/zalven/kruiden	Preparaat van cannabisextract, bereid met alcohol, olie of was en op de huid aangebracht.	Variabel

TABEL 2: BELANGRIJKSTE CANNABISPRODUCTEN EN HUN THC-WAARDEN (BRON: HEALTH CANADA, 2018A, EIGEN VERTALING)

Appendix A: A cannabis product that meets the packaging and labelling requirements

An example of edible cannabis in discrete units

1. The standardized cannabis symbol
2. The brand name of the cannabis product
3. THC and CBD content
4. Health warning message
5. Other brand element
6. Other required information about the cannabis product
7. Non-required information about the cannabis product
8. Nutrition facts table
9. List of ingredients
10. Bar code



FIGUUR 13: GEAUTORISEERDE CANNABISVERPAKKING (BRON: HEALTH CANADA)

Daarnaast is de verkoop verboden voor minderjarigen, hoewel de provincies zelf beslissen of dit dan 18 jaar, 19 jaar of 21 jaar betekent. Het is eveneens verboden motorvoertuigen te besturen

onder de invloed van cannabis. Er worden enkel gestandaardiseerde dosissen verkocht met standaard THC-waarden. Er is controle op de kwaliteit van de cannabis die verkocht wordt en er is een verbod op het gebruik van bepaalde ingrediënten. Rond de prijs van cannabis is er weinig geweten (Government of Canada, 2020). Verder is er een budget van 46 miljoen over vijf jaar vrijgemaakt voor cannabisbewustwording en -preventie (zonder vermelding wat dit inhoudt).

Zoals eerder gezegd hebben de provincies autonomie om bepaalde veranderingen aan te brengen:

- Zij kunnen de minimumleeftijd verhogen (maar nooit verlagen).
- Zij kunnen de limiet voor persoonlijk gebruik verlagen.
- Zij kunnen extra regels voor thuiskweek invoeren.
- Zij kunnen restricties opleggen over waar cannabis gebruikt mag worden.

Het Canadese model kampt met enkele uitdagingen. Er is een toename van personen die rijden onder de invloed van cannabis. Verder is er een verspreiding van illegale smokebars, waar het toegelaten wordt om binnen te roken.

2.3.7. Verenigde Staten: een commercieel model

In 2012 legaliseerden twee staten – Colorado en Washington state – als eersten de productie, handel en het bezit van cannabis voor recreatief gebruik. In de staten waar cannabis legaal is, is er een commercieel model van cannabisproductie en handel, gekoppeld met een legale thuiskweek en -consumptie (het gebied dat hiervan afwijkt, is de stad Washington DC, waar enkel thuiskweek en -consumptie legaal zijn). Deze beslissing kwam er door succesvolle volksreferenda, waarbij een meerderheid van de inwoners stemde voor de legalisering. Sinds 2012 volgden meerdere staten

hun voorbeeld en in augustus 2021 hebben meer dan 20 territoria cannabis gelegaliseerd[13]. De meerderheid van de staten legaliseerden eveneens via volksreferenda, met uitzondering van Vermont. Dit is een belangrijk onderdeel van het legaliseringsproces in de VS omwille van de mate waarin de overheid rekening dient te houden met deze referenda. Burgerreferenda worden ingediend met bepaalde elementen in het voorstel. Als het referendum wordt goedgekeurd, worden deze elementen mee goedgekeurd. Het is vervolgens zeer moeilijk om hier wijzigingen op toe te passen, omdat een referendum gezien wordt als een uiting van de wil van het volk[14]. Dit betekent dat de overheden van de verschillende staten slechts moeilijk aanpassingen kunnen maken aan de reguleringen die goedgekeurd zijn via referenda, een belangrijk aspect van de legalisering van cannabis in de meerderheid van de Amerikaanse staten.

In het cannabisdebat zijn de Verenigde Staten niet verenigd. Ondanks dat meerdere staten een legaal cannabisbeleid voeren, blijft cannabis illegaal op het federale niveau. Door het hoge aantal staten dat cannabis reeds gelegaliseerd heeft, de ongelofelijke snelheid waarmee nieuwe staten legaliseren en de afwezigheid van een federaal overkoepelend cannabisbeleid, is elke staat vrij om eigen regels te stellen voor het beleid. Hierdoor ontstaan er verschillen tussen staten. Al deze verschillen opnoemen ligt buiten het bereik van dit rapport. Omdat Colorado en Washington als eerste staten cannabis hebben gelegaliseerd, zal hun beleid als basis genomen voor de beleidselementen van de VS, gezien zij grotendeels als voorbeeld dienden voor de andere staten.

De doelstellingen van de gebieden die cannabis legaliseerden in de VS benadrukken minder de volksgezondheid en het welzijn en meer de individuele rechten van de personen die cannabis gebruiken . De doelstellingen zijn:

- Uitwissen van cannabisovertredingen, zowel proactief als retroactief.
- Mensen uit de gevangenis houden voor het gebruik van cannabis.
- Inkomsten verkrijgen uit belastingen.

De productie van cannabis voor de cannabiswinkels wordt gereguleerd via een systeem van vergunningen voor zowel producenten, testfaciliteiten als verkopers. Sommige staten laten een verticale structuur toe, dit wil zeggen dat producent, testfaciliteit en/of verkoper een en dezelfde entiteit kunnen zijn. Andere staten verbieden dit. Sommige staten beperken het aantal vergunningen voor producenten of beperken de productieoppervlakte, in andere staten staan hier geen beperkingen op. Er is een monitoringsysteem dat de cannabis opvolgt van zaadje tot verkoop, met documentatie over alle transacties, de productie, eventuele vernietigingen, etc. Thuiskweek en -consumptie zijn ook legaal, met limieten op het aantal planten en op de hoeveelheid die men mag bezitten: maximum 12 planten per huishouden en 28 gram (één ounce) per persoon. De

[13] De staten met legale cannabis voor recreatieve doeleinden zijn Alaska (2015), Arizona (2020), Californië (2016), Colorado (2012), Connecticut (2021), Illinois (2020), Maine (2016), Massachusetts (2016), Michigan (2018), Montana (2021), Nevada (2016), New Jersey (2021), New Mexico (2021), New York (2021), Oregon (2014), Vermont (2018), Virginia (2021) en Washington staat (2012). De stad Washington D.C. stemde in 2014 ook om cannabis voor persoonlijk gebruik te legaliseren. Hiernaast zijn er drie gebieden van de Verenigde staten die ook cannabis hebben gelegaliseerd: Guam (2019) en de Noordelijke Marianen (2018). Ten slotte hebben ook vier van de Tribal Nations, i.e. de Flandreau Santee Sioux Tribe, de Oglala Lakota Sioux Tribe, de Suquamish tribe en de Squaxin Island Tribe – die niet onderhevig zijn aan federale wetgeving maar aan hun eigen interne wetgeving – een legale cannabiswetgeving gestemd die voor elke Tribe licht varieert.

[14] Informatie verkregen via persoonlijke correspondentie met Beau Kilmer, directeur RAND Drug Policy Research Center.

productie van cannabis mag enkel gebeuren op plaatsen waar het door anderen niet gezien kan worden (Decorte & Paoli, 2018; State of Colorado, 2019).

Cannabisproducenten en -verkopers zijn commerciële entiteiten in de Verenigde Staten, en zij hebben een motivatie om winst te maken door de verkoop van cannabisproducten. Dit wordt tevens toegelaten door de wetgeving van de gebieden die gelegaliseerd hebben. Verschillende staten hebben verschillende taxatiemodellen ingevoerd. Sommige staten voorzien via deze belastingen in het budget van verschillende openbare diensten. Dit kan een ongewild negatief effect hebben, waarbij de staat zelf hoopt op zoveel mogelijk verkochte cannabis om deze budgetten te spijzen.

Promotie van cannabis is in de VS toegestaan. De Verenigde Staten hebben een grote bescherming op het recht voor bedrijven om reclame te maken, dat verankerd is in het recht op vrijemeningsuiting. Hierdoor is het moeilijk om producenten en handelaars reclameverboden op te leggen. Net zoals bij tabak en alcohol zullen dit eerder afspraken zijn die de cannabisindustrie sluit met wetgevers. Daarnaast zijn er wel voorwaarden voor de etikettering van de cannabisverpakkingen. Verpakkingen dienen neutraal te zijn en informatie over het product te bevatten. Sommige staten expliciteren dat verpakkingen niet mogen lijken op producten die voor kinderen bestemd zijn, zoals snoepgoed of speelgoed (zie figuur 4). Er dient eveneens duidelijke informatie over de THC- en CBD-gehaltes op de verpakkingen te staan (zie figuur 5). Sommige staten vereisen eveneens verpakkingen die moeilijk door kinderen opengemaakt kunnen worden[15].

De potentie van rookbare cannabis wordt niet door regelgeving bewaakt. Er is verder een soepelere regelgeving in verband met cannabisproducten van hoge potentie, zoals eetwaren, oliën, en wax. Er wordt een limiet gehanteerd van 10 mg THC per eetbaar product en een maximum van 100 mg THC voor een pakket van eetbare producten. De kwaliteit van de cannabis wordt gecontroleerd en de cannabis die bestemd is voor verkoop dient getest te worden. Over de prijs van cannabis is er weinig geweten.

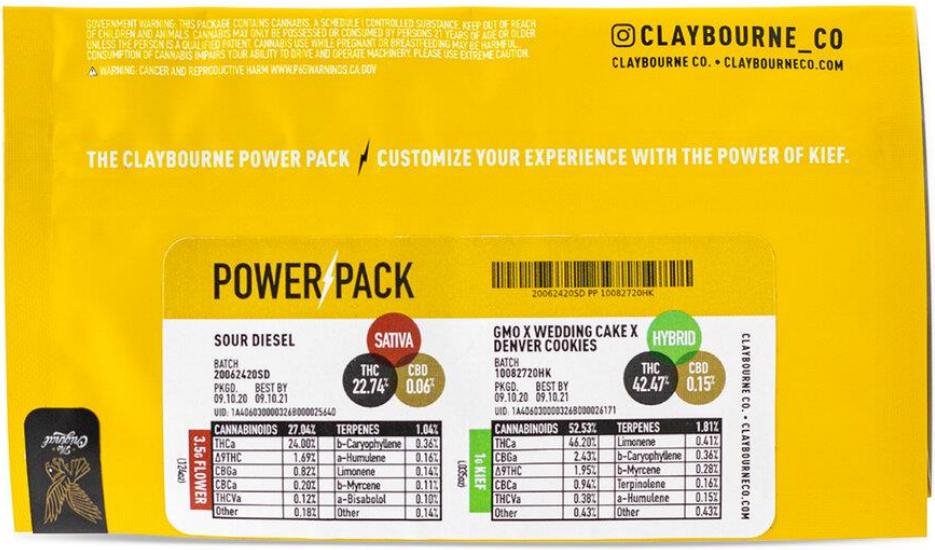
Er gaat geen extra aandacht naar preventie en het welzijn van de bevolking. Preventieve maatregelen zijn vooral gericht op verboden voor minderjarigen (-21 jaar in de VS) om cannabis te kopen. Minderjarigen die betrapt worden met cannabis dienen een voorlichtingscursus over illegale middelen te volgen, zullen begeleiding krijgen of dienen gemeenschapsdienst te doen. Er is geen manier om te vermijden dat toegelaten personen meerdere winkels bezoeken om steeds meer cannabis als voorraad in te slaan, door te verkopen of te schenken.

Het commercieel model in de Verenigde Staten heeft een aantal uitdagingen. In de Verenigde Staten is de wetgeving, vergeleken met Canada en met Uruguay, op verschillende vlakken reeds veel soepeler. Dit bemoeilijkt eventuele verstrengingen die dienen te gebeuren in functie van de volksgezondheid en het algemeen welzijn (zoals reeds gezien bij tabak en alcohol). Een andere uitdaging is de opkomst van een lobbykring voor cannabisproducenten en verkopers (National Cannabis Industry Association, 2021). Verder is cannabis federaal nog steeds illegaal. Dit voorkomt dat er federale maatregelen kunnen worden ingevoerd. Ten slotte zijn er ook bezorgdheden rond drugtoerisme naar staten die gelegaliseerd hebben, maar er is een verwachting dat deze problematiek verdwijnt als meer en meer staten legaliseren.

[15] Voor een volledige lijst van alle staten en hun vereisten voor verpakking, zie https://www.medicmarijuanaproducts.com/marijuana-packaging-laws/ (geraadpleegd op 11/08/2021).



FIGUUR 4: MET CANNABIS GEÏNFUSEERDE SNOEPJES (BRON: ELSA OLOFSSON VIA UNSPLASH)



FIGUUR 5: WAARSCHUWING OP CANNABISVERPAKKING (BRON: HTTPS://WWW.CLAYBOURNECO.COM/POWERLINE, 2021; © CLAYBOURNE)

2.4. Matrix van beleidsmodellen en hun elementen in de praktijk

	België	Portugal	Spanje	Nederland	Uruguay	Canada	Verenigde Staten
Beleidsmodel	• De facto depenalisering van cannabis voor persoonlijk gebruik	• De jure decriminalisering van alle middelen voor persoonlijk gebruik	• Cannabis Social Clubs (CSC's) • Thuiskweek	• Coffeeshopmodel met legale verkoop en illegale productie	• Strenge overheidsregulatie • Cannabis Social Clubs (CSC) • Thuiskweek	• Commerciële regulatie met bepaalde overheidscontrole	• Commerciële regulatie naar voorbeeld van alcohol en tabak
Tijdslijn	• 1921: federale drugswet • 2001: federale drugsnota • 2003: hervorming drugswet: cannabis voor persoonlijk gebruik gedepenaliseerd	• 1999: National Strategy for the Fight against Drugs • 2001: verankering National Strategy	• 1983: Nationale Strategie voor Drugs (decriminalisering persoonlijk gebruik) • 1995: collectieve consumptie cannabis geen misdaad volgens hooggerechtshof • Eind 1990: oprichting eerste CSC • Verschillende Spaanse provincies reguleren CSC's • 2015: hooggerechtshof annuleert lokale regulering	• 1976: onderscheid softdrugs en harddrugs in de Opiumwet • 1979: gemeentelijke toestemming om cannabis te verhandelen via coffeeshops • 2018-2025: Experiment Gesloten Coffeeshopketen	• 2013: legalisatie cannabis • 2014: persoonlijke kweek en CSC's • 2016: verkoop via apotheken	• 2001: legalisatie cannabis voor medische doeleinden • 2018: legalisatie cannabis voor recreatieve doeleinden • 2019: uitbreiding beschikbare cannabisproducten voor verkoop (eetbare producten, extracten, etc.)	• 1996: Californië is de 1e staat die cannabis legaliseert voor medische doeleinden • 2012: Colorado en Washington legaliseren cannabis voor recreatieve doeleinden • 2014: legalisatie treedt in werking, meerdere staten volgen • 2021: cannabis voor recreatieve doeleinden gelegaliseerd in 18 staten en gedecriminaliseerd in 13 staten.
Advertenties	• Geen marketing wegens illegale status van cannabis • Geen zicht op clandestiene marketing door dealers • Lage zichtbaarheid van cannabis in de samenleving	• Geen marketing wegens illegale status van cannabis • Geen zicht op clandestiene marketing door dealers • Lage zichtbaarheid van cannabis in de samenleving	• Veel CSC's verbieden reclame op hun gebied, maar zonder nationale wetgeving verschilt dit per club	• Het is verboden voor coffeeshops om reclame te maken	• Algemeen verbod op reclame van elke soort, voor zowel de apothekers als de CSC's	• Reclame door producenten is verboden • Reclame door verkooppunten is toegelaten onder strenge voorwaarden, en alleen als en waar jongeren dit niet kunnen zien • Promoties zijn verboden	• Er zijn restricties maar geen verbod op reclame en promoties
Belastingen	• Geen opbrengst wegens illegale status	• Geen opbrengst wegens illegale status	• Geen opbrengst wegens illegale status	• De verkoop van cannabis wordt niet belast, de winst van een coffeeshop wel	• Belastingen op de verkoop van cannabis financieren het IRCCA en worden daarnaast gebruikt voor preventiecampagnes rond cannabis	• Belastingen vloeien terug naar gemeenschapsinvesteringen	• Belastingen vloeien terug naar gemeenschapsinvesteringen

Beschikbaarheid	• Via illegale markt • Grijze markt van de CSC's	• Via illegale markt	• Via illegale markt • Grijze markt van circa 100 CSC's (geschat aantal)	• Eind 2020: 564 coffeeshops verspreid over 102 gemeenten	• 186 CSC's (2021) • 18 apothekers (2021)	• 2412 winkels (augustus 2021)	• 7490 winkels (januari 2020)
Consumptie in de publieke ruimte	• Consumptie in de publieke ruimte is niet toegestaan	• Consumptie in de publieke ruimte is niet toegestaan	• Consumptie in de publieke ruimte is niet toegestaan	• Consumptie in de publieke ruimte is niet toegestaan	• Consumptie in de publieke ruimte is niet toegestaan	• Consumptie in de publieke ruimte is toegestaan waar het roken van tabak is toegestaan • Sommige provincies verbieden consumptie in de publieke ruimte	• Consumptie in de publieke ruimte is niet toegestaan
Consumptie ter plaatse	• Er is geen consumptie ter plaatse wegens geen legale verkooppunten	• Er is geen consumptie ter plaatse wegens geen legale verkooppunten	• Consumptie ter plaatse is toegelaten of verboden afhankelijk van de CSC in kwestie • Sommige CSC's stellen zich op als coffeeshops en trekken zo ook toeristen aan	• Consumptie in de coffeeshop is toegelaten • Er gelden regels rond het gebruik van tabak • Alcohol en andere drugs zijn verboden	• Consumptie ter plaatse is niet toegestaan	• Consumptie ter plaatse is niet toegestaan	• Consumptie ter plaatse is niet toegestaan
Hoeveelheid voor bezit	• Een hoeveelheid tot 3 gram wordt gedoogd • 1 plant persoon wordt gedoogd	• De hoeveelheid die nodig is voor een gebruiksperiode van 10 dagen wordt gedoogd • Cannabisbloemen: 25 gram • Cannabishars: 5 gram • Cannabisolie: 2,5 gram	• De gedoogde hoeveelheid is de hoeveelheid die nodig is voor een gebruiksperiode van 50 dagen • Cannabisbloemen: 100 gram	• Een hoeveelheid van 5 gram per persoon wordt gedoogd	• Een hoeveelheid tot 10 gram per persoon is legaal	• Een hoeveelheid tot 30 gram per persoon is legaal	• Een hoeveelheid tot 28 per persoon gram is legaal
Integratie van productie, test en verkoop	• Geen integratie	• Geen integratie	• In de meeste CSC's wordt zowel cannabis geproduceerd als uitgedeeld aan de leden van de club • Sommige CSC's functioneren enkel als verdeelpunt voor hun leden en kopen hun cannabis op de illegale markt	• Volledig ontbreken van integratie, zelfs op juridisch vlak • Verkoop wordt gedoogd in coffeeshops, productie is in handen van de illegale markt • In het EGC wordt cannabis geproduceerd door 10 geselecteerde telers die leveren aan deelnemende coffeeshops	• Productie en distributie worden gescheiden voor de apothekers • De CSC's hebben 1 geïntegreerde locatie voor productie en distributie	• Productie, testen en distributie zijn gescheiden	• Productie, testen en distributie kunnen geïntegreerd zijn, of ze kunnen gescheiden zijn.

Inwonerscriteria	• Geen inwonerscriteria	• Geen inwonerscriteria	• CSC's zijn bestemd voor leden • In sommige CSC's worden toeristen toegelaten	• Ja: enkel Nederlanders mogen een coffeeshop betreden • In de praktijk wordt dit zelden gecontroleerd	• Er is een inwonerscriterium dat streng wordt gehanteerd	• Geen inwonerscriteria	• Geen inwonerscriteria
Minimumleeftijd	• Geen minimumleeftijd	• Geen minimumleeftijd	• 18 jaar (lidmaatschap)	• 18 jaar	• 18 jaar	• De minimumleeftijd verschilt per provincie en bedraagt 18 jaar, 19 jaar of 21 jaar	• 21 jaar
Potentie	• Geen restricties op potentie	• Geen restricties op potentie	• Geen restricties op potentie	• Geen restricties op potentie	Cannabis dient specifieke THC- en CBD-waarden te hebben: maximum of minder dan 9% THC; minimum of hoger dan 3% CBD	• Maximum limieten op potentie van specifieke cannabisproducten (zie tabel 2, pag. 30)	• Geen limiet op de potentie van cannabisproducten
Preparaties / variaties	• Geen restricties op verschillende vormen van cannabispreparaties	• Geen restricties op verschillende vormen van cannabispreparaties	• Er zijn geen restricties op cannabispreparaties • In de meeste CSC's kan je zowel gedroogde cannabisbloemen als hasj kopen	• Er zijn verschillende cannabispreparaties te koop • Er zijn weinig restricties op de preparaties die te koop worden aangeboden	• Momenteel is het enkel mogelijk om gedroogde cannabisbloemen te verkrijgen	• Canada heeft een gefaseerde uitrol voor verschillende cannabisproducten, eetbare producten, extracten en lotions zijn pas later geïntroduceerd met specifieke regels	• Er is een grote variëteit van cannabisproducten
Preventie	• Geen specifiek Belgische preventiecampagne rond cannabis • VAD ontwikkelde enkele specifieke campagnes, en stelt eveneens materialen met productinfo en risicobeperkende tips ter beschikking	• Voor alle illegale middelen is er een ontradingscommissie die gebruikers naar workshops rond producten kan sturen • Geen specifieke preventiecampagnes rond cannabis	• Flyers met productinformatie ter plaatse • Getraind personeel • Consumptiebeperking ter plaatse	• Flyers aanwezig • Kennis van verkochte producten door het personeel (coffeeshopcursus)	• Punten voor behandeling en voorlichting in steden met meer dan 10.000 inwoners • Verplichte curricula 'problematic drug use prevention' op school • Publieke informatie campagnes • Handleidingen voor thuiskweek en oprichting CSC's	• Budget van 46 miljoen Canadese dollar over 5 jaar voor bewustwording en preventie (niet duidelijk hoe dit besteed zal worden) • Ontwikkeling van Lower-Risk Cannabis Use Guidelines (Fischer et al., 2017), een voorlichtings- en preventietool voor gebruikers en professionals	• Belastingen op verkoop van cannabis vloeien terug naar de gemeenschap, maar er wordt niet gespecifieerd of dit voor preventie is.

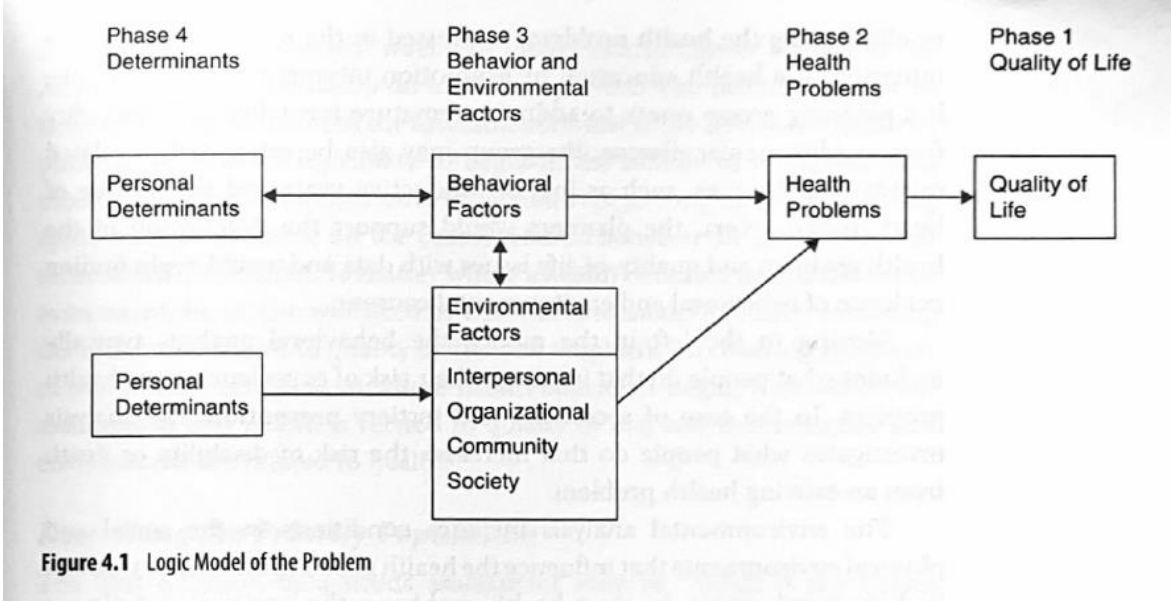
Prijs	• De prijs wordt bepaald door de zwarte markt	• De prijs wordt bepaald door de zwarte markt	• Het merendeel van de CSC's vraagt een jaarlijkse bijdrage voor werkingskosten in plaats van een prijs per gram	• De prijzen worden bepaald op basis van wat coffeeshops betalen voor hun cannabis	• Leden van een CSC betalen niet voor hun cannabis, wel voor de werkingskosten • In apotheken dient de prijs gelijk aan of lager te zijn dan op de illegale markt	• De prijs wordt bepaald door de markt • Het duurde een tijd tot de prijzen gedaald waren tot een niveau vergelijkbaar met de illegale markt	• De prijs wordt bepaald door de markt
Productie	• Het is illegaal om cannabis te produceren	• Het is illegaal om cannabis te produceren	• Voor CSC's wordt de productie gelimiteerd door een limiet op het aantal planten per lid van de club • Er wordt gepoogd een hoeveelheid te produceren die overeenkomt met het gebruik	• De productie is in handen van het criminele milieu • In het EGC zijn er 10 telers door de overheid uitgekozen om cannabis te telen • In het EGC is een track-and-tracesysteem verplicht	• CSC's mogen tot 99 planten op hun gebied telen (2 per lid) of tot max. 460 gram per persoon per jaar • Om de apothekers te bevoorraden zijn er 5 erkende bedrijven aangeduid door de overheid	• Producenten van cannabis dienen een licentie aan te vragen en aan voorwaarden te voldoen, bepaald door de overheid • Monitorsysteem van zaad tot verkoop om illegale distributie tegen te gaan	• Producenten en testfaciliteiten dienen een vergunning aan te vragen • Monitorsysteem van zaad tot verkoop om illegale distributie tegen te gaan
Registratie	• Er is geen systeem van registraties	• Er is geen systeem van registraties	• Personen dienen zich lid te maken van de CSC	• Er is geen systeem van registraties (dit werd afgeschaft na aanhoudende kritiek)	• Registratie is verplicht voor iedere consument, in elk van de drie systemen • Een registratie is geldig voor 3 jaar • Als een gebruiker wilt overstappen van één systeem naar een ander is er een wachtperiode van 3 maanden	• Registratie van leeftijd, adres en e-mail is vereist voor online aankopen. • Geen registratie vereist voor offline aankopen	• Consumenten dienen zich niet te registeren
Thuiskweek	• De teelt van 1 plant per volwassen persoon wordt gedoogd	• Thuiskweek wordt gedoogd	• Thuiskweek wordt gedoogd • Voor persoonlijk gebruik wordt er geen productielimiet gespecifieerd maar de limiet voor bezit is 100 gram	• Thuiskweek wordt gedoogd tot en met 5 planten	• Thuiskweek is legaal tot 6 bloeiende planten en max. 460 gram per oogst • Iedere thuiskweker dient zich te registreren	• Federaal mogen volwassenen tot 4 planten per huishouden kweken • Iedere provincie kan haar eigen vereisten dicteren	• Thuiskweek is legaal • Er staan limieten op het aantal planten en hun opbrengst (28kg) • Hoeveelheden verschillen per staat De kweek dient uit het publieke oog te gebeuren

Verkoop-restricties	• De verkoop van cannabis is illegaal • Op de illegale markt zijn er geen verkooprestricties	• De verkoop van cannabis is illegaal • Op de illegale markt zijn er geen verkooprestricties	• Cannabis wordt verdeeld onder de leden van de CSC's • Sommige CSC's opereren meer als coffeeshops, zij hebben geen verkooprestricties	• Maximum 5 gram per dag per cliënt per coffeeshop mag verkocht worden	• Een consument kan max. 10 gram per week kopen of 40 gram per maand over alle apothekers heen • Een consument kan niet in meerdere systemen tegelijkertijd ingeschreven zijn	• Geen restricties op de verkoop	• Geen restricties op verkoop
Verkooppunt	• Officiële verkooppunten zijn niet toegestaan	• Officiële verkooppunten zijn niet toegestaan	• CSC's hebben hun eigen clublokaal (doch mogen enkel cannabis verdelen onder leden)	• Er is een gelimiteerd aantal coffeeshops in heel Nederland	• Apothekers mogen zich aanmelden als officieel verkooppunt maar zijn niet verplicht dit te doen	• Verkooppunten worden uitgebaat door de overheid of zijn privé • Verkooppunten kunnen offline en online zijn • Geen limiet op het aantal verkooppunten	• Geen restricties op verkooppunten • Verkooppunten zijn altijd in privéhanden • Geen limiet op het aantal verkooppunten
Verkopers	• De verkopers opereren op de illegale markt	• De verkopers opereren op de illegale markt	• De verdelers zijn leden van de club	• Verkopers dienen geen opleiding te hebben gevolgd om in de coffeeshop te werken	• Verkopers dienen een proces tot registratie te doorlopen	• Verkopers dienen een licentie aan te vragen en aan bepaalde voorwaarden te voldoen	• Verkopers dienen een licentie aan te vragen
Verpakking	• Er zijn geen regels voor verpakking	• Er zijn geen regels voor verpakking	• Er zijn geen regels voor verpakking	• Verpakkingen zijn neutraal • Er staat geen bijkomende informatie op	• Verpakkingen zijn neutraal en bevatten productinformatie • Verpakkingen dienen gestandaardiseer de dosissen van 5 gram of 10 gram te bevatten	• Verpakkingen zijn neutraal en bevatten productinformatie	• Verpakkingen dienen THC-waarde te vermelden • Verschillend van staat tot staat
Winstmotief	• Illegale markt is gedreven door winst • Uitzonderingen zijn mogelijk zoals individuele kwekers die kweken voor persoonlijk gebruik	• Illegale markt is gedreven door winst • Uitzonderingen zijn mogelijk zoals individuele kwekers die kweken voor persoonlijk gebruik	• CSC's zijn verenigingen zonder winstmotief • Sommige CSC's opereren meer en meer als commerciële entiteiten	• Coffeeshops zijn commerciële entiteiten	• CSC's hebben geen winstmotief • Apothekers zijn commerciële entiteiten	• Privéverkooppunten zijn commerciële entiteiten	• Producenten en verkopers handelen vanuit een commercieel gedachtegoed

Zuiverheid	• Er zijn geen regels voor de zuiverheid • De zuiverheid wordt bepaald door de illegale markt	• Er zijn geen regels voor de zuiverheid • De zuiverheid wordt bepaald door de illegale markt	• CSC's doen aan kwaliteitscontrole binnen hun mogelijkheden. Ze geven aan dat dit kan verbeteren in een legaal kader	• Er is geen controle op de zuiverheid van de cannabisproducten • In het EGC dienen telers hun cannabis te laten testen in een laboratorium • In het EGC is er strikte regulering omtrent de kwaliteit	• Er is een verbod op het gebruik van chemische producten tijdens het productieproces	• Er is een regelgeving voor de zuiverheid van cannabis	• Er is een regelgeving voor de zuiverheid van cannabis

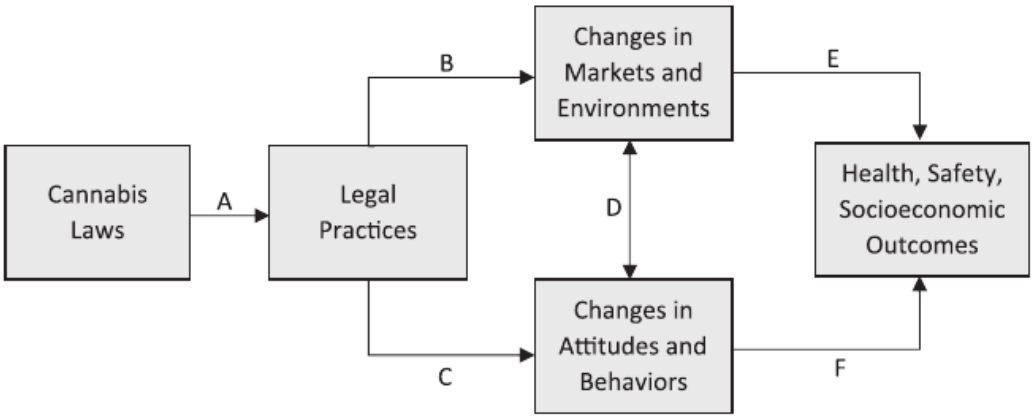
3. Invloed op de volksgezondheid

In dit hoofdstuk worden de beleidsmodellen van het vorige hoofdstuk geanalyseerd in het kader van volksgezondheid. Volksgezondheid is een term die moeilijk eenduidig te definiëren is. De Wereldgezondheidsorganisatie definieert gezondheid of *health* als “een toestand van volledig fysiek, mentaal en sociaal welzijn, en niet slechts de afwezigheid van ziekte of gebrek” (WHO, 2006). De WHO definieert volksgezondheid of *public health* als “de kunst en wetenschap om ziekte te voorkomen, het leven te verlengen en gezondheid te promoten via de georganiseerde inspanningen van de samenleving” (WHO, z.d.). Gedrag of levensstijl wordt bepaald door determinanten, en dit gedrag heeft op zijn beurt een invloed op de gezondheid van een persoon en zo op de levenskwaliteit (zie figuur 7).



FIGUUR 6: LOGISCH MODEL VAN EEN GEZONDHEIDSPROBLEEM (ELDREDGE ET AL., 2016)

Om specifiek de effecten van veranderende cannabiswetten op de gezondheid beter te kunnen bestuderen, is een model ontwikkeld dat hierop gericht is. Het model van Sevigny et al. (2020) bestaat uit vijf elementen en zes interacties tussen deze elementen (zie figuur 8, onder). De eerste interactie (A) gaat van de veranderende cannabiswetten naar de juridische praktijk. Wetten in theorie worden niet altijd exact geïmplementeerd in de praktijk. Van de juridische praktijk vertrekken er twee paden, B & C, naar respectievelijk ‘veranderingen in markten en omgeving’ en ‘veranderingen in attitudes en gedrag’, oftewel intermediaire uitkomsten. Markten en omgeving zijn zaken als prijzen, potentie, producten en arrestaties. Attitudes en gedrag houden zaken in zoals de frequentie van gebruik en de modus van consumptie. Het bilateraal pad D tussen deze twee erkent dat ‘markten en omgeving’ en ‘attitudes en gedrag’ elkaar kunnen beïnvloeden. Ten slotte bekijken paden E en F finale gevolgen: de invloed op gezondheid, veiligheid en socio-economische uitkomsten als een gevolg van de veranderingen in markten, omgeving, attitudes en gedrag (Sevigny et al., 2020).



FIGUUR 8: CONCEPTUEEL KADER OM DE EFFECTEN VAN EEN WIJZIGING VAN DE CANNABISWETGEVING CANNABIS OP GEZONDHEIDS-, VEILIGHEIDS- EN SOCIO-ECONOMISCHE UITKOMSTEN TE BEGRIJPEN (SEVIGNY ET AL., 2020)

De onderzoekers verzamelden een lijst van mogelijke uitkomsten die een invloed hebben op gezondheid, veiligheid en socio-economische status, zowel intermediair als finaal (Sevigny et al., 2020, p. 5). Voor de huidige studie werden uitkomsten gekozen op basis van een analyse gemaakt door het EMCDDA en volgens de studie van Sevigny et al.

Voor attitudes en gedrag zijn dit:

- Prevalentie, met specifieke aandacht voor het gebruik door de jeugd (-18 jaar)
- Frequentie
- Consumptiemethoden of manieren van gebruik
- Attitudes ten opzichte van cannabis
- Polydruggebruik, vooral in combinatie met tabak of alcohol

Voor markten en omgeving zijn dit:

- Veranderingen in potentie[16]
- Zuiverheid

Voor gezondheidsuitkomsten zijn dit:

- Risicovol of problematisch cannabisgebruik[17]
- Behandelingen

[16] Het dient opgemerkt te worden dat cijfers over de potentie van cannabis niet altijd even representatief zijn. THC-waarden in cannabis en hasj zijn vaak gebaseerd op politiebronnen (op basis van inbeslagnames) die niet altijd even transparant zijn over methodologie, verschillende onderdelen van de plant hebben verschillende THC-waarden, en eenzelfde staal zal verschillende resultaten opleveren in verschillende laboratoria. Een uitzondering hierop is Nederland, dat een meer transparante methodologie hanteert (EMCDDA, 2021b, vanaf 19:10min.).

[17] De definities van risicovol en problematisch cannabisgebruik variëren tussen verschillende studies (Casajuana et al., 2016). Waar mogelijk is de Cannabis Abuse Screening Test gebruikt als maatstaf. Dit onderzoek is dus onderhevig aan de criteria die gebruikt werden in de studies in kwestie.

- Aanmeldingen in het ziekenhuis of in het antigifcentrum
- Rijden onder invloed
- Verkeersongevallen en fataliteiten

3.1. Enkele algemene cijfers

Omwille van de omvang van deze studie is het onmogelijk om de volledige reikwijdte van elk model tot in de diepte uit te spitten. Daarnaast is de legalisatie van cannabis in sommige gebieden slechts enkele jaren oud – Colorado en Washington legaliseerden als eerste staten in 2012 en hun shops waren actief in 2014. Uruguay rolde sinds 2014 stapsgewijs zijn model uit, de eerste apothekers verkochten pas cannabis in 2016. Canada legaliseerde pas in 2018. De volledige effecten van deze beleidsveranderingen zijn nog niet zichtbaar. Hiermee gepaard gaande is het eveneens onmogelijk om strakke conclusies te trekken. Het is mogelijk dat effecten die nu zichtbaar zijn door de jaren heen zullen evolueren. Verder worden er nieuwe indicatoren en manieren van evaluatie ontwikkeld en is er peer-reviewed onderzoek dat nu pas ontluikt (EMCDDA, 2020b). Eveneens is het belangrijk om de doelstellingen van elk beleid voor ogen te houden bij de analyse van de cijfers. Een beleid dat als doel heeft om minder mensen te criminaliseren voor hun gebruik van cannabis, zal mogelijk andere cijfers waarderen dan een beleid dat cannabis uit de handen van de jeugd wil houden (Pacula et al., 2014). Daarnaast zijn er ook verschillende vormen van beleidsveranderingen doorgevoerd in de laatste 20 jaar. Er zijn weinig studies die de veelheid aan beleidsvormen in acht nemen. Ten slotte dient men eveneens in het achterhoofd te houden dat wanneer een gebied een bepaald middel, zoals cannabis, decriminaliseert of legaliseert, een eventuele stijging in prevalentiecijfers mogelijk toe te schrijven is aan hogere zelfrapportage wegens een verminderd stigma. Of dat er een fase van experimenteren volgt die zich niet noodzakelijk vertaalt in voortdurend gebruik.

Het is interessant reeds een tipje van de sluier te lichten omtrent globale cijfers voor prevalentie in gedecriminaliseerde en gedepenaliseerde gebieden. In een analyse van alle landen die cannabis of andere middelen gedecriminaliseerd hebben, vonden onderzoekers dat decriminalisering niet gepaard ging met een explosie in de mate van consumptie (Eastwood et al., 2016). In sommige gebieden van de wereld steeg het gebruik, in andere daalde het. Dit werd bevestigd door Wilkins et al. (2021). Zij concludeerden dat, terwijl de prevalentiecijfers door een beleid van decriminalisering niet drastisch stijgen, de strafrechtelijke kosten voor het vervolgen van cannabisgebruik veelal wel drastisch dalen. Voor jongeren werden geen significante stijgingen gevonden in meer liberale (gedecriminaliseerde of gelegaliseerde) gebieden (Melchior et al., 2019).

Als we enkel kijken naar een legaal beleid van thuiskweek en -consumptie is ook hier de impact op prevalentiecijfers voor gebruik van cannabis gelimiteerd. Onderzoekers vinden geen impact op volwassen gebruikers, een lichte stijging bij jongeren en een daling in de frequentie van cannabisgebruik[18]. Thuiskweekpraktijken werden geassocieerd met minder alcoholgerelateerde incidenten en met een hogere ratio van vapen en het gebruik van eetbare cannabisproducten. Ten slotte lijkt er ook geen impact te zijn op de potentie van de cannabis (Belackova et al., 2020).

Benedetti en collega's (2021) deden onderzoek naar de invloed van verschillende beleidsveranderingen op het gebruik en de waargenomen beschikbaarheid van cannabis bij jongeren van 16 jaar. Zij gebruikten hiervoor data van het European School survey Project on

[18] Respondenten gaven aan eerder te wachten tot een nieuwe oogst klaar was en dus soms langere periodes geen cannabis te gebruiken.

Alcohol and other Drugs (ESPAD)[19]. De studie van Benedetti et al. bekeek 20 landen[20] die sinds 1999 een verandering in hun cannabisbeleid hebben doorgevoerd. Scholieren werden bevraagd omtrent de waargenomen beschikbaarheid van cannabis en de mate van gebruik. Er werd een onderscheid gemaakt tussen experimentele gebruikers, niet-frequente gebruikers en frequente gebruikers. Gekeken naar waargenomen beschikbaarheid was er geen verandering in landen die hun beleid hebben geliberaliseerd, noch bij experimentele, noch bij niet-frequente en frequente gebruikers. Interessant is het om te kijken naar een verandering in prevalentie tussen de verschillende groepen van personen binnen verschillende beleidsvormen. Een stijging in prevalentie onder alle laatstejaargebruikers werd waargenomen binnen gebieden die besloten om kleine overtredingen te seponeren. Er was een afname van de prevalentie in gebieden die niet-gevangenisgerelateerde straffen implementeerden. Dezelfde effecten werden gevonden voor experimentele gebruikers, met toevoeging van een significante toename in landen die hun maximum gevangenisstraf verminderden. Als men echter keek naar de frequente gebruikers, toonde geen enkele soort beleidsverandering een significant effect. Dit suggereert dat bij een liberalisering van het cannabisbeleid vooral het aantal experimentele en occasionele gebruikers verhoogt (Benedetti et al., 2021). Dezelfde trends werden eveneens gevonden voor zowel alle ooitgebruikers als alle experimentele ooitgebruikers. Landen die meer liberale beleidsvormen hadden ingevoerd zagen een stijging in de prevalentie voor ooitgebruik bij deze twee groepen. Landen die niet-gevangenisgerelateerde straffen hadden ingevoerd, zagen een daling in prevalentie van gebruik.

Een andere studie onderzocht de link tussen cannabisbeleid en behandeling voor cannabisgerelateerde problematiek tussen 1999 en 2004, door vier Europese landen die in die periode hun beleid versoepelden (België, Frankrijk, Finland en Portugal) te vergelijken met acht andere Europese landen die dit niet deden. De auteurs stelden vast dat er in die periode geen link kon gelegd worden tussen een soepeler beleid en behandelingen voor cannabisgerelateerde problematieken: in alle onderzochte landen was er een stijgende tendens in het aantal cannabisgerelateerde behandelingen, ook in de landen die hun aanpak niet aanpasten. De auteurs stelden zich vragen bij de afwezigheid van de link tussen het aantal behandelingen en het beleid. Betekent dit dat het beleid eigenlijk niet zo belangrijk is, of gaat een soepeler beleid gepaard met effectieve preventieprogramma's? Nog mogelijk is dat het aantal opnames geen goede indicator is voor de volksgezondheid (Adam & Raschzok, 2017).

3.2. België en de facto depenalisering van cannabis voor persoonlijke kweek en gebruik

België depenaliseerde in 2004 het bezit van 3 gram cannabis of het telen van 1 cannabisplant voor persoonlijk gebruik.

[19] ESPAD bevraagt scholieren uit verschillende landen die 16 worden of geworden zijn in het jaar van de bevraging (dus 15-16-jarigen).
[20] Denemarken, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ijsland, Italië, Kroatië, Letland, Malta, Nederland, Noorwegen, Oekraïne, Polen, Portugal, Roemenië, Slovakije, Slovenië, Tsjechië en Zweden. Wegens een ontbrekende dataset tijdens de duur van de studie ontbreken België, Estland, Luxemburg en het Verenigd Koninkrijk.

Attitudes en gedrag

Prevalentie

Het ooitgebruik van cannabis in België bij personen boven de 15 jaar steeg van 10,6% in 2001 naar 22,6% in 2018, met een grote stijging tussen 2013 en 2018 (7%). Het laatstejaarsgebruik voor de leeftijdsgroep van 15-64 jaar steeg van om en bij de 5% in 2004 en 2013 tot 7% in 2018. Het is moeilijk deze stijgende trend toe te schrijven aan de decriminalisering gezien omringende Europese landen dezelfde trend vertonen (Sciensano, 2019b).

In Vlaanderen zei 22% van de bevraagde bevolking tussen 15 en 64 jaar in 2018 dat ze ooit met cannabis hadden geëxperimenteerd. Dit is een aanzienlijke toename ten opzichte van 2013, toen het ooitgebruik op 14% lag. In 2018 gebruikte 6% van de Vlamingen cannabis in het laatste jaar voor de afname van de enquête (recent gebruik) en 4% gebruikte cannabis in de dertig dagen voor de afname. Cannabisgebruik in de voorbije dertig dagen kwam meer voor bij 25-34-jarigen (8%) dan bij 14-24 jarigen (5%) en 35-64-jarigen (2%), en meer bij mannen (6%) dan bij vrouwen (2%) (Sciensano, 2019c).

Het laatstejaarsgebruik was het hoogst bij de jongeren. In de leeftijdsgroep 15-24-jarigen gebruikte 14% het afgelopen jaar cannabis. In dezelfde leeftijdsgroep gebruikte 5% cannabis in de dertig dagen voor de afname van de enquête. Tijdens het schooljaar 2018-2019 rapporteerde 14% van de middelbare scholieren dat ze ooit cannabis hadden gebruikt. Twaalf procent (12%) van hen gebruikte in het jaar voor de bevraging en 6% deed dat in de maand voor de bevraging. Voor studenten in het hoger onderwijs gaf 43% in 2017 aan dat ze ooit cannabis hadden gebruikt. Vierentwintig procent (24%) had dit het laatste jaar gedaan (VAD, 2018b). De trend onder Vlaamse leerlingen is dat de prevalentie voor zowel ooitgebruik als laatstejaarsgebruik en regelmatig gebruik daalde tussen schooljaar 2000-2001 en schooljaar 2018-2019. Voor ooitgebruik was dit van 23,4% naar 13,8%, voor laatstejaarsgebruik van 14,8% naar 11,5% en voor regelmatig gebruik van 6,2% naar 2,3% (VAD, 2021b).

Frequentie

In 2018 gaf 4,3% van de Belgen tussen 15 en 64 jaar aan dat ze in de laatste maand cannabis hadden gebruikt. In deze periode gebruikte 29,9% van de gebruikers cannabis gedurende 20 dagen of meer, 15,2% gaf aan dat ze 10 tot 19 dagen per maand cannabis gebruikten, en 54,8% gebruikte tussen 1 en 9 dagen per maand (Sciensano, 2019b).

De leerlingenbevraging van VAD bevraagt cannabisgebruik bij Vlaamse leerlingen van alle jaren van het middelbaar onderwijs. In het schooljaar 2018-2019 gaf 9,1% van deze jongeren aan dat ze occasioneel cannabis gebruikten terwijl 2,3% aangaf regelmatig cannabis te gebruiken. Regelmatig cannabisgebruik bij deze groep ondergaat een licht dalende trend sinds schooljaar 2009-2010, toen 3,5% van de scholieren aangaf regelmatig te gebruiken (VAD, 2018d). VAD bevraagt eveneens de Vlaamse studenten in het hoger onderwijs. In het rapport van 2018 gaf een kwart van de studenten die het laatste jaar cannabis hadden gebruikt aan dat ze dit minstens één keer per week deden. Meer dan zes procent (6,4%) deed dit op dagelijkse basis (VAD, 2018b). Tijdens een bevraging in het uitgaansleven onder 790 personen, gebruikte 4,3% cannabis meerdere malen per maand. Van hen deed 2,7% dit 1x per week, 5,1% meerdere malen per week en 6,6% gaf aan dagelijks cannabis te gebruiken (VAD, 2018c).

Methodes van consumptie

Over de manier van gebruik zijn er geen cijfers gevonden voor België.

Attitudes

Attitudes rond regulering in België volgen een Europese trend. In 2021 gaf 59% van de bevraagde Belgen aan dat cannabis diende gereguleerd te worden (ten opzichte van gemiddeld 62% over heel Europa) en 40% dacht dat het verboden moest blijven (t.o.v. 35% in Europa). De mening van de bevraagde Belgen die voor een regulering zijn, valt op te splitsen als volgt: een meerderheid van 68% vindt dat cannabis enkel voor medicinaal gebruik gereguleerd dient te worden en enkel op voorschrift. Daarnaast vindt 23% dat cannabis zowel recreatief als medicinaal gereguleerd mag worden (Europese Commissie, 2022).

Voor Vlaanderen wordt er in de leerlingenbevraging bevraagd hoe scholieren in het middelbaar kijken naar cannabis. In schooljaar 2018-2019 gebruikte een grote meerderheid geen cannabis omdat het gevaarlijk is (71,8%) of omdat het gebruik ongezond is (61,2%). Verder geeft ruim een kwart van de jongeren (26,2%) aan dat ze gemakkelijk aan cannabis kunnen geraken. De leerlingen worden ook gevraagd naar de verwachte reactie van hun vrienden op het proberen of gebruiken van cannabis. Er was een stijgende trend in het aantal leerlingen dat een goedkeurende reactie verwachtte van hun vrienden, zowel op het proberen van cannabis als op het gebruiken ervan. In 2009-2010 verwachte 5,3% een goedkeurende reactie op het proberen van cannabis en dit steeg tot 9,0% in 2018-2019. In dezelfde periode verwachtte 3,1% van de leerlingen een goedkeurende reactie voor het gebruiken van cannabis en dit steeg tot 5,6% in 2018-2019. Dit kan mogelijk wijzen op een langzaam groeiende acceptatie voor het proberen en het gebruik van cannabis (VAD, 2018d).

Polydruggebruik

Cannabis wordt in België voornamelijk in combinatie met tabak gebruikt. Cannabis en tabak worden dan samen gerold in een joint. Helaas zijn er weinig studies die dieper ingaan op dit combinatiegebruik en de effecten die dit teweeg kan brengen. Veel mensen die alcohol drinken, combineren dit ook met het gebruik van cannabis (Antoine et al., 2021).

Uit onderzoek in Vlaanderen blijkt dat zeven op de tien cannabisgebruikers die ook alcohol drinken, cannabis en alcohol regelmatig (35%), vaak (27%) of altijd (9%) combineren (VAD, 2018a). Onderzoekers stelden vast dat meer dan de helft van de gebruikers die ecstasy, hallucinogenen, amfetamines, cocaïne of crack gebruiken, deze middelen vaak tot altijd combineren met cannabis. Uitgaanders die ook andere illegale drugs gebruiken, gebruiken cannabis frequenter dan diegenen die zich qua illegaal middelengebruik beperken tot cannabis alleen: 37,6% van de uitgaanders die uitsluitend cannabis gebruiken doet dit regelmatig, bij de respondenten die ook andere illegale drugs gebruiken is dit 66,4% (VAD, 2018a).

Markten en Omgeving

Verandering in potentie

De sterkte van cannabis nam tussen 2002 en 2018 toe. Tussen 2002 en 2005 was er een sterke toename in de sterkte van cannabis, die de jaren daarop tot 2009 afnam. Nadien deed zich opnieuw een stijgende tendens voor met enkele pieken (2012, 2015 en 2018) en dalen (2013 en 2017). Het THC-gehalte van hasj was in 2018 anderhalve (1,5) keer hoger dan in 2002 en bedroeg toen 21%.

Het THC-gehalte van wiet was in 2018 dubbel zo hoog als in 2002 en bedroeg 14%. De sterkte van hasj was ieder jaar hoger dan die van wiet, maar de laatste jaren werden die verschillen groter (VAD, 2021a).

Zuiverheid

Over de zuiverheid van cannabis die in België wordt geconsumeerd zijn geen cijfers gevonden.

Gezondheid

Risicovol of problematisch cannabisgebruik

In België heeft volgens Sciensano 1,3% van de bevolking tussen 15 en 64 jaar een matig risico op problematisch cannabisgebruik en 1,8% een groot risico. In totaal loopt 3,1% van de bevolking risico op problematisch cannabisgebruik in de afgelopen 12 maanden (Sciensano, 2019b). Het is onmogelijk een evolutie in de tijd op te merken, aangezien 2018 de eerste keer was dat problematisch cannabisgebruik bevraagd werd in de gezondheidsenquête.

In 2018 had 3% van de Vlaamse bevolking een verhoogd risico op cannabisgerelateerde problemen volgens de Cannabis Abuse Screening Test (CAST-schaal). Dit was meer het geval bij mannen en bij de leeftijdsgroep 25-44 jaar (Sciensano, 2019c).

Driekwart van de gebruikers van cannabis in de voorbije twaalf maanden geeft echter aan nog nooit te maken te hebben gehad met één van de opgesomde uitingen van problematisch gebruik. Toch heeft een kwart van de recente gebruikers van cannabis te kampen gehad met een of meer probleemuitingen. Een op de zeven kende op meerdere domeinen problemen. De mate waarin problemen ten gevolge van cannabisgebruik voorkomen, hangt samen met de gebruiksfrequentie: hoe frequenter het cannabisgebruik, hoe groter de kans op meer problemen (VAD, 2018b)

Behandeling

Volgens de Treatment Demand Indicator[21] toonde België een stabilisatie rond 4000 aanvragen voor behandeling voor cannabisgebruik tussen 2015 en 2019 (Sciensano, 2019a). Het aantal personen dat klinisch wordt gediagnosticeerd met een “aan cannabis gerelateerde stoornis” volgens de DSM-V is in de periode van 1999 tot 2017 evenwel verviervoudigd: van 4,7% in 2001 naar 14,8% in 2018 (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu, 2020). Deze verhoging wilt niet onmiddellijk zeggen dat er meer mensen zijn die een stoornis ontwikkelen. Het is evenzeer mogelijk dat er meer hulp gezocht wordt, bijvoorbeeld omdat er minder stigma is op het gebruik van cannabis of op het vragen om hulp.

In 2018 waren er in de gespecialiseerde centra met specifieke RIZIV-conventie voor mensen met een verslavingsproblematiek 6.010 nieuwe patiënten in behandeling. Tweeëndertig procent (32%) van de cliënten (n=1.950) was in behandeling voor cannabis als voornaamste middel. Het aantal

[21] De Treatment Demand Indicator (TDI) is een databank van aanvragen voor behandeling voor middelengebruik bij verschillende door het RIZIV erkende instanties in de gespecialiseerde verslavingszorg. In België gaat het onder andere over de Centra Geestelijke Gezondheid, de psychiatrische ziekenhuizen of psychiatrische afdelingen van een algemeen ziekenhuis, de Medisch Sociale Opvangcentra, dagcentra, en meer. Mensen dienen toe te stemmen voordat hun gegevens kunnen opgenomen worden in de TDI.

nieuwe behandelingen voor cannabis is in vergelijking met 2008 (n=941) meer dan verdubbeld. De meeste behandelingen voor cannabis vonden plaats in dagcentra (VVBV, 2020).

Aanmeldingen in het ziekenhuis of antigifcentrum

In België zijn er geen cijfers gevonden over aanmeldingen in het ziekenhuis omwille van acute cannabisintoxicatie.

Er werden geen cijfers gevonden voor vragen die het Belgisch antigifcentrum krijgt van mensen met een cannabisintoxicatie of van hun omgeving.

Rijden onder invloed

In 2018 was voor 69% van de bestuurders die een speekseltest aflegden het staal positief voor cannabis. Een speekseltest wordt pas afgenomen als er indicaties zijn van gebruik. Bij 57% van de bestuurders ging het enkel om cannabisgebruik. Bij 12% werd cannabis in combinatie met een ander middel gebruikt. Tussen 2011 en 2018 waren er geen sterke schommelingen in deze percentages (VAD, 2021a).

Verkeersongevallen en fataliteiten

Er zijn geen cijfers gevonden over het aantal verkeersongevallen en fataliteiten specifiek gerelateerd aan het gebruik van cannabis.

3.3. Portugal en de volledige decriminalisering van illegale middelen

Portugal decriminaliseerde in 2001 alle illegale middelen voor persoonlijk gebruik. Deze beslissing kwam er als reactie op een heroïne-epidemie die het land teisterde. In dat opzicht gaat er geen extra aandacht naar cannabis specifiek. Dat gezegd zijnde, is cannabis het meest gebruikte illegale middel (EMCDDA, 2021a) en ook de Ontradingscommissies voor illegale drugs zien voornamelijk jongere, niet-verslaafde cannabisgebruikers (Laqueur, 2015). Er zijn geen cijfers gevonden die het gebruik van cannabis voor de decriminalisering vergelijken met het gebruik na de decriminalisering.

Attitudes en gedrag

Prevalentie

Sinds de invoering van de decriminalisering van cannabis zijn er verschillende trends in de prevalentie van het gebruik. Tussen 2001 en 2007 steeg het ooitgebruik van cannabis bij personen van 15-64 jaar van 7,6% naar 11,7%, het laatstejaarsgebruik daarentegen bleef stabiel, van 3,3% naar 3,6% en ook het gebruik in de laatste 30 dagen bleef gelijk, 2,4% in beide metingen (Laqueur, 2015). Dezelfde trend tekende zich ook af in Spanje en Italië. Tegen 2017 was het ooitgebruik voor dezelfde leeftijdsgroep gedaald tot 9,7% (onder het Europees gemiddelde) en het laatstejaarsgebruik gestegen tot 4,5% (EMCDDA, 2019; SICAD, 2019). De stijgende cijfers wijten aan decriminalisering is niet evident.

Het gebruik van cannabis bij jongeren wordt bevraagd in de ESPAD-studie. De eerste cijfers voor Portugal dateren van 1995, en toen rapporteerde minder dan 5% van de bevraagde leerlingen ooitgebruik van cannabis. De prevalentie voor ooitgebruik steeg in de volgende twee metingen tot ongeveer 20% in 2003 en steeg vanaf dan nog licht tot de meting van 2011. Sindsdien daalde het ooitgebruik tot 13% voor de ondervraagden. Het laatstemaandgebruik van cannabis kende een gelijkaardige evolutie. Bij de start van de metingen rapporteerde ongeveer 5% van de

ondervraagden dat ze de laatste 30 dagen cannabis hadden gebruikt. Dit kende een opwaartse trend tot 2011, waar tussen 10% en 15% laatstemaandgebruik rapporteerde. Na 2011 daalde het gebruik opnieuw tot een niveau van 6,2% in 2019 (ESPAD Group, 2020).

Frequentie

Voor volwassenen zijn geen cijfers gevonden over de frequentie van cannabisgebruik, maar het ESPAD-onderzoek bevraagt dit wel voor de jongeren van 15-16 jaar. In 2019 rapporteerden jongeren in deze leeftijdsgroep gemiddeld 11 gebruiksmomenten in het afgelopen jaar (ESPAD Group, 2020).

Methodes van consumptie

Over de meest gebruikte manier voor de inname van cannabis in Portugal zijn geen cijfers gevonden.

Attitudes

Volgens de Europese barometer over drugs zou 62% van de Portugese ondervraagden positief staan tegenover een regulering van cannabis. Als we deze attitudes opdelen, dan blijkt dat 61% vindt dat cannabis enkel voor medicinaal gebruik en op voorschrift dient te worden gereguleerd, terwijl 16% vindt dat regulering voor medicinaal gebruik geen voorschrift behoeft. Slechts 14% vindt dat cannabis voor zowel medicinaal als recreatief gebruik moet worden gelegaliseerd (Europese Commissie, 2022)

Polydruggebruik

Er werd weinig informatie gevonden over polydruggebruik in Portugal.

Markten en Omgeving

Verandering in potentie

De potentie van cannabisproducten in Portugal is niet heel duidelijk. Het EMCDDA vond in 2017 dat de potentie van gedroogde cannabisbloemen tussen een minimum van 0,1% THC en een maximum van 65,6% THC lag. Voor cannabishars lagen het minimum en maximum THC-gehalte tussen 0,1% en 26,4% bij de onderzochte producten (EMCDDA, 2019). Het SICAD rapporteerde in 2019 een gemiddelde potentie van 6,9% THC voor cannabisbloemen en 14,3% THC voor hasj (SICAD, 2019). Het Europees gemiddelde voor de potentie van cannabisproducten, zowel gedroogde bloemen als hasj, is in stijgende lijn sinds 2009 (EMCDDA, 2021a).

Zuiverheid

Er is weinig geweten over het productieproces of de zuiverheid van cannabis in Portugal.

Gezondheid

Risicovol of problematisch cannabisgebruik

Het statistisch bulletin van SICAD uit 2019 rapporteert dat volgens de CAST-criteria 0,3% van de cannabisgebruikers een gemiddeld risico had voor cannabisafhankelijkheid en 0,4% een hoog risico hierop. In de leeftijdsgroep van 15-24 jarigen had 0,6% een gemiddeld risico en 0,7% een

hoog risico. Bij de 25-34-jarigen was er eenzelfde percentage gemiddeld risico en 0,7% had een hoog risico (SICAD, 2019).

Volgens ESPAD heeft 3,8% van de ondervraagde jongeren van 15 en 16 jaar een hoog risico op problematisch cannabisgebruik (ESPAD Group, 2020).

Behandelingen

Behandelingen zijn in stijgende lijn sinds 2007, met 1120 behandelingen in 2017 waarvan 848 nieuwe behandelingen (EMCDDA, 2019). Het is daarbij belangrijk in gedachten te houden dat het Portugese model ontworpen is om mensen die illegale middelen - waaronder cannabis - gebruiken, richting een behandeling te gidsen indien nodig. Een stijging van de aanmeldingen kan hiervan dus een gevolg zijn (Laqueur, 2015).

Aanmeldingen in het ziekenhuis of antigifcentrum

Cijfers voor aanmeldingen in het ziekenhuis werden niet gevonden.

Rijden onder invloed

Er is weinig specifieke data over de hoeveelheid chauffeurs die rijden onder de invloed van cannabis in Portugal. Het DRUID-project van de Europese Unie (Driving Under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines) rapporteerde in 2012 een gemiddelde van 1,38% dat zou rijden onder invloed van THC (Schulze et al., 2012).

Verkeersongevallen en fataliteiten

Er is geen specifieke data gevonden over het aantal verkeersongevallen en fataliteiten waar cannabis mee gemoeid zou zijn.

3.4. Spanje en cannabis social clubs

In Spanje zijn de teelt en het bezit van cannabis voor persoonlijk gebruik bij wet gedecriminaliseerd. Cannabis is nog illegaal en specifieke cijfers voor het *cannabis social club*-model, zonder andere vormen van gebruik in acht te nemen, zijn niet beschikbaar.

Attitudes en gedrag

Prevalentie

Het Spaans Observatorium voor Drugs en Verslaving (OEDA) noteert in 2021 dat het ooitgebruik in 2019 steeg tot 37,5% over alle leeftijdscategorieën, een opwaartse trend sinds 1995. Het gebruik in het laatste jaar was het hoogst bij de leeftijdsgroep 15-24-jarigen met 22,1%, en daalde dan stelselmatig voor de volgende leeftijdsgroepen: 16,6% voor de 25-34-jarigen, 10,2% voor de 35-44-jarigen, 5,8% voor de 45-54-jarigen en 2,6% voor de 55-64-jarigen. Het gebruik in de laatste 30 dagen was eveneens het hoogst bij de 15-24-jarigen met 15,9% en daalde dan opnieuw stelselmatig voor de oudere leeftijdscategorieën.

Het laatstejaarsgebruik blijft sinds 2001 relatief stabiel en schommelt rond de 10%, met in 2019 een prevalentie van 10,5%. Het gebruik in de laatste 30 dagen fluctueert meer, met een stijging tot 9,1% in 2017 en dan opnieuw een kleine daling tot 8% in 2019. De leeftijd van eerste gebruik blijft stabiel op 18 jaar (OEDA, 2021b).

De ESTUDES-studie wordt sinds 1994 afgenomen bij scholieren van 14 tot 18 jaar. In deze groep was cannabis in 2018 het meest populaire illegale middel. Van de respondenten heeft 33,0% ooit in zijn leven cannabis gebruikt, 27,5% deed dit in het jaar voor de bevraging en 19,3% deed dit in de afgelopen 30 dagen (OEDA, 2021a). Het ooitgebruik van cannabis steeg van 20,9% in 1994 tot 33,0% in 2018, terwijl het laatstejaarsgebruik steeg van 18,2% tot 27,5% en het gebruik in de laatste dertig dagen van 12,4% tot 19,3%. De leeftijd van eerste gebruik bleef stabiel rond 15 jaar (OEDA, 2019).

Jongeren van 15-16-jaar die ondervraagd werden voor de ESPAD studie rapporteerden een ooitgebruik van 23% voor cannabis, terwijl 12% aanduidden dat ze het laatste jaar cannabis hadden gebruikt (ESPAD Group, 2020).

Frequentie

Voor volwassenen schommelt het dagelijks gebruik sinds 2005 rond de 2% met een stijging in 2019 tot 2,9% (OEDA, 2021a)

De ESTUDES-studie (14-18-jaar) vraagt scholieren naar hun frequentie van cannabisgebruik. Een globaal cijfer werd niet meegedeeld, maar wel de onderverdeling tussen mannen en vrouwen. Het percentage van scholieren die een dagelijks of bijna dagelijks (20 – 29 dagen per maand) cannabisgebruik aangaven, steeg van 1994 (M = 1,5%, V = 0,6%) tot 2018 (M = 3,3%, V = 1,4%) (OEDA, 2019).

Methodes van consumptie

Wiet en hasj zijn de populairste cannabisproducten en beide worden vaak gecombineerd met tabak. Volgens het OEDA zijn de populairste cannabisproducten achtereenvolgens wiet of gedroogde bloemen (48,7%), hasj (20,0%), een combinatie van hasj en wiet (30,7%) of een combinatie van cannabis en tabak (86,9%) (OEDA, 2021a). In deze populatie (15-64-jarigen) was het roken van cannabis (wiet of hasj) de meest gebruikte vorm in 97,9% van de gevallen, gevolgd door het gebruik van een bong of andere pijp, het gebruik van een elektronische vape of orale consumptie (OEDA, 2021b).

Bij jongeren van 14 tot 18 jaar die in de laatste maand cannabis hadden gebruikt, consumeerde 43,8% wiet gerold in een joint. In dezelfde leeftijdsgroep consumeerde 19,3% van de respondenten cannabis in de vorm van hasj. Ook consumeerde 37,0% van de jongeren in deze periode beide vormen van cannabis. Zowel wiet als hasj werd in de overgrote meerderheid van de gevallen (87,1%) samen met tabak in een joint gerookt (OEDA, 2019). ESTUDES rapporteert twee meetjaren waarin gevraagd werd naar de vorm van gebruik. Het roken van cannabis is veruit het meest populair (97,7% in 2016 en 98,9% in 2018), gevolgd door het gebruik van een bong of ander soort pijp, orale inname en gebruik via elektronische sigaret (die stijgt in gebruik van 2,0% in 2016 tot 5,4% in 2018) (OEDA, 2019).

Attitudes

Aan de respondenten van 15-64 jaar die nog nooit cannabis hadden gebruikt, werd gevraagd of ze cannabis zouden proberen als het een legaal middel zou zijn. In deze groep antwoordde 1,2% dat ze cannabis zouden proberen als het een legaal middel was (OEDA, 2021b). Daarnaast vindt 60% van mensen in Spanje wel dat cannabis gereguleerd dient te worden. Hiervan vindt 64% dat dit voor medicinaal gebruik en op voorschrift dient te zijn, en 21% zegt dat zowel medicinaal als recreatief gebruik van cannabis gereguleerd dienen te worden (Europese Commissie, 2022).

Van de scholieren van 14-18 jaar die in 2018 bevraagd werden, gaf 84,6% aan dat ze het niet zouden proberen ook als het legaal zou zijn, terwijl 15,4% het wel zou doen bij een legalisatie. Dit is een lichte daling ten opzichte van 2016, toen 87,5% aangaf dat ze geen cannabis zouden gebruiken bij legalisatie (OEDA, 2019).

Polydruggebruik

Polydruggebruik is gangbaar in Spanje. In de 12 maanden voor de studie consumeerde 40,4% van de bevolking twee of meerdere psychoactieve stoffen. Vijfenveertig procent (44,7%) van de personen consumeerde slechts één middel in diezelfde periode en 14,9% gaf aan geen enkel middel te hebben gebruikt. Onder de personen die aangaven dat ze de laatste maanden twee psychoactieve middelen namen, gaf 5,1% aan dat ze cannabis hadden gebruikt. In de groep van personen die aangaven drie psychoactieve middelen te hebben gebruikt, gaf 62,5% aan cannabis te hebben gebruikt, na alcohol en tabak. Als we kijken naar personen die aangaven vier of meerdere middelen te hebben gebruikt, dan was cannabis in 92,8% van de gevallen present. Verder geeft het OEDA aan dat cannabis in Spanje voornamelijk wordt gerookt samen met tabak, in 86,9% van de gevallen (OEDA, 2021b, 2021a).

Markten en Omgeving

Verandering in potentie

Over de potentie van specifieke cannabisproducten in Spanje is weinig bekend. De THC-gehaltes van cannabis stijgen in heel Europa (EMCDDA, 2021a).

Zuiverheid

Er zijn geen gegevens over de zuiverheid van cannabis.

Gezondheid

Risicovol of problematisch cannabisgebruik

In 2019-2020 rekende het OEDA dat ongeveer 591.798 mensen in de leeftijdsgroep 15-64 gezien konden worden als problematische cannabisgebruikers. Dit wil zeggen dat ze meer dan 4 punten scoren op de CAST-schaal. Dit komt neer op 1,9% van de volledige populatie in deze leeftijdsgroep. Het percentage is hoger voor personen onder de 34 jaar (3,1%) dan voor personen boven deze leeftijd (1,2%). In de leeftijdsgroep van 14- tot 18-jarigen zijn er naar schatting 77.052 jongeren met een problematisch gebruik van cannabis. Dit representeert 3,4% van de totale populatie in deze leeftijdsgroep en 15,4% van degenen die het voorbije jaar cannabis gebruikten, een lichte stijging ten opzichte van 2006 (13,3%) (OEDA, 2021a).

Behandelingen

Het totale aantal aanmeldingen voor de behandeling van cannabisgebruik in 2019 was 14.202 (28,4% van alle aanmeldingen voor misbruik van of verslaving aan psychoactieve stoffen, een lichte stijging ten opzichte van 2017 en 2018). Cannabis is een van de belangrijkste middelen waarvoor jongeren een behandeling zoeken voor misbruik van of verslaving aan psychoactieve stoffen. Vijfennegentig procent (95,2%) van alle minderjarigen die in behandeling zijn voor het gebruik van illegale drugs sinds 2018, werden behandeld voor problemen geassocieerd met het gebruik van cannabis (OEDA, 2021a).

Aanmeldingen in het ziekenhuis of antigifcentrum

In 2019 was er een totaal van 5.352 opnames in het ziekenhuis gerelateerd aan illegale middelen. Hiervan was cannabis betrokken bij 50,6% van de gevallen. In de meerderheid van de gevallen waren er ook andere middelen betrokken (in 40,3% van de gevallen was er ook alcohol betrokken bij een opname voor eender welk ander middel). Cocaïne was met 50,7% het meest betrokken (OEDA, 2021b).

Rijden onder invloed

Er zijn geen gegevens gevonden over rijden onder invloed van cannabis.

Verkeersongevallen en fataliteiten

Er zijn geen gegevens gevonden over verkeersongevallen en fataliteiten waar cannabis mee gemoeid zou zijn.

3.5 Nederland en het coffeeshopmodel

Het Nederlandse coffeeshopmodel werd geïntroduceerd in de loop van de jaren 1970. Er zijn geen cijfers beschikbaar die het gebruik en andere indicatoren bekijken sinds die tijd.

Attitudes en gedrag

Prevalentie

In 2019 rapporteerde 25% van de Nederlandse bevolking boven de 18 jaar dat ze ooit in hun leven cannabis hadden gebruikt. Dit komt neer op 3.130.000 mensen, afgerond op 10.000. Het percentage voor de laatste twaalf maanden en de laatste 30 dagen lagen respectievelijk op 7,2% en 4,9%. Het percentage van ooitgebruikers bleef gelijk ten opzichte van 2017 en 2018 maar steeg ten opzichte van 2015 en 2016. Laatstejaarsgebruik en laatstemaandgebruik zijn het hoogst in de jongere leeftijdsgroepen. De 20-24-jarigen scoren het hoogst met 22,3% laatstejaarsgebruik en 14,3% laatstemaandgebruik. De 18-19-jarigen scoren lager op beide fronten: 21,1% laatstejaarsgebruik en 11,9% laatstemaandgebruik (Trimbos-instituut, 2021).

Voor de prevalentiecijfers bij jongeren worden in Nederland verschillende studies uitgevoerd bij verschillende subgroepen van jongeren (vb. kwetsbare jongeren). De Nationale Drug Monitor brengt deze studies samen en de cijfers die volgen komen uit dit rapport. Voor een diepere duik in het gebruik bij scholieren uit alle onderwijsvormen in Nederland, alsook meer kwetsbare jongeren kunnen de originele bronnen geraadpleegd worden[22].

In 2019 heeft één op tien van de leerlingen van 12 tot en met 16 jaar in het voortgezet onderwijs ooit cannabis gebruikt (10,4%). Het aantal gebruikers in het laatste jaar is bijna even hoog, met 9,1%. Het aantal zakt voor de maandelijkse gebruikers tot 5,3%. Het gebruik over alle frequenties heen is het grootst bij de 16-jarigen. Zowel het ooitgebruik als het laatstejaarsgebruik en het laatstemaandgebruik daalden van 2003 tot 2015. Sindsdien bleef het cannabisgebruik stabiel. Deze daling zette zich voort over alle onderwijsniveaus heen (Trimbos-instituut, 2021).

[22] Zie onder andere (Rombouts et al., 2020; Trimbos-instituut, 2020a, 2020b; VAD, 2020b)

Bij de scholieren van 16 tot en met 18 jaar gebruikte één op de acht leerlingen cannabis in de afgelopen maand. Dit gebruik bleef stabiel sinds 2015. Het ooitgebruik in deze leeftijdsgroep daalde tussen 2017 en 2019 van 34,3% naar 28,5% (Trimbos-instituut, 2021).

Frequentie

Er zijn geen cijfers gevonden over de verandering van frequentie in de tijd, dus worden de huidige cijfers meegedeeld. Het percentage van alle volwassenen dat in 2019 dagelijks of bijna dagelijks cannabis gebruikte, bedroeg 1,6%. Dit is gelijk aan 2018 maar is hoger dan de jaren daarvoor (1,2% in 2015). Het totale percentage gebruikers bleef gelijk over de metingen, wat betekent dat het aandeel dat frequenter gebruikt binnen deze groep is toegenomen (Trimbos-instituut, 2021).

In 2018 werd ook de frequentie onder de laatstejaargebruikers bevraagd. In deze groep van personen gebruikte 18,2% slechts één keer het afgelopen jaar en 32,7% deed dit minder dan maandelijks. Bijna 10% gebruikte maandelijks cannabis en 12,7% deed dit twee tot vier keer per maand, 7,7% gebruikte twee tot drie keer per week en 18,6% gebruikte (bijna) dagelijks cannabis. Cannabis wordt, vergeleken met andere drugs, ook veel vaker doorheen de week gebruikt (Trimbos-instituut, 2021).

Van alle laatstemaandgebruikers gebruikte ruim de helft of 55% niet meer dan één joint op een dag dat ze gebruikten, 24,8% gebruikte twee joints, 10,6% gebruikte drie joints en 9,3% gebruikte meer dan drie joints. De gemiddelde hoeveelheid was 1,8 joints. Het aantal joints is hoger bij de (bijna) dagelijkse gebruikers, met een gemiddelde van 2,4 joints op een dag (Trimbos-instituut, 2021).

Ongeveer 1 op de 20 scholieren (5%) gebruikte in de laatste maand cannabis. Ongeveer de helft van de laatstemaandgebruikers blowde niet meer dan één of twee keer in die tijd en ongeveer de helft gebruikte minder dan één joint per keer. Minder dan één op de vijf gebruikte cannabis frequent (meer dan negen keer in de afgelopen maand) of rookte drie of meer joints per keer. Gemiddeld gebruiken jongeren 1,4 joints per keer (Trimbos-instituut, 2021).

Methodes van consumptie

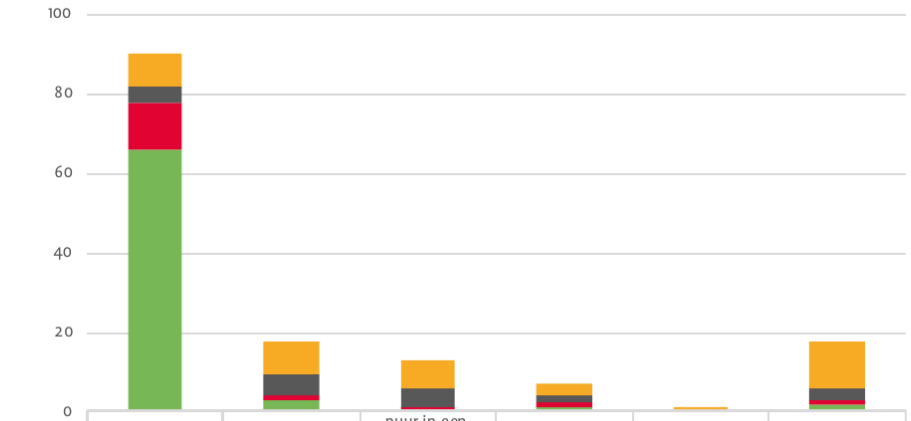
Cannabis wordt doorgaans gerookt met tabak gerold in joints. Wiet is de meest populaire variant, met bijna twee derde (61,3%) van de laatstemaandgebruikers die meestal wiet gebruiken. Hasj werd gebruikt door 24,1% van de gebruikers en 14,6% gebruikt beide even vaak. Er zijn verschillende wiet- en hasjsoorten beschikbaar in de coffeeshops. Een coffeeshop heeft gemiddeld 10 tot 12 soorten wiet en 6 tot 8 soorten hasj beschikbaar voor haar klanten. Dit is een verdubbeling sinds 15 jaar geleden (Trimbos-instituut, 2021).

In de LSM-A Middelenbevraging van 2016 bij personen boven 18 jaar, werd de manier van gebruik meer in de diepte bevraagd. Toen antwoordde 66,3% van de cannabisgebruikers dat ze altijd hun cannabis samen met tabak in een joint roken. Slechts 2,7% rookte cannabis altijd puur als sigaret. Slechts een gecombineerde 3% gebruikte cannabis puur via een pijpje of bong, in een vaporizer of via voedsel of drank. In 2016 was het gebruik van cannabis via een e-sigaret of shishapen nog zeer onbekend in Nederland: niemand gebruikte cannabis altijd of frequent op deze manier (zie figuur 9, volgende pagina) (Trimbos-instituut, 2019b).

Een bevraging bij de coffeeshops zelf toont dat 88% van de klanten hun cannabis rookt in combinatie met tabak, 9% van de klanten rookt cannabis puur, 3% verdampt en 1% eet, drinkt of nuttigt het op een andere manier. Het aanbod van cannabisproducten in de coffeeshops is gevarieerd, gaande van verschillende soorten wiet en hasj tot verschillende eetbare en drinkbare

producten, olie en capsules met CBD-olie en concentraten. Onder de eetbare producten vindt men zaken zoals spacecake, brownies, snoep, chocolade, bonbons, koekjes en stroopwafels. Deze alternatieve cannabisproducten variëren momenteel van 0% tot 10% van de omzet van een coffeeshop (Trimbos-instituut, 2019a)

In 2022 wordt de gehele horeca in Nederland, waaronder de coffeeshops, rookvrij en mag men ook geen cannabis meer roken in de coffeeshops. Het zal interessant zijn om te zien welke impact dit heeft op het gebruik en/of de verkoop van alternatieve cannabisproducten, aangezien de meerderheid van de gebruikers hun cannabis rookt, al dan niet met tabak (Trimbos-instituut, 2019a).



	joint	puur als sigaret	puur in een pijpje, chillum of bong	vaporizer	e-sigaret of shisha-pen	voedsel, drank of anders
zelden	8,1	8,2	7,4	3,0	0,9	11,4
soms	4,6	5,5	4,7	1,8	0,4	2,9
meestal	11,5	1,5	0,9	1,0	0,0	1,5
altijd	66,3	2,7	0,2	1,3	0,0	1,7

Weergegeven als percentage van gebruikers (>18 jaar) naar frequentie van toepassing gebruiksmethode (peiljaar 2016). Bron: LSM-A/Leefstijlmonitor, Trimbos i.s.m. RIVM en CBS.

FIGUUR 8: CANNABISGEBRUIKSMETHODE IN DE AFGELOPEN 12 MAANDEN (BRON: STRADA ET AL. 2019)

Attitudes

Volgens de Europese barometer vindt 65% van de ondervraagde Nederlanders dat cannabis gereguleerd dient te worden. Vierenveertig procent (44%) hiervan prefereert een regulering enkel voor medicinaal gebruik en op voorschrift, en 41%, is voorstander om zowel medicinaal als recreatief gebruik te reguleren (Europese Commissie, 2022).

Polydruggebruik

Cannabis wordt in Nederland in de meerderheid van de gevallen samen met tabak gerold in joints (66,3% volgens gebruikers zelf, 88% volgens coffeeshop uitbaters). De Nationale Drug Monitor wijst uit dat gebruikers die cannabis gebruiken, vaak ook andere middelen gebruiken in combinatie, al dan niet gelijktijdig. Het onderzoek preciseert niet altijd welke middelen in combinatie met alcohol vaak gebruikt worden. Voor personen die vaak alcohol drinken, is cannabis na cocaïne het middel dat het vaakst in combinatie met alcohol gebruikt wordt. Ook maakt cannabis in 28% van de incidenten waar opname vereist is, deel uit van een combinatie. Welke combinatie wordt echter niet gepreciseerd (Trimbos-instituut, 2021).

Markten en Omgeving

Verandering in potentie

Trimbos verzamelt sinds 2000 jaarlijks gegevens over de sterkte van de cannabisproducten in Nederlandse coffeeshops. In 2020 werden gegevens verzameld uit een steekproef van 50 coffeeshops uit een totaal van 570.

De THC-concentratie in nederwiet (wiet gekweekt in Nederland) is tussen 2017 en 2020 stabiel gebleven. Daarvoor was er een stijging tussen 2000 en 2004, dan een daling tot en met 2013, waarna er weer een stijging volgde, tot en met de stabilisatie van 2017. In 2020 was de gemiddelde THC-concentratie 14,6% (Trimbos-instituut, 2021). Volgens een longitudinale studie van Trimbos is de gemiddelde THC-concentratie in nederwiet tussen 2003 en 2019 in dalende lijn en schommelt ze tussen 15% en 20%. De THC-concentratie voor de sterkste nederwiet schommelde rond 20%, terwijl die van geïmporteerde wiet schommelt rond 5% (Trimbos-instituut, 2019c). De THC-concentraties van geïmporteerde hasj zijn in stijgende lijn sinds 2014, van 14,9% tot 24,4% in 2019. nederhasj schommelt rond de 30% THC.

Een probleempunt zijn de lage concentraties CBD. Er zijn aanwijzingen dat de aanwezigheid van CBD sommige van de negatieve effecten van THC kan tegengaan. Voornamelijk de verhouding tussen THC en CBD is daarbij belangrijk. De CBD-concentraties zijn lager dan 1% in alle gemeten cannabissoorten behalve de geïmporteerde hasj. Daar werd een CBD-gehalte van 6,9% gevonden in 2020. De meest populaire soort is de sterke nederwiet, met hoge THC-concentraties en lage CBD-gehaltes (Trimbos-instituut, 2019c, 2021).

Zuiverheid

De productie van cannabis in Nederland – de zogenaamde nederwiet en nederhasj – wordt geschat op 171 tot 965 ton. Onderzoek naar vervuiling in cannabis geproduceerd in Nederland is schaars. De vervuiling is in Nederland eveneens van zo'n klein niveau dat het geen gevaar voor de gezondheid inhoudt. Het gaat voornamelijk om restanten van bestrijdingsmiddelen – oftewel te hoge concentraties of, in zeldzame gevallen, verboden bestrijdingsmiddelen (Trimbos-instituut, 2021).

Gezondheid

*Risicovol of problematisch cannabisgebruik*De cijfers voor problematisch cannabisgebruik zijn door de Nationale Drug Monitor verzameld uit verschillende bronnen.

Als er gekeken wordt naar riskant cannabisgebruik, dan scoorde 1,2% van de meerderjarige bevolking (+18 jaar) positief op de CAST-schaal in 2018 (minstens 2 punten). Van de laatstejaarsgebruikers scoorde 19,1% positief voor riskant cannabisgebruik. Onder de 18-24-jarigen zijn er relatief weinig personen met een positieve CAST-score maar dit dient voorzichtig te worden geïnterpreteerd wegens een kleine steekproef en het feit dat problematisch cannabisgebruik veelal pas na een bepaalde tijd de kop opsteekt. De frequentie van cannabisgebruik hangt sterk samen met een positieve CAST-score. De helft (48,3%) van de riskante gebruikers gebruikt (bijna) dagelijks, dat wil zeggen 20 of meer dagen per maand, vergeleken met 14,3% (bijna) dagelijks gebruik onder de niet-riskante gebruikers (Trimbos-instituut, 2021).

Voor cannabismisbruik en -afhankelijkheid dateren de laatste gegevens uit 2007-2009. Volgens deze gegevens voldeed ongeveer 0,2% tot 0,6% van de volwassen bevolking (18-64 jaar) aan de diagnose cannabismisbruik en tussen 0,1% en 0,5% van dezelfde groep aan de diagnose cannabisafhankelijkheid. Risico op cannabismisbruik of -afhankelijkheid verhoogde met langdurig gebruik en een jongere startleeftijd en gaat vaak gepaard met misbruik van andere middelen (Trimbos-Instituut, 2018, 2021). Onder jongeren van 15-16 jaar werd 5,1% aangemerkt als riskant gebruiker van cannabis.

Behandelingen

In de verslavingszorginstellingen is het aantal cliënten dat ingeschreven stond wegens een primair cannabisprobleem verdubbeld tussen 2006 en 2011, met een stabilisatie tussen 2011 en 2015 rond 11.000 cliënten. Per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder steeg het aantal cannabiscliënten van 46 in 2006 naar 82 in 2011. Sindsdien blijft dat aantal stabiel. Het aandeel van cannabis in alle hulpverzoeken vanwege illegale middelen nam toe van 20% in 2006 naar 32% in 2011 en is sindsdien ook stabiel. Bij primaire cannabiscliënten stond in 36% van de gevallen ook een secundaire problematiek geregistreerd. Het aantal mensen in 2015 waarbij cannabis als secundair probleem geregistreerd stond, is met ongeveer een kwart verminderd sinds 2009 (van 5.902 personen tot 4.501 personen). Er is geen afdoende verklaring gevonden voor de stijging en stabilisering van de hulpvraag. Toegankelijkheid, stijgende THC-gehaltes en hoeveelheid geconsumeerde cannabis kunnen allemaal een deel van de verklaring bieden (Trimbos-instituut, 2021).

Aanmeldingen in het ziekenhuis of antigifcentrum

Het aantal klinische opnames en observaties in ziekenhuizen met cannabis als hoofddiagnose schommelde tussen 2015 en 2018 tussen 130 en 160 diagnoses per jaar. Cannabis speelde vaker een rol als nevendiagnose. Dit aandeel steeg van 1.240 diagnoses in 2015 naar 1.710 in 2018. Gecorrigeerd voor dubbeltellingen (eenzelfde persoon kan meerdere keren per jaar worden opgenomen) steeg het aantal cannabisregistraties in ziekenhuizen tussen 2015 en 2018 van 1.190 naar 1.660 patiënten. De meeste registraties kwamen er in de leeftijdsgroep 25-29 jaar met de 35-39-jarigen als tweede groep (Trimbos-instituut, 2021).

Rijden onder invloed

Cijfers over rijden onder invloed van cannabis zijn niet beschikbaar.

Verkeersongevallen en fataliteiten

Cijfers over verkeersongevallen en fataliteiten gerelateerd aan cannabis zijn niet gevonden.

3.6. Uruguay, een staatsgecontroleerde cannabishandel

Sinds 2016 zijn er in Uruguay drie verschillende systemen actief om cannabis te verkrijgen. Gebruikers kunnen zelf cannabis kweken, ze kunnen lid worden van een cannabis social club die cannabis kweekt voor elk lid en deze dan verdeelt, of ze kunnen hun cannabis verkrijgen in deelnemende apotheken die door de overheid aangeduid zijn als de verdelingskanalen voor cannabis.

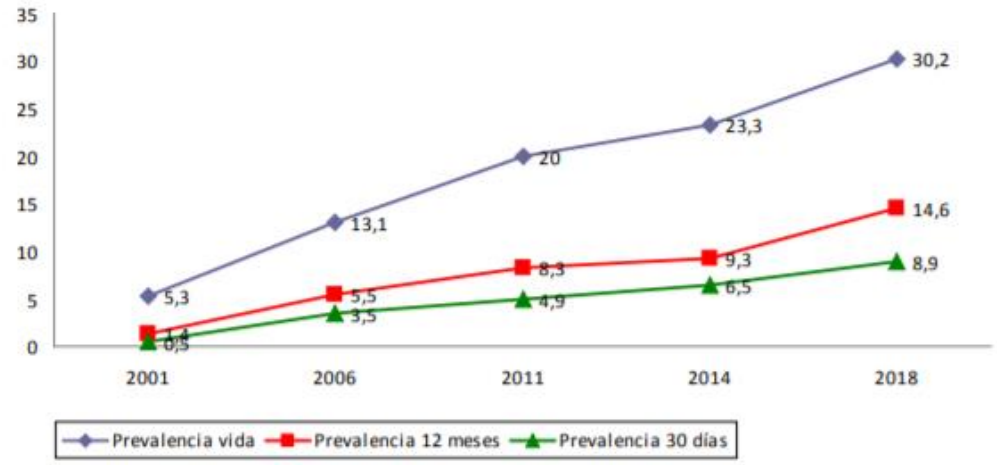
Attitudes en gedrag

Prevalentie

Verschillende studies bekijken de prevalentiecijfers sinds de legalisatie van cannabis in Uruguay. Volgens de nationale survey van 2019, afgenomen door de nationale drugsraad (Junta Nacional de Drogas) heeft 30,2% van de personen tussen 15 en 65 jaar ooit in zijn leven cannabis gebruikt, waarvan 14,2% dit deed in het afgelopen jaar en 8,9% in de afgelopen 30 dagen. Daarmee is cannabis het derde meest gebruikte middel, na alcohol en tabak (Junta Nacional de Drogas, 2019). Slechts de helft van de mensen die ooit cannabis gebruikten in hun leven, deed dit in het jaar voor de bevraging.

Het is interessant om te kijken naar de prevalentiecijfers over de tijd heen, en zeker voor en na legalisatie. Een hypothese over legalisatie was dat de prevalentie zou verhogen (Baudean, 2018). De cijfers van de Junta Nacional de Drogas tonen een stabiele stijging sinds 2001 over alle prevalenties heen (zie figuur 10) (Junta Nacional de Drogas, 2019).

De cijfers tonen een sterke stijging tussen 2001 en 2006 en opnieuw tussen 2014 (legalisatie van cannabis) en 2018. De stijging is het meest uitgesproken bij de ooitgebruikers. Ze is minder uitgesproken bij hen die het afgelopen jaar gebruikten en nog lager bij personen die de afgelopen 30 dagen cannabis gebruikten. De sterke stijging in ooitgebruik kan mogelijk het resultaat zijn van een verhoogde experimenteerdrang met legale cannabis door personen die geen cannabis zouden gebruiken als het nog illegaal zou zijn (Junta Nacional de Drogas, 2019). Dit wordt ondersteund door cijfers die aantonen dat 57,9% van de ex-gebruikers slechts enkele keren experimenteerden met cannabis alvorens opnieuw te stoppen in hetzelfde jaar. De leeftijdsgroepen met de grootste prevalentiecijfers voor ooitgebruik waren de 18-25-jarigen (47,2%) en de 26-35-jarigen (51,6%).



FIGUUR 9: EVOLUTIE VAN CANNABISGEBRUIK: OOITGEBRUIK, LAATSTE 12 MAANDEN EN LAATSTE 30 DAGEN. ALGEMENE BEVOLKING URUGUAY 2001-2018 (BRON: JUNTA NACIONAL DE DROGAS 2019)

Onderzoek van de Junta Nacional de Drogas bij scholieren van 13 tot 17 jaar toont dat het ooitgebruik van cannabis gestegen is van 11,9% in 2003 tot 24,8% in 2018. Sinds de legalisatie in 2014 is het ooitgebruik licht gestegen, van 17% in 2014 tot 19,7% in 2018. Het gebruik in de laatste 12 maanden steeg sinds 2003, van 8,4% tot 19,7% in 2018. Het aantal jongeren dat in 2018 de

laatste 30 dagen cannabis rookte bedraagt 11,1%. De gemiddelde leeftijd van eerste gebruik in deze groep is 14,9 jaar (Junta Nacional de Drogas, 2020).

Deze cijfers dienen in hun context te worden gezien. Een studie vergelijkt de prevalentiegraad in Uruguay met deze in Chili, een land dat geen verandering in beleid heeft doorgemaakt de laatste jaren en eveneens hoge prevalentiecijfers aan de dag legt. In beide landen stijgen de prevalentiecijfers voor cannabisgebruik bij adolescenten van 13-18 jaar, hoewel in Uruguay de graad van gebruik lager ligt dan in Chili. De resultaten in beide landen bleken gelijkaardig, ook over leeftijdsgroepen. Waar er een verschil is tussen beide landen, blijkt dit niet betekenisvol te zijn (Castillo-Carniglia et al., 2020; Laqueur et al., 2020).

Frequentie

Van de personen die het afgelopen jaar cannabis gebruikten, geeft ongeveer de helft aan een sporadische gebruiker te zijn, die slechts één of een paar keer gebruikte het afgelopen jaar. Van deze personen gebruikte 13,7% slechts eenmaal cannabis het afgelopen jaar, en 34,3% deed dit enkele keren (voor een totaal van 48%). Eén op de vijf personen of 21,1% daarentegen geeft aan dat ze soms maandelijks gebruiken. Iets minder dan één op de drie personen geeft aan minstens wekelijks cannabis te consumeren (20,9% een paar keer per week en 9,9% dagelijks). Er zijn naar schatting 25.500 dagelijkse gebruikers in Uruguay (Junta Nacional de Drogas, 2019).

Onder de scholieren van 13 tot 18 jaar die de afgelopen 12 maanden cannabis rookten, gaf 24,3% aan dat ze dit slechts een enkele keer deden en 23,3% gaf aan dit meerdere keren te hebben gedaan. Iets minder dan één op de vijf of 19,0% gaf aan enkele keren per maand cannabis te gebruiken en 16,7% deed dit enkele keren per week. Iets minder dan één op de tien jongeren (8,9%) gaf dagelijks cannabisgebruik aan (Junta Nacional de Drogas, 2020). Ook in deze leeftijdsgroep gaf een grote groep ex-gebruikers (64,0%) aan dat ze slechts één of enkele malen cannabis hadden gebruikt alvorens te stoppen.

Methodes van consumptie

Volgens cijfers van de bevraging van de Junta Nacional de Drogas bij studenten is het roken van cannabis veruit de meest populaire manier van gebruik: 96,3% van de ondervraagden gaf aan op die manier cannabis te consumeren. Eetbare producten en vapen staan op een (zo goed als) gedeelde tweede plaats met 1,6% en 1,5% respectievelijk. Andere manieren van gebruik zijn zeldzaam. Tincturen en oliën werden slechts door 0,1% gebruikt, farmaceutische producten door 0,2% en nog eens 0,2% gaf aan andere vormen van cannabis te gebruiken. Welke vormen dat dan zijn, werd niet meegedeeld (Junta Nacional de Drogas, 2020).

Attitudes

De nationale drugsraad bevroeg bij personen die cannabis gebruiken of zij zelf de indruk hadden dat de algemene consumptie omhoog ging, gelijk bleef of gedaald is sinds de legalisatie. Volgens 34,6% van de gebruikers is het gebruik gestegen, 58,1% denkt dat het gelijk is gebleven en 5,1% heeft de indruk dat het gebruik is gedaald. Als men vroeg naar het gebruik van de gebruikers zelf, dan gaf 6,0% aan dat hun gebruik is gestegen, 87,6% gaf aan dat hun gebruik gelijk is gebleven en volgens 5,5% is hun gebruik gedaald (Junta Nacional de Drogas, 2019).

Men bevroeg ook niet-gebruikers over hun indrukken over het algemene gebruik. Van de niet-gebruikers dacht 45,0% dat het gebruik algemeen was gestegen, 33,4% ervaarde dat het gebruik gelijk was gebleven en 4,9% dat het was gedaald. Men vroeg niet-gebruikers ook naar hun

motivatie om al dan niet cannabis te beginnen gebruiken sinds de invoering van de legale markt. De overgrote meerderheid (98,3%) gaf aan dat zij niet gemotiveerd zijn om cannabis te beginnen gebruiken, terwijl een zeer kleine minderheid (1,5%) aangaf wel gemotiveerd te zijn om te beginnen gebruiken (Junta Nacional de Drogas, 2019).

Attitudes over het risico van gebruik bij volwassenen werden bevraagd voor twee gedragingen: occasioneel cannabisgebruik en frequent cannabisgebruik. Sinds 2006 daalde voor beide gedragingen de perceptie van het risico van cannabisgebruik tot en met de legalisatie in 2014. Vanaf dan steeg de perceptie van het risico voor zowel occasioneel gebruik als frequent gebruik licht. In 2006 dacht 77% van de algemene bevolking dat frequent gebruik een hoog risico inhield en 52,2% geloofde dit voor occasioneel gebruik. Deze perceptie van het risico van gebruik daalde tot 61,9% en 23,9% in 2014 voor respectievelijk frequent en occasioneel gebruik. Hierna steeg dit tot respectievelijk 64,1% en 28,8% in 2018 (Junta Nacional de Drogas, 2019).

Bij scholieren van 13-17 jaar daalt de perceptie van het risico sinds het begin van de metingen. In 2003 dacht 37,5% van de respondenten dat enkele keren cannabis gebruiken een risico inhield, terwijl 75,4% dit dacht over frequent gebruik. In 2014, het jaar van legalisering, was dit gedaald tot respectievelijk 8,8% en 55,0%. Sindsdien lijkt deze trend zich te stabiliseren, met in 2018 respectievelijk 7,6% van de respondenten die denken dat enkele keren cannabis gebruiken risico's inhoudt, en 55,8% die denken dat frequent gebruik risico's inhoudt (Junta Nacional de Drogas, 2020).

Tegelijkertijd hebben dezelfde jongeren de overtuiging dat het makkelijk is om aan cannabis te geraken. Het percentage jongeren dat dit denkt, steeg van 36,5% in 2005 tot 59,1% in 2018. Deze stijging lijkt niet verhinderd door de strenge regelgeving van 2014 (Junta Nacional de Drogas, 2020).

Polydruggebruik

Cijfers over polydruggebruik werden niet gevonden.

Markten en Omgeving

Verandering in potentie

De potentie van cannabisproducten wordt in Uruguay gereguleerd. Er werden geen data gevonden die toonden dat de THC-gehaltes zijn gestegen of gedaald sinds de legalisatie.

Zuiverheid

De productie en zuiverheid worden gereguleerd. Er werden geen data gevonden over onzuiverheden in de cannabis of onregelmatigheden tijdens de productie.

Gezondheid

*Risicovol of problematisch cannabisgebruik*Bij de leeftijdsgroep 18-64 jarigen in 2018 vertoont 15,8% van de laatstejaarsgebruikers tekenen van problematisch gebruik volgens de CIE-10-schaal. Bij degenen die regelmatig gebruiken, verhoogt dit cijfer. Bij wekelijkse of dagelijkse gebruikers vertoont 35,5% tekenen van problematisch gebruik. De frequentie van het gebruik alsook de gebruiksgeschiedenis houden recht evenredig verband met het risico op problematisch gebruik. Hoe meer cannabis iemand gebruikt en hoe langer iemand gebruikt, hoe hoger het risico op problematisch gebruik (Junta Nacional de Drogas, 2019).

Onder scholieren van 13-17 jaar heeft 64,1% een kleine kans om problematisch gebruik te ontwikkelen, 22,9% heeft hier een gemiddelde kans toe en 13,0% heeft een verhoogde kans om ooit problematisch cannabis te gebruiken. Ook hier stijgt de kans op problematisch cannabisgebruik recht evenredig met de frequentie van het gebruik. Dagelijkse gebruikers hebben een risico van 65,3% ten opzichte van 3% bij degenen die slechts enkele keren per jaar cannabis gebruiken, 7,6% bij degenen die het enkele keren per maand gebruiken en 25,3% bij degenen die wekelijks gebruiken. De gebruiksduur houdt opnieuw verband met het risico (Junta Nacional de Drogas, 2020).

Behandelingen

Volgens de Junta Nacional is 10,1% van de aanvragen voor behandeling gerelateerd aan cannabis. Cannabis blijft wel het middel met de minste aanvragen, na tabak (73,2%), alcohol (17,0%) en cocaïne (13,3%). 'Andere middelen' betreffen 1,7% van de aanvragen. Deze cijfers zijn voor personen die ooit in hun leven om behandeling hebben gevraagd. Als we kijken naar degenen die dat deden in de laatste 12 maanden, dan stijgt het percentage behandelingsaanvragen voor cannabis naar 13,4%, waarmee het nog steeds het middel met de minste behandelingsaanvragen is (Junta Nacional de Drogas, 2019). Als er enkel gekeken wordt naar het aantal aanvragen voor behandeling door personen met een problematisch gebruik van cannabis, dan daalt het cijfer tot 8,6%. Cannabis blijft de minst frequente reden om behandeling te zoeken. Het aantal gebruikers dat behandeling zocht voor alle middelen is verdubbeld tussen 2013 en 2018, het percentage daarvan dat behandeling zocht voor cannabis steeg van 5,7% naar 8,6% (Baudean, 2018).

Aanmeldingen in het ziekenhuis of antigifcentrum

Ontslagen uit het ziekenhuis gerelateerd aan "mentale en gedragsmatige stoornissen ten gevolge van het gebruik van cannabinoïden" stegen tussen 2011 en 2016 van 20 naar 79 gevallen. Deze verhoging vond plaats in een context waarin alle aan middelen gerelateerde ontslagen uit het ziekenhuis stegen (Baudean, 2018).

Eenzelfde tendens zag men bij de consultatie voor het Informatie en Adviescentrum voor Toxicologie. Tussen 2012 en 2017 steeg het aantal aan cannabis gerelateerde consultaties van 75 naar 208. Tussen 2016 en 2017 was er een verhoging van onopzettelijke intoxicaties. Opnieuw vond deze verhoging plaats in een context waarin alle aan middelen gerelateerde consultaties stegen in dezelfde periode (Baudean, 2018).

Rijden onder invloed

Er zijn geen cijfers gevonden

Verkeersongevallen en fataliteiten

Er is onvoldoende data om tot een conclusie te kunnen komen over het verband tussen de legalisatie van cannabis en rijden onder invloed. Eén studie toont aan dat de legalisatie mogelijk geassocieerd is met een toename in fatale ongelukken bij motorvoertuigen, voornamelijk bij lichte motorvoertuigen en in urbane settingen. Voor motorrijders en in rurale settingen werd geen significante toename geobserveerd (Nazif-Munoz et al., 2020).

3.7. Canada: een nationaal beleid met ruimte voor de provincies

De Canadese "Cannabis Act" ging van kracht op 17 oktober 2018. Sindsdien is het voor personen in Canada legaal om cannabis zelf te kweken of om cannabis aan te schaffen in overheidswinkels

of bij private handelaren, offline of online. Het Canadese systeem is licht versplinterd. Er zijn federale en overkoepelende regels die in heel Canada gelden. Tegelijkertijd hebben de provincies de mogelijkheid om bepaalde regels zelf aan te passen. Het is echter onmogelijk om voor elke provincie apart de cijfers te bespreken. Verder is het belangrijk om in het achterhoofd te houden dat de uitrol van de Canadese cannabismarkt te jong is om conclusies te kunnen trekken. Voor veel cijfers is het mogelijk dat deze deel zijn van een trend die de volgende jaren nog sterk kan veranderen (Wilkins et al., 2020). Ten slotte steunt veel van de recreatieve cannabismarkt in Canada op elementen van de medicinale cannabismarkt (Fischer et al., 2020; Pardo, 2020).

Attitudes en gedrag[23]

Prevalentie

Health Canada rapporteert jaarlijks over de situatie van cannabis in Canada via een enquête met duizenden respondenten. In 2020 gaf 27,0% van de respondenten aan dat ze de laatste 12 maanden cannabis hadden gebruikt. Dit is een stijging met twee procent ten opzichte van 2019 (25,0%) en 5 procent ten opzichte van 2018 (22,0%). Provinciale en territoriale data schipperen tussen 21,0% en 37,0% (Health Canada, 2021b). Rotermann rapporteert dat het gebruik van cannabis in de drie maanden na de legalisatie (16,8%) hoger ligt dan in de drie maanden voor de legalisatie (14,9%) (Rotermann, 2021).

De leeftijdsgroep met het hoogste aantal gebruikers waren de 20-24-jarigen, waarbinnen meer dan de helft of 52% cannabis gebruikte de afgelopen 12 maanden (zie figuur 11 onder; Health Canada, 2021). De gemiddelde beginleeftijd voor volwassen respondenten is 20,0 jaar (Health Canada, 2021b). De afgelopen drie maanden rapporteerde 35,6% van de 18- tot 24-jarigen gebruik van cannabis. De andere leeftijdsgroepen gaven een lager gebruik aan. Hoewel het percentage bij de 18- tot 24-jarigen niet is gestegen sinds 2018, is dit wel het geval voor de 25- tot 44-jarigen (Rotermann, 2021).

Het gebruik van cannabis door jonge mensen in Canada is historisch hoog. Toegang tot cannabis gebeurt via een illegaal netwerk dat reeds bestond en slechts traag wordt afgebouwd (Fischer et al., 2020). In 2019 rapporteerden 16,9% van de jongeren tussen 14 en 18 jaar dat ze het afgelopen jaar cannabis hadden gebruikt. Dit is een stijging ten opzichte van 2018 (15,9%). Analyse uit dezelfde studie toont echter aan dat de kans dat jongeren cannabis zouden gebruiken niet statistisch hoger is na de legalisatie dan ervoor. Hetzelfde geldt voor de kans op regelmatig gebruik voor degenen reeds gebruikt hadden. (Zuckermann et al., 2021).

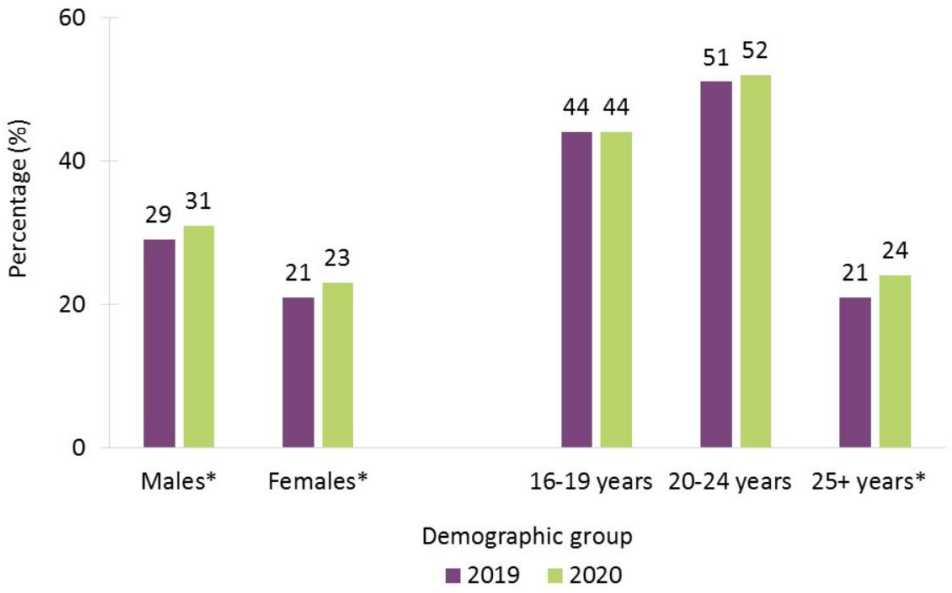
Frequentie

Aan de personen die de laatste 12 maanden cannabis hadden gebruikt, werd gevraagd hoe frequent zij dit deden. Meer dan de helft (54%) rapporteerde dat ze minder dan drie keer per maand cannabis gebruikten. Bijna een derde rapporteerde wekelijks of bijna dagelijks gebruik en 18% gaf aan dat ze dagelijks gebruikten. Dit zijn hogere cijfers dan worden gerapporteerd in de studie van Rotermann, waar 6,0% van de Canadezen boven de 15 jaar dagelijks gebruiken (Health Canada, 2021b; Rotermann, 2021). Er werd geen significant verschil gevonden in maandelijks gebruik tussen de leeftijdsgroepen 16-19, 20-24 en 25+ jaar. Dagelijks of bijna dagelijks gebruik verschilde

[23] In oktober 2021 publiceerde Public First een diepgaande analyse van de effecten van het Canadees model. De resultaten van dit rapport konden niet worden opgenomen. Het rapport is te vinden via Gibbs et al. (2021).

licht over de leeftijdsgroepen heen, respectievelijk 21% van de 16-19-jarigen, 23% van de 20-24-jarigen en 25% van de 25-plussers (Health Canada, 2021b).

In de studie werd eveneens de gemiddelde hoeveelheid gebruikte cannabis op een dag van gebruik bevraagd. Van degenen die wiet gebruikten, was de gemiddelde hoeveelheid 1,1 gram. Zij die hun cannabis in voeding consumeerden, namen gemiddeld 1,2 porties. De gemiddelde hoeveelheid concentraat of extract die geconsumeerd werd, bedroeg 0,3 gram. Voor hasj was dit 0,4 gram en men vaporiseerde gemiddeld 1,0 milliliter cannabisolie voor oraal gebruik (Health Canada, 2021b).



FIGUUR 20: LAATSTEJAARSGEBRUIK VOLGENS GESLACHT EN LEEFTIJD (BRON: HEALTH CANADA 2021)

In de studie van Zuckermann et al. (2021) gaf bijna tien procent (9,7%) van de jongeren (14-18 jaar) aan dat ze regelmatig cannabis gebruiken. Zes procent (6,1%) van de jongeren gaf aan wekelijkse gebruiker te zijn en 3,7% gebruikt zelfs dagelijks.

Methodes van consumptie

Als er gekeken wordt naar de methodes van gebruik, dan blijft het roken van cannabis het meest populair: 79% van de laatstejaargebruikers rookte zijn cannabis, wat een vermindering is van 5% ten opzichte van 2019. Andere consumptiemethodes waren: cannabis opeten in voedsel (52%), vapen met een vapepen of e-sigaret (24%), en vapen met een vaporiser (12%). Aan laatstejaarsgebruikers werd ook gevraagd welk soort cannabis zij het meest frequent gebruikten. Zij konden meerdere antwoorden geven. Gedroogde bloemen werden het meest gerapporteerd (74%), gevolgd door eetbare producten (49%), cannabisconcentraten of -extracten (13%), cannabis vapepennen (22%), cannabisolie voor oraal gebruik (25%) en hasj (19%) (Health Canada, 2021b; Rotermann, 2021).

Attitudes

Volwassen Canadezen werden gevraagd naar hun attitudes rond cannabis. Op de vraag of cannabisrook schadelijk kan zijn, antwoordde 75% positief. Gevraagd of dagelijks cannabisgebruik

het risico op mentale gezondheidsproblemen kan vergroten, antwoordde 66% positief. Verder denkt 84% van de ondervraagden dat tieners een groter risico lopen dan volwassenen (Health Canada, 2021b). Er werd ook gevraagd naar de sociale aanvaarding van cannabis. In 2020 vond 67% van de ondervraagden dat occasioneel cannabisgebruik voor recreatieve doeleinden aanvaardbaar was en 48% vond frequent gebruik aanvaardbaar.

In 2020 dacht 90% van de ondervraagde Canadezen dat cannabis verslavend kan zijn. Dit is een significante stijging sinds 2018, toen 82% dit dacht. Interessant is dat de stijging groter is bij personen die de laatste 12 maanden cannabis hadden gebruikt, dan bij degenen die geen cannabis hadden gebruikt het afgelopen jaar. Bij de personen die cannabis gebruikten het afgelopen jaar, steeg de overtuiging dat cannabis verslavend kan zijn van 71% in 2018 tot 93% in 2020, een significante stijging (Health Canada, 2021c). Ook de perceptie van de schadelijkheid van de verschillende consumptievormen van cannabis steeg over de drie meetjaren: voor het roken van cannabis ging de perceptie van de schadelijkheid van 40% in 2018 naar 50% in 2020, voor het eten van cannabis van 34% naar 40% en voor het vapen van cannabis van 38% naar 54% (Health Canada, 2021c).

Polydruggebruik

Mensen die in de laatste 12 maanden cannabis hadden gebruikt werd gevraagd hoe vaak zij hun cannabisgebruik combineerden met andere substanties. Respondenten konden meerdere substanties aanduiden. In 2019 werd cannabis het meest gecombineerd met alcohol, gevolgd door tabak. Bijna een op de twintig (17%) respondenten gaf aan dat ze cannabis (bijna) altijd combineerden met tabak of alcohol (zie figuur 12, volgende pagina). De meesten combineerden nooit hun cannabisgebruik met tabak (68%).

Markten en Omgeving

Verandering in potentie

Mahamad en collega's (2020) deden onderzoek naar de potentie van cannabisproducten op zowel de legale markt als de illegale markt, twee maanden na de legalisatie (november-december 2018). Zij vonden dat cannabisproducten op de legale markt een lagere gemiddelde THC-waarde hadden ten opzichte van deze op de illegale markt: 16,1% THC vs. 20,5% THC. De CBD-waarden lagen dan weer hoger op de illegale markt: gemiddeld 2,4% ten opzichte van 1,7% op de legale markt.

In 2019 rapporteerde 52,0% van de ondervraagden dat zij hun cannabis hadden verkregen via de legale markt. Cannabis verkregen via illegale bronnen daalde in het eerste jaar van de legalisatie van 51,7% tot 40,1% (Rotermann, 2021).

Zuiverheid

Over de productie en zuiverheid van de cannabis zijn geen cijfers gevonden.

Gezondheid

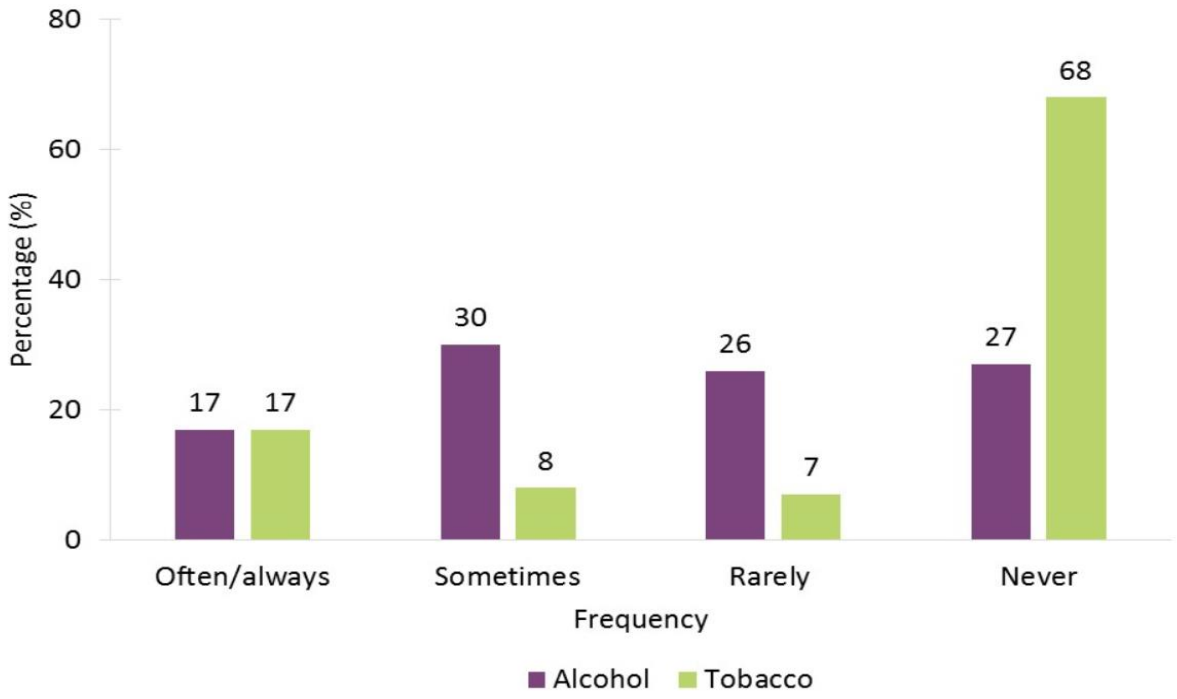
Risicovol of problematisch cannabisgebruik

Er zijn geen cijfers beschikbaar voor problematisch cannabisgebruik sinds de legalisatie van cannabis in 2018. Health Canada schat dat één op elf (9%) van de Canadezen die cannabis gebruiken in hun leven een cannabisverslaving zullen ontwikkelen (Health Canada, 2018b).

Behandelingen

Van de respondenten in de studie die ooit in hun leven cannabis hadden gebruikt gaf 97% aan dat ze nooit de nood hadden gevoeld om professionele hulp te zoeken. Slechts 2% rapporteerde ooit hulp te hebben ontvangen (Health Canada, 2021b).

In 2016-2017 was cannabis echter het tweede meest frequent gerapporteerde middel (30%) waarvoor personen een behandeling ontvingen in openbare gemeenschapsdiensten over 8 van de 13 Canadese provincies en territoria heen. Alcohol scoorde het hoogst met 64% van de rapportages. In 2017-2018 was cannabis het derde meest gerapporteerde middel waarvoor personen behandeling ontvingen (30%). Alcohol was nog steeds het meest gerapporteerd (64%), maar in deze periode was cocaïne opgeschoven naar een tweede plaats (33%) (Canadian Centre on Substance Use and Addiction, 2020).



FIGUUR 11: LAATSTE 12 MAANDEN, GEBRUIK VAN ALCOHOL OF TABAK IN COMBINATIE MET CANNABIS ONDER MENSEN DIE DE LAATSTE 12 MAANDEN CANNABIS HEBBEN GEBRUIKT, 2020 (BRON: HEALTH CANADA 2021)

Aanmeldingen in het ziekenhuis of antigifcentrum

Data die verzameld werden door het Canadese instituut voor Gezondheidsinformatie voor 2017-2018 toonden aan dat cannabis de voornaamste oorzaak was van middelengerelateerde opnames in het ziekenhuis bij jongeren van 10-24 jaar. Het was de eerste of tweede drug gedetecteerd in 39% van de gevallen. In 22% van de gevallen was dit het enige middel dat gedetecteerd werd. Breder genomen was cannabis, bij personen ouder dan 10 jaar, het derde meest voorkomende middel dat zorgde voor een overnachting in het ziekenhuis uitsluitend ten gevolge van middelengebruik (dus niet in combinatie met een kanker, een infarct of een ander trauma). Polydruggebruik is in deze gevallen wel een mogelijkheid (Canadian Centre on Substance Use and Addiction, 2020).

Rijden onder invloed

Canadezen werden gevraagd naar hun rijgedrag na consumptie van cannabis, twee uur na het roken van cannabis of vier uur na het consumeren van een eetbaar product met cannabis erin. Onder degenen die de laatste 12 maanden cannabis hadden gebruikt, rapporteerde 22% dat zij binnen de twee uur na het roken hadden gereden. Negenendertig procent (39%) deed dit in de laatste 30 dagen, 32% in de laatste 12 maanden, en 29% meer dan 12 maanden geleden. Binnen dezelfde groep rapporteerde 13% dat zij binnen de vier uur na het eten van een product met cannabis een voertuig hadden bestuurd. Tweeëndertig procent (32%) deed dit de afgelopen 30 dagen, 40% in de laatste 12 maanden, en 29% meer dan 12 maanden geleden (Health Canada, 2021b).

Mensen werden ook gevraagd naar polydruggebruik en het besturen van een voertuig. Negentien procent (19%) gaf aan te hebben gereden na consumptie van cannabis in combinatie met alcohol, 7% gaf aan dit te doen in combinatie met een andere drug dan alcohol (Health Canada, 2021b).

De redenen die personen gaven voor het besturen van een voertuig na consumptie van cannabis zijn uiteenlopend. Veel personen geven aan dat ze zich niet vertraagd voelden door hun consumptie (78%). Anderen dachten dat ze veilig konden rijden (24%) en bijna evenveel mensen gaven aan dat ze niet ver dienden te rijden (23%). Anderen indiceerden dat ze geen alternatief transport hadden (12%), dat ze niet dachten betrapt te worden (9%) of andere redenen (8%) (Health Canada, 2021b).

Verkeersongevallen en fataliteiten

Er werden geen cijfers gevonden over verkeersongevallen of fataliteiten gerelateerd aan cannabis.

Extra indicatoren

Health Canada poogt met het bevragen van nieuwe indicatoren een zo duidelijk mogelijk beeld te krijgen van het gebruik van cannabis in het land. Daarom bevragen ze niet enkel wat een persoon gebruikt, maar bijvoorbeeld ook hoeveel een persoon gemiddeld aanschaft, legaal of illegaal. Als er enorme discrepanties zijn tussen wat een persoon aanschaft en wat deze verbruikt, kan men zich afvragen wat er gebeurt met het overschot. Als een persoon veel meer aankoopt dan deze aangeeft te gebruiken, is het mogelijk dat de rest verkocht wordt of wordt uitgedeeld. Een andere indicator die bevraagd wordt, is het gemiddelde bedrag dat een persoon elke maand spendeert aan cannabis. Canadezen gaven aan gemiddeld 49$ per maand te spenderen aan de legale markt en 42$ aan de illegale markt. Hiermee krijgt men een genuanceerder beeld van de legale markt en haar gebruikers (Health Canada, 2021b).

3.8. De Verenigde Staten en een commerciële cannabismarkt

In de Verenigde Staten is de legalisatie van cannabis doorgevoerd in 18 staten, in de stad Washington D.C. en in buitenlandse territoria, met andere staten die volgen in de toekomst. De eerste staten die legaliseerden waren Washington en Colorado in 2012. De overgrote meerderheid van de staten hervormde via een volksreferendum, met uitzondering van Vermont waar de regulering werd doorgevoerd door de regering. De meeste cijfers die voorhanden zijn omtrent het cannabisgebruik komen uit Colorado en Californië. In Colorado is dit het geval omdat de legale markt er het langst aanwezig is. Californië levert ook veel cijfers omdat er wegens de grootte van de staat (meer dan 39 miljoen inwoners) en de markt veel onderzoek gebeurt. Het is moeilijk om de Verenigde Staten als land te analyseren omdat: (1) cannabis er federaal nog steeds illegaal is;

(2) er weinig federale cijfers voor de legale cannabismarkt zijn; (3) elke staat het gebruik van cannabis binnen haar eigen gebied onderzoekt; en (4) de legale recreatieve markt en de cijfers worden beïnvloed door de aanwezigheid van een lakse legale markt voor medicinaal cannabisgebruik.

Voor deze sectie wordt, waar mogelijk, eerst gekeken naar studies voor de Verenigde Staten als geheel. Dit zijn veelal studies die staten met legale recreatieve cannabis vergelijken met staten waar dit nog steeds illegaal is. Deze studies worden gecombineerd met twee uitgebreide studies van het EMCDDA en Trimbos-instituut. Waar er geen federale cijfers beschikbaar zijn, worden cijfers bekeken van de specifieke staten die genoemd worden. Hiervoor worden rapporten van de staten zelf gebruikt. Deze worden vaak jaarlijks geüpdatet en bevatten zo recent mogelijke cijfers. Waar nodig wordt aangevuld met wetenschappelijke artikels.

Attitudes en gedrag

Prevalentie

Verschillende studies bekijken het gebruik van cannabis over de hele Verenigde Staten en vergelijken staten die cannabiswetgeving voor recreatieve doeleinden (RCL of *recreational cannabis laws*) hebben ingevoerd met staten zonder legale recreatieve cannabis. De gegevens tonen dat staten waar recreatief cannabisgebruik is toegestaan in het algemeen een verhoogde prevalentie onder volwassenen vertonen ten opzichte van staten waar dit niet zo is. Het is echter onduidelijk of de verhoogde prevalentie te wijten is aan de verandering in beleid of een bestaand regionaal verschil in normen, attitudes en risicopercepties. Staten met een liberaler cannabisbeleid kenden reeds hogere prevalentiecijfers voor de verandering in het beleid doorgevoerd werd (Cerdá et al., 2019; EMCDDA, 2020b; Goodman et al., 2020; Trimbos-instituut, 2017).

Volgens gegevens van de Nationale Bevraging over Druggebruik en Gezondheid (National Survey on Drug Use and Health, NSDUH) gebruikten in 2018 zo'n 10,5% van de Amerikanen boven de 18 jaar cannabis in de afgelopen maand. Zowel het gebruik in het afgelopen jaar als in de afgelopen maand waren hoger in de staten van de VS die legaliseerden dan in de staten die dit niet deden (Goodman et al., 2020).

De studie van Cerdá et al. (2019) bekeek het verband tussen cannabislegalisatie voor recreatieve doeleinden en veranderingen in gebruik en stoornissen gerelateerd aan gebruik van 2008 tot 2016. In de leeftijdsgroep 18-25 jaar werden er geen verbanden gevonden. Bij respondenten boven 26 jaar verhoogde het laatstemaandgebruik van 5,65% voor de legalisering (2008-2011) naar 7,10% na de legalisering (2012-2016).

Nationaal steeg het aantal personen boven de 12 jaar dat in het afgelopen jaar cannabis gebruikte van 11,0% in 2002 tot 17,5% in 2019, het hoogste cijfer tot dan toe. Bij de 18-25-jarigen steeg het laatstejaarsgebruik van 29,8% in 2002 tot 35,4% in 2019. Bij degenen ouder dan 26 jaar steeg het van 7,0% tot 15,2% (SAMHSA, 2020).

Voor 65-plussers steeg het laatstejaarsgebruik van cannabis significant tussen 2015 en 2018, van 2,4% naar 4,2%. Er is eveneens een verhoging in cannabisgebruik bij ouderen die reeds alcohol consumeren (Han & Palamar, 2020).

De staten Colorado en Washington rapporteren beide stijgingen in prevalentie van gebruik bij volwassenen en in Californië was er een groter risico op zowel ooitgebruik als laatstemaandgebruik sinds de legalisatie. Ook Alaska rapporteerde een toegenomen huidig gebruik van cannabis sinds

2008 (Alaska Department of Health and Social Services, 2020; Colorado Department of Public Health & Environment, 2020, 2021; Darnell & Bitney, 2017; Mosher & Akins, 2020; RMHIDTA, 2020).

Jongeren

De cijfers voor het gebruik van cannabis onder jongeren zijn niet sluitend. Vergeleken met andere landen waren het laatstejaarsgebruik, laatstemaandgebruik en dagelijks gebruik hoger in de VS (en in Canada) dan bijvoorbeeld in Engeland, maar deze trend was historisch reeds het geval. Het percentage van jongeren dat rapporteerde de afgelopen dag cannabis te hebben gebruikt steeg voor zowel de VS als Canada, terwijl het in Engeland stabiel bleef. Prevalentiecijfers voor de afgelopen twaalf maanden zijn veelal stabiel gebleven, hoewel deze trend nu lijkt te veranderen in de VS. Als de staten die recreatief gebruik legaliseerden vergeleken worden met de staten die dit niet deden, dan zien we gelijkaardige cijfers: in beide gevallen rapporteerden jongeren tegen 2019 gelijkaardige prevalentiecijfers. De staten die niet legaliseerden hadden een iets hoger dagelijks gebruik. Deze cijfers zijn stabiel sinds 2018 (Hammond et al., 2021; Wadsworth & Hammond, 2018).

De studie van Cerdá et al. (2019) vond geen bewijs dat de invoering van de recreatieve cannabismarkt een verhoging in het laatstemaandgebruik veroorzaakte bij jongeren van 12-17 jaar. Nog andere studies tonen mogelijk een daling in prevalentiecijfers bij jongeren sinds recreatief cannabisgebruik legaal werd (EMCDDA, 2020b).

Een studie van Trimbos meldt dat de prevalentiecijfers bij jongeren verschillen van staat tot staat. Een rapport van de staat Washington zelf, uit 2017, verklaart dat het gebruik bij de jeugd is afgenomen. Hetzelfde rapport geeft ook aan dat de jeugd in Washington moeilijker aan cannabis geraakt sinds de legalisatie (Darnell & Bitney, 2017). In Colorado werden er geen verschillen waargenomen bij jongeren pre-legalisering en post-legalisering (Trimbos-instituut, 2017). In Californië is het laatstemaandgebruik bij jongeren van 12 tot 17 jaar gestegen. Het ooitgebruik van alle middelen, inclusief cannabis, bevindt zich in Californië sinds 2011-2013 in een dalende lijn (CHIDTA, 2020). In Alaska is er een lichte stijging in gebruik bij jongeren van 14-18 jaar sinds de legalisatie in 2015, hoewel er algemeen een daling is in het gebruik sinds 2007 (Alaska Department of Health and Social Services, 2020).

Het is moeilijk om conclusies te trekken uit deze cijfers, zowel voor jongeren als voor volwassenen. Zijn stijgingen in gebruik het resultaat van de veranderende cannabismarkt? Komen ze voort uit een methodiek van zelfrapportage in de vraagstelling, gekoppeld aan een lager stigma om gebruik te melden? Heeft een stabilisatie in gebruik te maken met de invloed van de medicinale cannabismarkt die al meer dan tien jaar actief is, zodat de recreatieve markt in principe weinig invloed uitoefent? Verder is er ook een verschil tussen experimenteel gebruik en voortgezet of zelfs problematisch gebruik (Mosher & Akins, 2020; Smart & Pacula, 2019).

Frequentie

De studie van Cerdá et al. (2019) rapporteerde dat van alle respondenten boven de 18 jaar die ooit cannabis hadden gebruikt 21,1% cannabis gebruikte in de laatste 30 dagen en 7,7% frequent gebruikte (20 of meer dagen in de laatste maand). Sinds de legalisatie was er bij alle leeftijdsgroepen een lichte stijging in frequent cannabisgebruik onder de laatstemaandgebruikers, van 2,1% voor de legalisatie naar 2,6% na de legalisatie. Bij jongeren van 12-17 jaar steeg dit licht,

van 4,8% naar 5,3%, onder 18-25-jarigen van 13,1% naar 14,0%. Boven de 26 jaar bleef frequent gebruik nagenoeg gelijk.

Een studie van Goodman et al. rapporteert dat 34,4% van de respondenten in de laatste 12 maanden cannabis gebruikte. Vijfentwintig procent (25,0 %) deed dit minstens maandelijks, 18,2% minstens wekelijks en 11,3% gebruikte dagelijks of bijna dagelijks. Deze cijfers liggen in de studie van Goodman et al. voortdurend hoger in staten waar cannabis gelegaliseerd is. Personen in staten waar recreatief gebruik van cannabis legaal is, gebruikten ook gemiddeld op meer dagen van het jaar cannabis dan degenen in staten waar recreatief gebruik niet legaal is: 156 dagen ten opzichte van 148 dagen. De gemiddelde leeftijd van eerste gebruik was daarentegen hoger in staten met legale cannabis (19,1 jaar) dan in staten met illegale cannabis (18,7 jaar) (Goodman et al., 2020).

Onderzoek van Goodman et al. keek ook naar de kwantiteit van cannabis die gebruikt werd. Zij zagen echter geen significant verschil in de gemiddelde hoeveelheid gedroogde bloemen gebruikt in de laatste 12 maanden tussen Canada (gemiddeld 229,4 gram), de staten in de VS waar recreatief gebruik illegaal is (gemiddeld 210,3 gram) en de staten die recreatief gebruik legaliseerden (218,8 gram) (Goodman et al., 2020).

In Colorado steeg het wekelijks gebruik van 25,1% in 2014 naar 31,6% in 2019 en het dagelijks gebruik steeg van 44,3% naar 48,2% (Colorado Department of Public Health & Environment, 2021). Cijfers in Colorado geven aan dat een minderheid van de gebruikers het leeuwendeel van de geconsumeerde cannabis gebruikt. De personen die (bijna) dagelijks cannabis gebruiken, vertegenwoordigen 22,5% van de gebruikers maar zijn verantwoordelijk voor 71,1% van alle geconsumeerde cannabis (Subritzky et al., 2020). In Alaska steeg zwaar cannabisgebruik (op 20 of meer dagen in de laatste maand) tussen 2016 en 2017 statistisch significant voor de 25-34-jarigen en voor de 55-65-jarigen. In andere leeftijdsgroepen steeg het zwaar gebruik eveneens, maar was de stijging niet statistisch significant. Voor jongeren van 14 tot 18 jaar fluctueert zwaar gebruik over de jaren, maar daalt het algemeen sinds 1995 (Alaska Department of Health and Social Services, 2020).

Methodes van consumptie

Sinds de implementatie van de legale recreatieve cannabismarkt in de VS zijn verschillende cannabisproducten beschikbaar voor de consument. Studies tonen aan dat in staten die legaliseerden het gebruik van niet-rookbare cannabisproducten in de lift zit. Hoewel dit gezondheidsvoordelen kan opleveren vanwege de verminderde consumptie van tabak, bevatten producten zoals oliën en concentraten vaak hogere THC-waarden (Smart & Pacula, 2019).

Van de personen die in de studie van Goodman et al. aangaven cannabis te hebben gebruikt in het laatste jaar gebruikte 77,7% wiet, gevolgd door eetbare producten (51,4%), cannabisolie gevaporiseerd (39,8%), hasj (23,8%), cannabisolie oraal geconsumeerd (23,8%), concentraten (22,0%), zalven (21,1%), cannabis bevattende dranken (17,0%) en tincturen (13,0%). De studie geeft ook de frequentie van gebruik voor elk cannabisproduct. Hier zien we dat wiet het vaakst dagelijks gebruikt wordt (32,8%), gevolgd door concentraten (22,6%) en zalven (21,2%) (Goodman et al., 2020). In een andere studie werden resultaten over drie periodes van meting bekeken: 2017, 2018 en 2019. Cannabis roken zonder tabak blijft de populairste vorm, ook al daalde het percentage van personen dat aangaf zo te consumeren van 88,6% naar 81,9%. Het roken van wiet met tabak bleef stabiel, net als het aantal personen dat een waterpijp of bong gebruikte of cannabis in eetbare vorm consumeerde. De grootste toename vindt men bij de personen die een e-sigaret gebruiken om cannabisolie te vapen. In 2017 gaf 24,2% van respondenten aan een e-sigaret of

e-vape te gebruiken, in 2019 was dit gestegen tot 52,1%. Een gelijkaardige stijging vinden we bij het gebruik van extracten zoals olie, wax en andere. In 2017 gaf 26,7% aan een cannabisextract te gebruiken, in 2019 was dit gestegen tot 41,0% (Hammond et al., 2021).

Onderzoek toonde aan dat het voor jongeren in staten die legaliseerden dubbel zo waarschijnlijk was dat ze al geëxperimenteerd hadden met vapen als voor jongeren in staten waar het gebruik illegaal is. Hetzelfde zagen de onderzoekers voor het gebruik van eetbare cannabisproducten in staten waar thuiskweek gelegaliseerd was. Een reden hiervoor kan zijn dat jongeren de restproducten (knipafval) van hun oogst verwerken tot eetbare producten. Jongeren in staten met legale cannabis experimenteerden op vroegere leeftijd met vapen (1,7 maand vroeger, op 15,27 jaar vs. 15,41 jaar) en met eetbare producten (2,3 maand vroeger, op 14,83 jaar vs. 15,02 jaar) (Borodovsky et al., 2017).

In Colorado blijft het roken van cannabis de meest voorkomende manier van consumptie voor volwassenen (14,4%), gevolgd door eten of drinken (8,1%), vapen (6,1%), dabbing (3,7%; het consumeren van wax of andere producten die via een speciaal apparaat verwarmd worden voor rookbare consumptie) en andere methoden (2,2%) (Colorado Department of Public Health & Environment, 2021). Deze trend houdt aan voor Alaska in 2017, waar 86% van de respondenten aangeeft cannabis te roken, 7% eet of drinkt cannabis, 3% vaporiseert het, 2% consumeert het via dabbing, en 2% gebruikt andere methoden (Alaska Department of Health and Social Services, 2020). In Washington is er een toename in de verkoop van eetbare producten met cannabis, extracten voor inhalatie en andere consumptievormen. Cannabis roken blijft evenwel de meest populaire manier van consumptie (Smart et al., 2017).

Het is moeilijk om aan deze cijfers een netto positief of negatief effect toe te schrijven. Een shift naar het gebruik van cannabisproducten die niet gerookt worden, kan longklachten op korte en lange termijn helpen te vermijden. Daarentegen bevatten producten als vaporizers, eetbare producten, wax, oliën en tincturen vaak een (veel) hoger THC-gehalte. Onderzoek zegt dat hogere hoeveelheden THC vaker gelinkt worden aan psychotische stoornissen door het gebruik van cannabis.

Attitudes

Sinds 2015 is de risicoperceptie omtrent cannabisgebruik bij personen ouder dan 12 jaar gedaald. In 2015 dacht 36,3% van deze groep dat wekelijks cannabis roken risicovol was, in 2019 was dit gedaald tot 29,2%. Eenzelfde daling deed zich voor bij adolescenten van 12 tot 17 jaar, van 40,6% in 2015 tot 34,6% in 2019, bij de leeftijdsgroepen van 18-25 jaar en bij de volwassenen boven 26 jaar (SAMHSA, 2020).

Verschillende staten vroegen naar de attitudes omtrent cannabis voor en na legalisatie. Een studie in Washington gebruikt data van het SSDP, een longitudinale cohortstudie waarin personen werden bevraagd, vanaf hun 10 jaar in 1985 tot hun 39 jaar in 2014. Uit deze ondervraagden werden 395 personen gecontacteerd die nu ouder van een kind zijn, en die hun kind(eren) minimaal één keer per maand zien. Zij werden gevraagd of het gebruik van cannabis gevaarlijk was, en of ze recreatief gebruik goedkeurden. Toen de ondervraagden 18 jaar waren in 1993 gaf 25% aan dat zij het gebruik van cannabis goedkeurden. In 2014, het jaar dat de verkoop van cannabis gelegaliseerd werd, was dit cijfer gestegen tot 52% van de ondervraagden. De perceptie van het risico van cannabis zag een omgekeerde evolutie: deze daalde door de jaren heen bij de ondervraagden (Kosterman et al., 2016).

In Oregon werden twee cohorten met elkaar vergeleken. De eerste cohort ging over van de 8e graad (equivalent van tweede middelbaar; 13-14 jaar) naar de 9e graad (equivalent van 3e middelbaar; 14-15 jaar) voor de legalisatie van cannabis. De tweede cohort deed hetzelfde, maar na de legalisatie van cannabis. Zij werden gevraagd hoe bereidwillig ze zouden zijn om cannabis te proberen als ze met vrienden waren en er cannabis beschikbaar was. In het legalisatiecohort hadden jongeren uit gemeenten die beslist hadden de verkoop van cannabis niet toe te laten, een verhoogde intentie om cannabis te gebruiken. Degenen die kwamen uit gemeenten die wel cannabis verkochten hadden minder kans op een toename van de intentie om cannabis te gebruiken. Jongeren die van de 8e op de 9e graad overgingen voordat cannabis gelegaliseerd werd en die woonden in gemeenten die cannabisverkoop niet zouden toelaten hadden een lagere intentie om te gebruiken in vergelijking met cohortgenoten die woonden in gemeenten waar cannabisverkoop wel zou worden toegelaten. Jongeren in het legaliseringscohort in gemeenten die verkoop toelaten hadden minder kans op een toename van de intentie om marihuana te gebruiken (Rusby et al., 2018).

Polydruggebruik

Er wordt getheoretiseerd dat cannabis een vervanger kan zijn voor andere middelen. Verschillende studies pogen dit te onderzoeken voor verschillende middelen, voornamelijk bij alcohol en opioïden. Een literatuurstudie van Smart en Pacula (2019) overloopt de studies voor verschillende substanties. De meerderheid van deze studies bekijkt de invloed van legale cannabis voor medicinale doeleinden op het gebruik van andere middelen. Er is evenwel zeer weinig onderzoek naar polydruggebruik.

Smart en Pacula (2019) vinden zeven studies die de invloed van legale cannabis op de consumptie van alcohol onderzoeken. Vijf daarvan baseren zich op medische cannabiswetten en twee op de recreatieve cannabiswetgeving. Onderzoek naar het gebruik bij jongeren vond geen eenduidige resultaten en veelal niet-significante effecten. Onderzoek naar volwassenen is evenmin overtuigend. Verder zijn de onderzoekers het erover eens dat er meer onderzoek dient te gebeuren nu de markt voor recreatief cannabisgebruik langer is gelegaliseerd. Momenteel zijn er enerzijds te veel verschillen in methodologie tussen de verschillende onderzoeken en anderzijds te grote verschillen tussen het alcoholbeleid in de verschillende staten (Smart & Pacula, 2019). Onderzoek van de staat Alaska bevroeg het gebruik van cannabis in combinatie met alcohol. Van de ondervraagden in 2016 meldde 53% dat ze dat jaar alcohol in combinatie met cannabis gebruikt hadden. Het combineren van alcohol en cannabis wordt in de VS *crossfading* genoemd (Alaska Department of Health and Social Services, 2020).

Er werd eveneens gekeken naar de effecten van een grotere beschikbaarheid van cannabis (voor medicinale of recreatieve doeleinden) op legaal voorgeschreven opioïden – een grote epidemie in de VS. Er werd echter geen duidelijk effect gevonden. Noch de mortaliteit door opioïden noch opioïdengerelateerde schade werden duidelijk positief of negatief beïnvloed door de grotere beschikbaarheid van legale cannabis. Het meest overtuigend was de invloed op de prescriptie van opioïden. In zeven studies werd een negatieve correlatie gevonden tussen staten met legale medicinale of recreatieve cannabis en voorschriften voor opioïden. Volgens Smart en Pacula echter kunnen deze studies niet als sluitend worden ervaren omdat de invloed kleiner wordt over de jaren heen, wat suggereert dat er een invloed is van andere variabelen (Smart & Pacula, 2019). In de studie van de gezondheidsdienst van Alaska rapporteerde 26% van de cannabisgebruikers cannabis te gebruikten ter vervanging van voorgeschreven opioïden (Alaska Department of Health and Social Services, 2020).

Voor tabak stellen Smart en Pacula dat de data het meest robuust zijn, hoewel er zeker nog terughoudendheid geboden is. De studies suggereren een negatieve correlatie tussen de implementatie van medicinale en recreatieve cannabiswetten en het gebruik van sigaretten en tabak bij volwassenen, alsook met de frequentie van sigarettengebruik bij dagelijkse rokers (Smart & Pacula, 2019). In Alaska verklaarde de helft (49%) van de respondenten dat ze cannabis gebruikten in combinatie met tabak. Dit gebeurt zowel in aparte producten (het roken van sigaretten naast cannabisproducten) als in gecombineerd gebruik in joints (Alaska Department of Health and Social Services, 2020). Ook deze cijfers dienen genuanceerd te worden. Ten eerste vond men dat vooral het cannabisgebruik bij laatstemaandgebruikers van tabak is verhoogd. Omgekeerd is het gebruik van tabak bij laatstemaandgebruikers van cannabis gedaald. Verder daalt het gebruik van tabak in de algemene populatie. Daarnaast is het onduidelijk of een negatieve correlatie te wijten is aan de beschikbaarheid van cannabis. Ook is er een shift bezig van tabak naar e-sigaretten en vaping.

Markten en Omgeving

Verandering in potentie

Er is een toename van cannabisproducten met een hoge potentie, zoals wax, shatter en oliën. Het gemiddelde THC-gehalte van deze producten ligt rond de 70%, terwijl het in sommige gevallen kan oplopen tot 87%. Goodman et al. (2020) vonden dat de kans dat deze soort producten met hoge THC-waarden gebruikt worden 1,4 tot 1,8 maal groter is in staten met legale cannabis (na correctie op sociodemografische kenmerken). De toename in potentie van cannabisproducten in legale staten is een trend die ook opgemerkt wordt door verschillende andere onderzoekers (Cerdá et al., 2019; Smart et al., 2017; Smart & Pacula, 2019). Een rapport van de staat Californië vermeldt dat de toename van THC in cannabis sinds 1995 een nationale trend is. Terwijl het gemiddelde THC-gehalte in wiet in 1995 nog 4% bedroeg, is dat in 2018 gestegen tot 18%. Het CBD-gehalte is echter niet mee gestegen en bevindt zich gemiddeld onder 1%. Het gemiddelde THC-gehalte voor geconcentreerde cannabis steeg nationaal van 13% in 1995 naar 61% in 2018 (CHIDTA, 2020).

In de staat Washington is er een toename van de verkoop van cannabisproducten met een hoger THC-gehalte, zoals eetbare producten, oliën en wax. Het THC-gehalte in Washington is eveneens hoger (een gemiddelde van 20,6%) vergeleken met illegale markten (Smart et al., 2017).

In Colorado ligt het THC-gehalte van wiet gemiddeld op 19,6%, met een bovengrens van 36% in 2017. Dit bleef relatief stabiel sinds 2014. In 2020 lag bij 92% van alle verkochte producten het THC-gehalte boven 15%. Het THC-gehalte in concentraten stijgt geleidelijk over de jaren, van gemiddeld 56,6% THC in 2014 naar gemiddeld 68,6% THC in 2017. Sommige cannabiswinkels adverteren producten met THC-waardes tot 95%. In tegenstelling tot wat we bij concentraten zien, is de THC-waarde van eetbare producten gedaald over dezelfde periode en zijn er restricties gekomen: 10mg THC per eetbare portie en een maximum van 100mg THC in een pakket. Deze restricties kwamen er na klachten over de publieke gezondheid omwille van overdosissen bij volwassenen en niet-intentionele consumptie bij kinderen (Colorado Department of Public Health & Environment, 2020).

Zuiverheid

Het gebruik van pesticiden in de cannabisindustrie is minder onderzocht vanwege de illegaliteit van cannabis op het federale niveau.

Eén studie onderzoekt het gebruik van pesticiden op de legale cannabismarkt in Colorado. De onderzoekers merken op dat er negatieve consequenties zijn voor de publieke gezondheid door het gebruik van pesticiden met een verhoogde toxiciteit, voornamelijk in cannabisconcentraten[24]. Een tweede opmerking is dat Colorado, als pionier, achterloopt wat betreft kennis over het gebruik van pesticiden. Ten tijde van het onderzoek in 2016 bestond er eveneens nog geen regelgeving maar dat is ondertussen aangepast met een lijst van toegelaten pesticiden die voortdurend wordt bijgewerkt (Subritzky et al., 2017).

Onderzoek naar het gebruik van pesticiden in Oregon vond dat de overgrote meerderheid van de gebruikte pesticiden niet toegelaten waren voor gebruik door de staat Oregon. Slechts 3 van de 50 gevonden pesticiden stonden op de aanbevolen lijst. Volgens de classificatie van de Wereldgezondheidsorganisatie waren 3 pesticiden extreem gevaarlijk, 6 waren enigszins gevaarlijk, 22 waren matig gevaarlijk, 4 waren licht gevaarlijk en 15 waren niet gevaarlijk. Noch de studie van de staat Oregon noch de WHO houdt rekening met inademing van eventuele schadelijke pesticiden door werkkrachten in de cannabisindustrie (Evoy & Kincl, 2019).

Gezondheid

*Risicovol of problematisch cannabisgebruik*In de studie van Cerdá et al. (2019) over de gehele VS vroegen de onderzoekers naar veranderingen in het gebruik van cannabis en Cannabis Use Disorder (CUD) tussen 2008 en 2016. In de leeftijd van 12-17 jaar is het aantal mensen dat het laatstejaare Cannabis Use Disorder ervaarden licht gestegen van 2,18% naar 2,72% sinds de invoering van wetten die recreatief cannabisgebruik toelaten. Dit is een stijging van 25% ten opzichte van dezelfde leeftijdsgroep in staten die op het moment van de studie geen recreatieve cannabiswetten hadden. Onder laatstejaarsgebruikers van cannabis in deze leeftijdsgroep steeg Cannabis Use Disorder van 22,80% naar 27,20% De resultaten zijn echter sensitief voor niet onderzochte variabelen. Er werd geen associatie gevonden onder respondenten van 18-25 jaar. Deze leeftijdsgroep rapporteerde een lichte daling van 3,62% naar 3,48% voor CUD in de laatste 12 maanden onder alle respondenten van de studie, en een daling van 16,60% naar 15,68% onder laatstejaarsgebruikers. In de leeftijdsgroep 26+ werden voor beide criteria lichte stijgingen gerapporteerd: 0,90% naar 1,23% voor alle respondenten en 9,09 naar 10,44% voor laatstejaarsgebruikers (Cerdá et al., 2019).

Een evaluatiestudie van Smart en Pacula onderzoekt de effecten van een liberalisering van de cannabismarkt op Cannabis Use Disorder. Zij bekijken evenwel enkel de legale medicinale markt. In zeven geïncludeerde studies vonden zij gemengde resultaten: niet-significante resultaten, significant positieve resultaten en significant negatieve resultaten. Later werk dat twee extra jaren includeert vond dat staten die cannabiswinkels toelieten significant hogere behandelingsaantallen hadden. De onderzoekers waarschuwen dat deze cijfers niet doorslaggevend zijn (Smart & Pacula, 2019).

Deze cijfers dienen genuanceerd te worden. Het kan jaren duren voordat een verandering in gebruikspatronen zich eventueel omzet in problematisch gebruik of in Cannabis Use Disorder. Hierna kan het nog langer duren voordat een gebruiker eventueel behandeling opzoekt. Het is mogelijk dat veranderingen in de cijfers het resultaat zijn van de legale markt voor medicinale cannabis, en nog niet die van de recreatieve markt. Daarnaast zijn cannabisbezit en -gebruik geen

[24] Het proces van concentratie verhoogt niet enkel het niveau van geselecteerde cannabinoïden zoals THC, maar ook de toxiciteit van residuele pesticiden.

criminele overtredingen meer, waardoor er na de legalisering een daling zal zijn in het aantal gedwongen opnames voor cannabis, die zich mogelijk reflecteert in de cijfers (EMCDDA, 2020b).

Behandelingen

SAMHSA, of de Substance Abuse Mental Health Services Administration, is het federale bureau van de Verenigde Staten dat zich bezighoudt met volksgezondheid en welzijn. Zij houden cijfers bij over het aantal aanvragen voor behandeling voor verschillende middelen in door de overheid gefinancierde inrichtingen. In 2018 registreerde SAMHSA een totaal van 208.843 aanvragen voor behandeling met cannabis als primair middel bij personen boven 12 jaar. Dit betrof 11,2% van het totale aantal aan middelen gerelateerde behandelingen. Van 2009 tot en met 2019 is er een daling in het aantal aanvragen voor behandeling voor cannabis als primaire substantie: van 372.418 aanvragen of 18,2% van het totale aantal aanvragen naar de bovengenoemde 11,2% (SAMHSA, 2021).

Colorado houdt sinds 2006 het aantal aanvragen voor behandeling bij voor de leeftijdsgroepen 12-17, 18-20, 21-25, en 26+. Vergeleken met andere middelen zijn aanvragen voor cannabis in dalende lijn sinds 2009, toen cannabis met 6.868 aanvragen op de tweede plaats stond na alcohol. In 2019 is dit aantal gedaald tot 5.394 aanvragen en staat cannabis op de vierde plaats, na alcohol, methamfetamine en heroïne. Dit is een daling van 21% over alle leeftijdsgroepen. Het aantal behandelingen daalde evengoed voor elke leeftijdsgroep behalve voor 26+, waar het steeg van 35,8% van alle aanvragen tot 54,6% van alle aanvragen (RMHIDTA, 2020).

In Californië liggen de behandelingsaanvragen voor cannabis het hoogst in de leeftijdsgroep van 12-17 jaar. Deze cijfers zijn evenwel gedaald van 43,9% in 2015 naar 41,0% in 2019. Het aantal opnames is het laagst in de leeftijdsgroep 18-25 jaar, waar het aantal aanvragen is gedaald van 23,8% in 2015 naar 20,8% in 2019. In de groep van 26-plussers steeg het aantal aanvragen van 32,5% in 2015 tot 38,2% in 2019 (CHIDTA, 2020).

In Alaska houdt men geen cijfers per leeftijdsgroep bij. Van de 6.800 mensen die een publiek gefinancierde behandeling voor middelenafhankelijkheid kregen in 2018, kregen 550 personen of 8% dit voor cannabis als primaire substantie. Dat is gelijkaardig aan vorige jaren. Het aantal mensen dat een behandeling voor cannabis als primair middel kreeg steeg licht in 2016 (van 603 naar 631) en daalde toen weer in 2017 en 2018 (respectievelijk 563 en 550) (Alaska Department of Health and Social Services, 2020).

Cijfers in alle drie de staten reflecteren de nationale trend, waar het aantal aanvragen daalt voor alle leeftijdsgroepen behalve voor degenen die ouder zijn dan 26 jaar (CHIDTA, 2020).

Aanmeldingen in het ziekenhuis of antigifcentrum

Cijfers over cannabisgerelateerde ziekenhuisaanmeldingen in Colorado in 2018 en 2019 waren nog niet voorhanden in 2020. Cijfers uit 2017 tonen een voortdurende stijging sinds 2000, met een sterke stijging sinds de legalisatie van recreatieve cannabis in 2013 (RMHIDTA, 2019). Het aantal aanmeldingen in het antigifcentrum is eveneens in stijgende lijn sinds 2009. Gekeken per leeftijdsgroep zien we dat het voornamelijk kinderen jonger dan 12 jaar zijn die worden blootgesteld. Zij zijn de enige leeftijdsgroep waarbij de blootstellingen in een continu stijgende lijn zitten sinds 2013. We zien ook dat de producten waaraan zij blootgesteld worden zijn veranderd. In 2016 bedroeg wiet nog 80% van de oproepen, terwijl dit in 2019 daalde tot slechts 13%. Blootstelling aan eetbare producten steeg fenomenaal van 18% in 2016 tot 66% in 2017 en daalde

dan tot 56% in 2019. Voor andere producten steeg dit van 2% in 2016 tot 31% in 2019 (RMHIDTA, 2020). Ook het EMCDDA rapporteert, op basis van de evaluatie van enkele studies, dat het aantal cannabisgerelateerde aanmeldingen in het ziekenhuis en het antigifcentrum in Colorado stijgt. Een eerste stijging deed zich voor sinds de medicinale cannabismarkt in Colorado operationeel werd, om vervolgens nog sterker te stijgen sinds ook recreatieve cannabis toegelaten werd. (EMCDDA, 2020b).

In Californië steeg het aantal aanmeldingen in het ziekenhuis voor alle opnames gerelateerd aan cannabisgebruik met 89% van 125.418 in 2016 tot 236.954 in 2019. Als gekeken wordt naar aanmeldingen enkel voor cannabis, dan is er van 2005 (1.412) tot 2019 (16.151) een stijging van 1044% waargenomen, met een stijging van 56% tussen 2016 (10.361) en 2019 (16.151). Tussen 2005 (1.393) en 2019 (14.993) was er eveneens een stijging van 993% voor cannabisgerelateerde aanmeldingen (CHIDTA, 2020).

In Alaska waren cannabis-gerelateerde diagnoses geïncludeerd in 5,1% van de residentiële en 0,5% van de ambulante ontslagen in 2017. De cijfers waren het hoogst in de leeftijdsgroep 22-44 jaar. Zij maakten meer dan de helft uit van alle cannabisgerelateerde diagnoses. Deze cijfers tonen een stijging sinds de implementatie van de legale cannabismarkt. Gekeken naar het aantal oproepen naar antigifcentra op jaarlijkse basis ziet men eveneens een stijging sinds de legalisatie, hoewel de cijfers laag liggen (van 8 oproepen in 2014 naar 31 oproepen in 2017) (Alaska Department of Health and Social Services, 2020)

Rijden onder invloed

Eén studie onderzoekt specifiek rijden onder invloed van cannabis sinds de legalisatie in verschillende staten. De onderzoekers vonden dat in staten waar recreatieve cannabis is gelegaliseerd, rijden na gebruik van cannabis gebruikelijker was dan in staten waar dit niet het geval is. Bij personen die de laatste 30 dagen cannabis hadden gebruikt, had 7,3% ook gereden onder invloed (ten opzichte van 5,5% in niet-legale staten). Ze reden ook vaker mee met een chauffeur die cannabis had gebruikt: 10,1% vs. 8,4% (in niet-legale staten) bij laatstemaandgebruikers, en 18,5% vs. 14,7% bij laatstejaarsgebruikers. Aan de andere kant waren personen uit legale staten meer geneigd om vooruit te plannen in hun gebruik zodat ze niet zouden rijden onder invloed (52,1% vs. 39;7%), geloofden ze vaker dat rijden onder invloed de kans op een ongeluk significant verhoogt (57,1% vs. 52,2%) en waren ze vaker in staat om te zien of iemand te veel cannabis op had om te rijden (36,2% vs. 33,6%) (Lensch et al., 2020).

Verkeersongevallen en fataliteiten

Het EMCDDA verzamelde verschillende studies omtrent rijden na cannabisconsumptie. Eén van de studies vond geen statistisch verschil in fatale ongevallen tussen staten waar recreatieve cannabis legaal is en staten waar dit niet het geval is. Een andere studie zag sinds de legalisering een verhoging van positieve THC-testen bij chauffeurs met 92% in Colorado en 28% in Washington. De auteurs van deze studie concluderen echter dat zij gelijkaardige cijfers aantroffen in de controlestaten, ondanks dat deze cannabis niet hadden gelegaliseerd. Twee andere studies keken specifiek naar de opening van de cannabiswinkels als ijkpunt. In één studie vond men een statistisch significante stijging in het aantal crashes na het openen van de winkels. In de andere studie vond men dat het openen van winkels gepaard ging met een statistisch significante stijging in het aantal dodelijke verkeersslachtoffers in Colorado, Washington en Oregon. Opnieuw zijn er iets of wat gemengde resultaten, waarschijnlijk als gevolg van verschillen in geëvalueerde

uitkomsten, analytische methodes of ijkpunten. Een andere mogelijkheid is dat het moeilijk is om beperking door intoxicatie exact te specifiëren (EMCDDA, 2020b).

Algemene opmerkingen

De doelstellingen van cannabislegalisatie in de Verenigde Staten zijn veelal gericht op: het verminderen van kosten en problemen geassocieerd met de illegale markt, gerechtigheid brengen voor de vele personen die opgesloten zitten wegens het gebruik van cannabis (zeker mensen van kleur), het verminderen van de gerechtskosten die hiermee gepaard gaan, en inkomsten genereren door belastingen te heffen op de productie en verkoop van cannabis. Het is mogelijk dat het beleid, ondanks een negatieve invloed op de volksgezondheid, toch als succesvol wordt gezien omwille van succes op deze vlakken (Pardo, 2020).

Verder is het eveneens belangrijk te beseffen dat de kortetermijneffecten van een beleid kunnen verschillen van de langetermijneffecten. Een verbeterde kennis over beschikbare producten, doelstellingen die worden bijgesteld en het eindigen van een periode van “nieuwigheid en nieuwsgierigheid” na een beleidsverandering, kunnen een grote invloed hebben op de volksgezondheid jaren nadat het beleid is veranderd.

Ten slotte is het afwachten tot er een federaal cannabisbeleid zal worden voorgesteld en wat hiervan de doelstellingen zullen zijn. Zal dit beleid meer gericht zijn op het beschermen van de volksgezondheid of ook de inkomsten van legale cannabis op de voorgrond stellen? Met de economische verliezen ten gevolge van de COVID-19-pandemie is het niet ondenkbaar dat de federale overheid van de VS (en andere landen) hierover zou nadenken.

4. Modellen in de steigers

Sinds de staten Colorado en Washington het recreatief gebruik van cannabis in 2012 hebben gelegaliseerd, zijn er veel andere staten in de VS, evenals landen overal ter wereld, die stappen richting legalisatie hebben gezet. Sommige daarvan zijn beschreven in deze studie. Andere niet, omdat de verandering in beleid te vers is om de invloed te kunnen beschrijven, omdat het beleid nog niet geïmplementeerd is of omdat er wel plannen zijn, maar deze nog niet goedgekeurd zijn. In dit hoofdstuk worden enerzijds de plaatsen benoemd die in 2021, tijdens het schrijven van deze studie, de stap hebben gezet richting legalisatie. Anderzijds worden de plaatsen genoemd die zaken in de steigers hebben staan.

4.1. Veranderingen in 2021

In 2021 hebben verschillende staten in de VS alsook Mexico het recreatief gebruik van cannabis gelegaliseerd. De opsomming hieronder betreft enkel plaatsen waar de veranderingen daadwerkelijk in wetgeving zijn gegoten.

- **Mexico** legaliseerde in juni cannabis voor recreatief gebruik en werd daarmee de grootste legale markt voor cannabis ter wereld. De wet is nog niet van kracht en voorstanders zijn niet overtuigd dat er in de praktijk snel iets zal veranderen (BBC, 2021).
- In juni ondertekende de gouverneur van **Connecticut** de wet die de verkoop en het gebruik van cannabis voor recreatieve doeleinden legaliseert.
- In juni beslist de staat **Louisiana** om het bezit tot 85 gram (3 ounces) te decriminaliseren.

- **Montana** stemde in mei 2021 om de getaxeerde verkoop van cannabis te legaliseren, terwijl persoonlijk gebruik reeds was toegestaan. De legale verkoop werd geImplementeerd vanaf 1 januari 2022.
- **Nevada** legaliseerde cannabis reeds in 2017 maar besliste in 2021 om ook cannabis lounges, waar personen cannabis ter plaatse kunnen consumeren, te legaliseren.
- **New Jersey** stemde in januari om cannabis te legaliseren. De gouverneur ondertekende deze wet in februari.
- **New Mexico** besliste in april om het recreatief gebruik van cannabis te legaliseren.
- **New York** besliste in maart om cannabis voor recreatief gebruik te legaliseren. De implementatie en regulering laten nog op zich wachten. Strafbladen worden wel onmiddellijk uitgewist.
- **Virginia** stemde in april voor de legalisering van cannabis en de wetgeving ging van kracht in juli.
- **Malta** keurde in December 2021 de legalisering van cannabis goed. In de volgende sectie staat meer uitleg over het voorlopig geplande cannabisbeleid.

4.2. In de steigers

Verschillende landen in Europa hebben projecten rond cannabislegalisatie in de steigers staan. Hieronder worden deze opgesomd.

Duitsland

In 2021 kwam de nieuwe regering van Duitsland overeen om de verkoop van cannabis voor recreatief gebruik te legaliseren. De verkoop zal gebeuren in winkels met licentie. Hoe de productie van cannabis zal gebeuren binnen dit systeem is nog niet bekend. De Duitse regering geeft zichzelf vier jaar om het beleid te implementeren en te evalueren op sociale impact (Marsh, 2021).

Groothertogdom Luxemburg

Luxemburg streeft ernaar om het eerste Europese land te zijn dat het gebruik en de verkoop van cannabis voor recreatieve doeleinden legaliseert en reguleert. De regularisatie van cannabis staat in het huidig regeerakkoord 2018-2023. Het initiële plan om de legalisatie tegen 2021 gestemd en uitgevoerd te hebben, is wegens de COVID-19-pandemie uitgesteld. De Luxemburgse regering plant wel om haar doelstelling zoals beschreven in het regeerakkoord te behalen. De hoofddoelstellingen in het akkoord zijn:

- legaliseren van de aankoop, het bezit en het verbruik van cannabis voor persoonlijke doeleinden door volwassen inwoners
- door legalisering consumenten weglokken van de criminele markt
- op een vastberaden manier de fysieke en psychische gevaren van cannabisgebruik verminderen (welke gevaren worden niet verduidelijkt)
- criminaliteit in de aanvoerketen bestrijden

Ze willen hiervoor een nationale productie- en verkoopketen opzetten onder staatscontrole. De inkomsten uit cannabis zullen prioritair geïnvesteerd worden in preventie, bewustmaking en zorg op het brede gebied van verslaving (*Accord de coalition 2018-2023*, 2018).

Zwitserland

Op 15 mei 2021 werd een amendement op de federale narcoticawet van kracht, waardoor proefprojecten voor het verstrekken van cannabis voor niet-medicinale doeleinden toegelaten werden. Dit amendement zal 10 jaar geldig zijn. De doelstelling is om de kennis te verhogen van de voor- en nadelen van gecontroleerde toegang tot cannabis en om de wetenschappelijke evidentie van een regulering te onderbouwen. Specifieke elementen voor de Zwitserse context zijn:

- de promotie van de individuele en volksgezondheid
- promotie van de publieke orde en de reductie van criminaliteit
- de bescherming van minderjarigen
- effectieve en billijke overheid

Omwille van de politieke structuur in Zwitserland kunnen verschillende entiteiten zoals kantons, gemeenten en universiteiten hun eigen proefprojecten opzetten, en is er niet één gecoördineerd project (zoals bv. in Nederland) (Federal Office of Public Health Switzerland, 2021).

Italië

In Italië heeft een referendum voor de decriminalisering van cannabis meer dan 500.000 stemmen behaald. Hierdoor dient er een nationale volksraadpleging te gebeuren. Deze staat mogelijk gepland voor 2022. Ondanks de naam “decriminalisering” pleit het voorstel wel degelijk voor de legale productie en verkoop van cannabis. Onder welk beleidsmodel dit zal gebeuren is tot op heden nog niet duidelijk (Jucca, 2021).

Malta

Malta keurde in december 2021 de legalisatie van recreatief cannabisgebruik toe. Dit zou inwoners toelaten om vier eigen planten te kweken en tot 7 gram cannabis op zak te hebben. Mensen die niet zelf cannabis kunnen of willen kweken hebben de mogelijkheid om lid te worden van een cannabisledenvereniging. Leden zullen slechts lid mogen zijn van één vereniging, waar ze 7 gram per dag mogen ontvangen en 50 gram per maand. De verenigingen dienen non-profit te zijn en mogen niet in handen zijn van bedrijven met winstmotief. De verenigingen mogen maximum 500 leden hebben en maximum 500 gram cannabis ter plaatse hebben. De implementatie zou gebeuren in 2022 (Times of Malta, 2021).

5. Bevindingen

5.1. Overzicht

Deze literatuurstudie bekeek verschillende modellen voor de regulering van cannabis. Het doel was enerzijds om de verschillende theoretische mogelijkheden en hun voor- en nadelen te belichten, alsook om te zien hoe de praktische toepassing van deze modellen eruitziet in verschillende landen. Anderzijds poogt deze studie ook om voor de verschillende modellen de impact op de volksgezondheid te schetsen.

In de inleiding werden definities uiteengezet. Hieruit werd duidelijk dat er uiteenlopende mogelijkheden zijn om een verandering in beleid – richting liberalisering – door te voeren. Sommige landen kiezen voor een decriminaliseringsbeleid voor persoonlijk gebruik, ofwel van cannabis ofwel van alle illegale middelen. Andere decriminaliseren eveneens de verkoop van cannabis tot op een bepaalde hoogte, terwijl de productie illegaal blijft. In sommige landen zijn gebruikersclubs ontstaan

op basis van het decriminaliseringsbeleid. Nog andere landen hebben cannabis voor recreatieve doeleinden volledig gelegaliseerd, van productie tot verkoop en gebruik. Een beleid kan in het rechtstelsel ingeschreven staan, in welk geval het de jure is. Als dit niet het geval is, wordt het beleid de facto gehandhaafd.

Verder werden er verschillende theoretische opties bekeken. Deze worden op een continuüm voorgesteld, gaande van meest prohibitief tot minst prohibitief. De meest prohibitieve modellen laten de markt over aan illegale actoren. Een ongereguleerde legale markt zal dan weer gedreven worden door winstbejag, waarbij er risico is dat de gezondheid van de consument uit het oog wordt verloren, zoals reeds gezien met tabak en alcohol. Op basis van dit spectrum zijn meerdere theoretische modellen nader bestudeerd. Het is belangrijk om te beseffen dat een theoretisch model zal afwijken van de praktische implementatie, en dat elk model voordelen en nadelen heeft. Na het uiteenzetten van de theoretische modellen, werden enkele landen onder de loep genomen die deze modellen in de praktijk hebben doorgevoerd. Hierna werden deze modellen bekeken in het licht van volksgezondheid.

Omwille van de omvang van deze studie was het onmogelijk om de volledige reikwijdte – op vlak van gezondheid, veiligheid en socio-economische invloeden – van elk model tot in de diepte uit te spitten. Daarnaast is de legalisatie van cannabis in sommige gebieden slechts enkele jaren oud. De volledige effecten van deze beleidsveranderingen zijn nog niet zichtbaar en de reeds zichtbare effecten zullen mogelijk nog veranderen door de jaren heen. Verder worden er nieuwe indicatoren en manieren van evaluatie ontwikkeld en is er peer reviewed onderzoek dat nu pas ontluikt. Eveneens is het belangrijk om de doelstellingen van elk beleid voor ogen te houden bij de analyse van de cijfers. Daarnaast zijn er ook verschillende vormen van beleidsveranderingen doorgevoerd in de laatste 20 jaar. Er zijn weinig studies die deze veelheid aan beleidsvormen in acht nemen. Ten slotte dient men eveneens in het achterhoofd te houden dat bij een versoepeling van het beleid stijgende cijfers mogelijk toe te schrijven zijn aan hogere zelfrapportage wegens een verminderd stigma of aan een fase van experimenteren die zich niet noodzakelijk vertaalt in voortdurend gebruik.

5.2. De verschillende modellen en landen

Als eerste werd een decriminalisering of depenalisering van cannabis voor persoonlijk gebruik besproken. Dit is het geval in meerdere landen ter wereld, waaronder **België**. Het Belgische drugbeleid heeft drie doelstellingen:

- Een daling van het aantal afhankelijke gebruikers
- Een daling van de fysieke en psychosociale schade van drugmisbruik
- Een daling van de negatieve gevolgen van het drugsfenomeen voor de samenleving.

Het laatstejaarsgebruik van cannabis werd gemeten vanaf 2004, ten tijde van de decriminalisering, en daalde sindsdien licht tot en met 2013 om daarna opnieuw te stijgen tot 2018. Voor een kleine meerderheid van de Belgen (59%) zou cannabis gereguleerd moeten worden. Bevraging naar de attitudes bij leerlingen van het middelbaar onderwijs wijst er mogelijk op dat cannabis meer en meer aanvaard wordt in deze groep. Cannabis wordt in België veelal gecombineerd met tabak, daarnaast wordt het vaak gecombineerd met alcohol en ook met andere illegale middelen. De potentie van cannabis stijgt eveneens en dit is een trend die in heel Europa wordt opgetekend. Onderzoek wijst uit dat een deel van de bevolking (3,1%) een verhoogd risico heeft op cannabisgerelateerde problemen volgens de CAST-schaal. Of dit aantal stijgt of daalt, kan uit de cijfers niet geconcludeerd worden. Het aantal opnames voor cannabisgerelateerde stoornis steeg

wel tussen 1999 en 2017. Bij chauffeurs die een speekseltest aflegden in 2018 testte 69% positief op cannabis. Aanmeldingen in het ziekenhuis en behandelingen gerelateerd aan cannabis stegen eveneens over alle meetjaren. Over de methodes van consumptie, de zuiverheid en het aantal verkeersongevallen en fataliteiten werden geen specifieke cijfers gevonden. Enkel de cijfers voor laatstejaarsgebruik daalden, en dit enkel in een specifieke periode. Verder gaat het grootste deel van de investeringen eerst richting hulpverlening, dan naar veiligheid en dan naar preventie en voorlichting.

Portugal decriminaliseerde in 2001 eveneens het persoonlijk gebruik maar deed dit voor alle illegale middelen. Voor elk middel wordt een andere hoeveelheid gezien als zijnde voor persoonlijk gebruik. Het doel van het Portugese drugbeleid is tweevoudig:

- Het aanpakken van de verslechterende gezondheid van gebruikers van illegale middelen aan het eind van de jaren 1990.
- Criminalisering en marginalisering van personen die drugs gebruiken tegengaan.

Tussen 2001 en 2007 steeg de prevalentie van ooitgebruik van cannabis terwijl zowel het laatstejaarsgebruik als het laatstemaandgebruik gelijk bleven. Naar 2017 toe daalde het ooitgebruik terwijl het laatstejaarsgebruik licht steeg. Bij scholieren van 15-16 jaar stegen zowel het ooitgebruik als het laatstemaandgebruik tussen 1995 en 2011. Beide cijfers daalden hierna naar 2019 toe. Qua attitudes is een meerderheid (62%) van de Portugezen voorstander van een regulering van cannabis, maar enkel voor medicinaal gebruik en op voorschrift. De potentie van cannabis in Portugal kende een gemiddelde van 6,9% THC voor wiet en 14,3% THC voor hasj. Dit zit in heel Europa in stijgende lijn. Risicovol of problematisch gebruik bij cannabisgebruikers bevond zich onder 1%. Behandelingen in verband met cannabis zitten in de lift sinds 2007. Er zijn geen duidelijke cijfers gevonden over rijden onder invloed van cannabis in Portugal. Het Portugese drugbeleid spitste zich toe naar gebruikers van alle illegale middelen, niet enkel cannabis. Hierdoor is een evaluatie aan de hand van cijfers enkel voor cannabis moeilijk uit te voeren.

De decriminalisering van cannabis voor persoonlijk gebruik en persoonlijke teelt zorgde voor de opkomst van gebruikersclubs, de zogenaamde Cannabis Social Clubs, voornamelijk in **Spanje**. Het Spaanse beleid heeft geen uitgesproken doelen. Het doel van de CSC's zelf is om personen van cannabis te voorzien zonder dat ze daarvoor naar de illegale markt dienen te gaan. Het ooitgebruik van cannabis in Spanje zit sinds 1995 in stijgende lijn, terwijl het laatstejaarsgebruik sinds 2001 relatief stabiel blijft. Bij scholieren van 14-18 jaar is cannabis het meest populaire middel, met 33% die dit ooit probeerde – een stijging ten opzichte van 1994. Het laatstejaarsgebruik in deze groep steeg eveneens sinds 1994, net als het gebruik in de afgelopen 30 dagen. Het percentage scholieren dat aangaf dagelijks of bijna dagelijks cannabis te gebruiken, steeg van 1994 tot 2018. In Spanje is het roken van cannabis de meest populaire vorm van consumptie, en veelal wordt wiet geconsumeerd. Het gebruik van een bong is eveneens populair, en het gebruik van de e-vape zit zowel bij volwassenen als bij jongeren (14-18 jaar) in de lift. Een minderheid van de volwassenen (1,2%) gaf aan dat ze cannabis zouden proberen mocht het gelegaliseerd worden. Tegelijkertijd is een meerderheid (60%) een regulering goedgezind. Bij scholieren was dit cijfer groter: 15,4% zou het wel proberen als het gelegaliseerd zou worden. Indien personen in Spanje cannabis combineren met een ander middel, wordt dit voornamelijk gedaan met tabak en/of alcohol. Problematisch cannabisgebruik is frequent in Spanje: 1,9% van de personen tussen 15 en 64 jaar vertoont hier tekenen van. Cannabis is het belangrijkste illegale middel waarvoor minderjarige personen opgenomen worden voor behandeling.

In **Nederland** is het persoonlijk gebruik eveneens gedecriminaliseerd, maar wordt dit gekoppeld aan een toegelaten verkoop onder voorwaarden. Tegelijkertijd blijven de productie en de aanvoer van cannabis illegaal waardoor een illegale aanvoermarkt naar de coffeeshops werd gevoed. De doelstellingen van de verkoop via coffeeshops waren duidelijk:

- de markt voor softdrugs (cannabis) en harddrugs (andere illegale middelen) scheiden.
- de overlast en verstoring van de openbare orde zo veel mogelijk beperken en beheersbaar houden.
- de gezondheidsrisico's, met name voor jongeren, zo veel mogelijk beperken door middel van preventie en voorlichting.
- stigmatisering en criminalisering van softdruggebruikers tegengaan.

Voor jongeren van 12 tot en met 16 jaar daalden zowel het ooitgebruik als het laatstemaandgebruik van 2003 tot 2015 om nadien stabiel te blijven. Bij scholieren van 16-18 jaar bleef gebruik stabiel sinds 2015 om te dalen tussen 2017 en 2019. In 2019 gebruikte 1,6% van de Nederlandse bevolking dagelijks of bijna dagelijks, wat hoger is dan in 2015. Meer dan de helft van de laatstemaandgebruikers gaf aan dat ze niet meer dan één joint per dag gebruikten. De gemiddelde hoeveelheid was 1,8 joints per gebruikssessie. Wiet is de populairste cannabisvariant en wordt voornamelijk samen met tabak geconsumeerd, hoewel de meeste coffeeshops een gevarieerd aanbod van producten voorzien. De potentie van cannabis in Nederland schommelt, met stijgingen en dalingen over de jaren heen. Er is daarbij een onderscheid tussen de verschillende cannabisvarianten (nederwiet en nederhasj en geïmporteerde wiet en hasj). Verder liggen de CBD-concentraties zeer laag. Onder de laatstejaarsgebruikers scoorde 19,1% positief voor riskant cannabisgebruik en het zijn voornamelijk degenen die dagelijks of bijna dagelijks gebruiken die riskant gebruik vertonen. Onder de gehele volwassen bevolking voldeed ongeveer 0,2% tot 0,6% aan de kenmerken voor cannabismisbruik en -afhankelijkheid. Cannabisgerelateerde behandelingen verdubbelden tussen 2006 en 2011 om daarna te stabiliseren tot 2015. Het stabiele laatstemaandgebruik bij jongeren is een mogelijke indicatie dat jongeren moeilijk aan cannabis geraken of ervan wegblijven. Een meerderheid van de Nederlandse bevolking (65%) vindt dat cannabis gereguleerd dient te worden.

Het model in **Uruguay** wordt gekenmerkt door enerzijds de legale verkoop en productie van cannabis binnen drie mogelijke systemen (thuiskweek, cannabis social clubs en verkoop via apothekers), en anderzijds de strenge controle van de staat op alle drie deze mogelijkheden. De doelstellingen van het beleid in Uruguay zijn gericht op het beschermen, bevorderen en verbeteren van de volksgezondheid:

- Dit houdt in dat er informatie en educatie wordt verspreid en dat er actief aan preventie wordt gedaan.
- Er is aandacht voor de behandeling, revalidatie en sociale integratie van gebruikers met een problematiek.
- Ten slotte poogt men de bevolking te beschermen tegen illegale drugshandel.

De prevalentie van cannabisgebruik ziet een opwaartse trend sinds 2001, zowel voor ooitgebruik als laatstejaarsgebruik en laatstemaandgebruik. Ooitgebruik stijgt sinds 2014 sterker dan de andere prevalenties, wat erop kan wijzen dat meer mensen experimenteren met cannabis sinds het legaal werd. Ook het aantal scholieren dat cannabis gebruikte, steeg sinds 2003. Een studie die deze cijfers vergelijkt met die van buurland Chili ziet echter dat zich daar eveneens een sterke stijging in prevalentie van cannabisgebruik voordoet, zonder legalisatie. Ongeveer één op de drie

volwassenen geeft aan minstens wekelijks cannabis te gebruiken. Onder scholieren van 13 tot 17 jaar gaat het om 16,7% die aangaf minstens wekelijks te gebruiken. Het roken van wiet is de populairste consumptiemethode, met 96,3% die aangaf op deze manier hun cannabis te consumeren. Wat attitudes betreft daalde het risicobesef van cannabisconsumptie, zowel bij volwassenen als bij jongeren, over de periode dat de prevalentie van gebruik steeg. Sinds 2014 is de daling minder uitgesproken, wat mogelijk te maken heeft met de legalisatie en de informatie die daarmee gepaard gaat. Jongeren hebben ook de overtuiging steeds makkelijker aan cannabis te geraken. Tegelijkertijd geeft de overgrote meerderheid van de niet-gebruikers (98,3%) aan dat zij geen intentie hebben om te beginnen gebruiken nu er een legale markt is. Onder de volwassen laatstejaarsgebruikers vertoonde 15,8% tekenen van problematisch gebruik. Er zijn geen cijfers die de trend doorheen de jaren tonen. Het aantal aanvragen voor behandeling voor cannabis steeg tussen 2013 en 2018, evenals het aantal consultaties bij het adviescentrum toxicologie. Als er gekeken wordt naar het aantal fatale verkeersongevallen onder invloed van cannabis kan hier moeilijk een conclusie uit worden getrokken. Het Uruguayaans model zet specifiek in op preventie en behandeling, maar worstelt nog met mensen uit de illegale markt halen ten voordele van de legale markt. Dit is voor een deel te wijten aan het registratiesysteem, waar mensen sceptisch tegenover staan. Er zijn informatiecampagnes in scholen, bij apothekers en CSC's en online.

In **Canada** is cannabis voor recreatief gebruik legaal. Cannabis wordt geproduceerd door privébedrijven en verkocht door verkooppunten van de staat of van privéhandelaars. Dit kan in beide gevallen online of offline gebeuren. De provincies zijn zelf verantwoordelijk om te bepalen of privéverkooppunten toegestaan zijn of niet, en of deze online of offline zullen zijn. De doelstellingen van het Canadese beleid zijn:

- Publieke gezondheid en welzijn.
- Cannabis uit de handen van de jeugd houden.
- De opbrengsten uit de handen van criminelen weghalen.
- Het verminderen van de georganiseerde misdaad door zware straffen op overtredingen van de regelgeving.

In 2020 rapporteerde meer dan een kwart van de ondervraagde Canadezen dat zij in de laatste 12 maanden cannabis hadden gebruikt, een cijfer dat steeg sinds de legalisatie in 2018. Het gebruik door jonge mensen is eveneens hoog. Studies gaven aan dat de kans op (regelmatig) gebruik voor jongeren niet statistisch hoger is na de legalisatie dan ervoor. In 2019 rapporteerde 16,9% huidig gebruik. Legalisatie lijkt jongeren niet tot meer cannabisgebruik aan te zetten. Canadezen gebruiken ook frequent cannabis. Bijna één op drie volwassenen gaf aan dat ze wekelijks of bijna dagelijks gebruikten, 18% rapporteerde dagelijks gebruik. Bij jongeren ligt dit cijfer rond de 6% voor wekelijks gebruik. Er zijn nog geen longitudinale cijfers beschikbaar. Als consumptiemethode is de vapepen of e-sigaret populair in Canada: 24% gebruikt dit om cannabis te consumeren. Canadezen werd gevraagd naar hun attitudes over cannabis. Een grote meerderheid geloofde dat cannabisrook gevaarlijk kan zijn, dat gebruik de risico's op mentale gezondheidsproblemen kan vergroten en dat tieners hierop grotere risico's lopen dan volwassenen. Het aantal Canadezen dat gelooft dat cannabis verslavend kan zijn steeg sinds 2018, evenals de perceptie van de schadelijkheid van verschillende vormen van consumptie. Tegelijkertijd is occasioneel cannabisgebruik sociaal aanvaard door bijna zeven op tien Canadezen en frequent gebruik wordt aanvaard door bijna de helft. Voor problematisch cannabisgebruik waren er geen recente cijfers. Gekeken naar behandelingen was cannabis in 2016-2017 het tweede meest frequent gerapporteerde middel waarvoor Canadezen behandeling ontvingen. In 2017-2018 was cannabis gedaald tot de derde plaats, na alcohol en cocaïne. Rijden onder invloed is veelvoorkomend.

Negenendertig procent (39%) rapporteerde consumptie van cannabis binnen de twee uur voor het besturen van een auto in de afgelopen 30 dagen. Het is onduidelijk uit de cijfers of de legalisering een invloed had op het problematisch gebruik of rijden onder invloed.

In de **Verenigde Staten** is cannabis legaal voor recreatief gebruik in 18 staten, de hoofdstad Washington D.C., meerdere buitenlandse territoria en ook enkele *Native American* grondgebieden. De legale staten implementeren een grotendeels commercieel model van cannabisreglementering. De doelstellingen van de gebieden in de VS die recreatieve cannabis legaliseerden benadrukken minder de volksgezondheid en het welzijn en meer de individuele rechten van de personen die gebruiken. De doelstellingen zijn:

- Uitwissen van cannabisovertredingen, zowel proactief als retroactief.
- Mensen uit de gevangenis houden voor cannabisovertredingen.
- Inkomsten verkrijgen uit belastingen.

Van 2002 tot 2019 stijgt het laatstejaarsgebruik voor volwassen gebruikers vanaf 18 jaar. Tegelijkertijd daalt het gebruik of blijft het stabiel onder jongeren van 12-17 jaar in dezelfde tijdsperiode. Vergelijkingen in prevalentie tussen staten die gelegaliseerd hebben ten opzichte van staten die dit niet deden, tonen over het algemeen een verhoogde prevalentie in legale staten. Het gebruik over alle tijdsspannen (laatstemaand, wekelijks en dagelijks of bijna dagelijks gebruik) was hoger in de legale staten. In de verschillende staten zelf rapporteerden onderzoekers eveneens een stijging in gebruik sinds legalisatie. Het is onduidelijk of de verhoogde prevalentie te wijten is aan de legalisatie, aangezien ze een trend volgt die reeds langer bezig was. Onder jongeren daalde de prevalentie en onderzoekers vonden geen bewijs dat de invoering van een legale recreatieve markt een significante verhoging in gebruik veroorzaakte. Wat frequentie betreft was er een lichte stijging in frequent cannabisgebruik onder laatstemaandgebruikers voor en na de legalisatie. Boven 26 jaar bleef het frequent gebruik nagenoeg gelijk. Risicoperceptie van het gebruik van cannabis daalde bij personen boven de 12 jaar sinds 2015. Volgens de literatuur geven de cijfers voor Cannabis Use Disorder sinds de legalisatie een gevarieerd beeld en zijn ze niet doorslaggevend. Behandelingen van personen boven de 12 jaar daalden sinds 2009 over heel de VS heen. In de staten apart (Colorado, Californië en Alaska) geven de cijfers een gemengd beeld. Voor sommige leeftijdsgroepen daalde het aantal aanvragen, voor andere steeg het. Het besturen van een wagen onder invloed van cannabis kwam vaker voor in staten die recreatieve cannabis legaliseerden dan in staten die dit niet deden. In diezelfde legale staten waren personen eveneens meer op de hoogte van de gevaren van rijden onder invloed van cannabis. Als de staten die recreatieve cannabis gelegaliseerd hebben vergeleken werden met de staten die dat niet deden, zagen onderzoekers geen statistisch significant verschil in het aantal fatale ongevallen. Gekeken naar andere studies zien we gemengde resultaten.

5.3. Algemene bevindingen

- Algemeen genomen is er een stijging in de prevalentie van cannabisgebruik in alle modellen, maar daarom niet in alle groepen van gebruikers. De stijgende cijfers passen in een bredere trend die zich eveneens voordoet in landen waar het beleid onveranderd bleef.
- De frequentie van gebruik stijgt in sommige landen, hoewel dit past in een trend die zich ook voordoet in landen waar cannabis illegaal is. In andere landen is de stijging dan weer verwaarloosbaar. Er is geen eenduidige correlatie tussen de mate van liberalisering en frequentie in gebruik.

- Er doet zich een daling voor in het roken van cannabis in landen waar alternatieve consumptievormen van cannabis toegelaten worden. Deze daling gebeurt ten voordele van consumptie via vapepennen, en in de VS ook wax en oliën – twee vormen van cannabis met een enorm hoge THC-concentratie. In Uruguay en Canada zijn deze vormen van cannabis verboden en in Canada zijn ze streng gereguleerd. In de VS is de wetgeving lakser.
- Attitudes rond cannabisgebruik variëren. Waar dit gemeten werd, gaf slechts een kleine minderheid aan dat ze cannabis zouden proberen als het legaal zou worden. De attitudes over de risico's van het gebruik van cannabis geven een gemengd beeld over de modellen heen.
- De potentie van cannabis is moeilijk in te schatten. In heel Europa en in de VS is er sprake van een stijgende trend. Er is echter onduidelijkheid over de methodologie die gebruikt wordt om de THC-waarden te meten. In gebieden waar de productie en handel van cannabis gelegaliseerd zijn, is het mogelijk om maximum THC-waarden voor verschillende cannabisproducten wettelijk te bepalen. Dit is het geval in Uruguay en Canada.
- De cijfers voor problematisch cannabisgebruik geven eveneens een gemengd beeld.
- Het percentage van mensen die in behandeling gaan voor hun cannabisgebruik varieerde van land tot land. In sommige landen daalde dit cijfer, in andere steeg het. Of dit te wijten is aan de stijgende prevalentie, een liberalisering van het beleid, een vermindering van het stigma op gebruik of een onbekende factor is niet te zeggen.
- Cijfers over het aantal ongevallen en het rijden onder invloed in de landen die cannabis legaliseerden waren onduidelijk of gemengd. Voor alle landen en cijfers is het tot op heden onduidelijk of dit een gevolg is van decriminalisering, legalisering of een andere trend.
- De gebieden die cannabis legaliseerden, worstelen nog steeds met een illegale markt die slechts langzaam vervangen wordt. Hoe snel personen overschakelen op het aanschaffen van cannabis via legale wegen hangt af van verschillende factoren, zoals de prijs van cannabis, de beschikbaarheid, registratieplicht en meer.

De relatie tussen een cannabismodel enerzijds en de indicatoren en cijfers anderzijds is niet eenduidig. Veel factoren kunnen gezondheidsindicatoren beïnvloeden. Daaronder horen informatieverstrekking, preventieprogramma's en een hulpaanbod, maar ook de implementatie en de handhaving van hervormingen. Zij kunnen de perceptie van risico en de kennis en sociale aanvaarding onder de bevolking beïnvloeden. Verder dient ook gekeken te worden naar welke groepen van personen beïnvloed worden. Verschillende beleidsveranderingen zullen verschillende groepen mensen (volwassenen, jongeren, kwetsbare groepen) meer of minder beïnvloeden. Het is strategisch belangrijk om te onderzoeken welke groepen van personen door welke maatregelen op welke manier geraakt worden. Sommige beleidskeuzes zouden kunnen leiden tot een hogere prevalentie van gebruik, maar het is momenteel nog onmogelijk te zeggen welke keuzes dit zijn.

5.4. Discussie

De tendens in Europese en Amerikaanse landen is er één richting een meer liberale of zelfs legale cannabismarkt. In hoofdstuk 4 werden reeds enkele Europese landen beschreven die vroeg of laat deze stap willen zetten. Deze studie toont dat in geen enkel van de bestudeerde modellen alle onderzochte gezondheidsindicatoren in een positieve richting evolueren. Geen enkel model steekt er met kop en schouders boven uit. De vraag die dan gesteld dient te worden, is welk model de mogelijkheid heeft om het meeste vat te krijgen op enkele belangrijke gezondheidsparameters. Enkele gezondheidsdoelstellingen die steeds terugkeerden over alle modellen zijn:

- De toegang tot cannabis en de beschikbaarheid en het gebruik ervan bij jongeren verminderen, omdat jongeren vatbaarder zijn voor experimenteergedrag, en omdat gebruik op jonge leeftijd gelinkt is aan cannabisgerelateerde problematieken.
- De frequentie van gebruik doen dalen, omdat frequentie van gebruik gecorreleerd is met problematieken.
- Problematisch gebruik, afhankelijkheid en cannabisgerelateerde problematieken tegengaan.
- De consumptie van cannabisproducten met een onzekere of enorm hoge potentie reguleren, want consumptie van producten met een hoge THC-waarde is gelinkt aan een grotere kans op psychose.
- Polydruggebruik, zeker in combinatie met alcohol, tegengaan.
- Rijden onder invloed tegengaan.

Voor een land dat overweegt om een liberaler model in te voeren, of zelfs om cannabis voor recreatief gebruik te legaliseren, is het noodzakelijk om enkele parameters scherp te reguleren. Immers, in een model waarvan de productiezijde niet gecontroleerd is, kan er geen invloed uitgeoefend worden op de productieprocessen en de distributie van cannabisproducten. Alsook zal de illegale markt hier versterkt worden. In een model dat het aanbod niet reguleert, is het moeilijk om controle uit te oefenen op de accijnzen en prijs van cannabis, de potentie en de beschikbaarheid. Eveneens kan men de toegang tot cannabis voor jongeren moeilijk verhinderen. Anderzijds is het in een beleidsmodel met lakse regulering en een uiterst vrije markt moeilijk om beperkingen op te leggen wat betreft beschikbaarheid, potentie, affichering en reclame.

De studie toont aan dat een wijziging in het cannabisbeleid een beweging in gang zet bij zeer uiteenlopende stakeholders in de samenleving. De analyse van beleidsmodellen toont welke gewilde en ongewilde effecten een beleidswijziging teweeg kan brengen. De matrix uit dit rapport en de geselecteerde indicatoren vormen een complexe en zeer uitgebreide tool om de verschillende beleidsmodellen te vergelijken op diverse elementen en parameters. Tegelijk omvat de hier voorgestelde matrix evenmin het geheel van de relevante maatschappelijke veranderingen.

Bepaalde elementen die een (grote) rol spelen en een impact hebben op de volksgezondheid zijn in deze studie immers buiten beeld gebleven. In landen die stappen zetten richting decriminalisering of legalisering zullen minder gebruikers van cannabis in aanraking komen met het gerecht. Een veroordeling en strafblad kan onrechtstreeks een grote impact hebben op de gezondheid, doordat iemand bijvoorbeeld moeilijker werk of onderdak vindt. Daarnaast wordt de illegale markt niet onmiddellijk buitenspel gezet. Deze zal blijven bestaan (zoals de zwarte markt voor sigaretten) en zal blijven proberen om consumenten te vinden. Het zal nodig blijven om middelen te besteden aan het bestrijden van illegale handel en drugscriminaliteit. Hiermee gepaard gaand is veiligheid van de bevolking een belangrijk aspect dat in deze studie niet behandeld werd, maar dat voor sommige landen een belangrijke factor kan zijn. Ten slotte zorgen de verschuivingen in beleid in verschillende landen en staten ervoor dat cannabis tegenwoordig bijna alomtegenwoordig is in populaire media. Dit heeft onvermijdelijk een invloed op de attitudes van de globale bevolking omtrent cannabis. Deze invalshoek kwam in deze studie niet aan bod en vraagt om een eigen onderzoek.

Het rapport maakt ook duidelijk hoe cruciaal en richtinggevend de doelstellingen van een overheid zijn bij een wijziging in cannabisbeleid. Een theoretisch model is immers slechts een theoretisch model, de praktijk zal hier altijd van verschillen. Een beleidswijziging zal steeds moeten samengaan met praktische maatregelen die de effecten van een beleidswijziging in de gewenste richting

stimuleren. Denk bijvoorbeeld aan regulering, preventie, handhaving, hulpverlening en behandeling. Om deze maatregelen te ondersteunen is er input nodig uit verschillende hoeken, bijvoorbeeld van academici, hulpverleners, de civiele samenleving en ervaringsdeskundigen. Ten slotte dient de overheid te investeren in opvolging en monitoring van de effecten – gewenst en ongewenst – en te gepasten tijden het beleid te evalueren en bij te sturen.

Dit rapport heeft de meerwaarde om verschillende studies inzake gezondheid te onderzoeken en dient het best als geheel genomen te worden. Het risico bestaat dat resultaten selectief gekozen worden om persoonlijke overtuigingen te onderschrijven. Omdat beleidsmodellen en de studies naar hun impact enorm omvangrijk zijn, komt er niet slechts één lijn naar boven. Via verschillende studies kunnen uiteenlopende standpunten inzake drugbeleid onderbouwd worden. Hierdoor zijn meerdere interpretaties mogelijk door meerdere mensen. Op basis van een breed overzicht van de literatuur inzake de impact van cannabisbeleid op de gezondheid is het niet mogelijk om duidelijke positieve of negatieve effecten vast te stellen van eender welk model.

Ten slotte is er meer onderzoek nodig in de toekomst, met langere opvolgperiodes, betere indicatoren en meer gerichte studies. Dit is noodzakelijk om de veranderingen in het beleid, en hun impact op specifieke bevolkingsgroepen en de maatschappij, ten volle te kunnen vatten.

Referenties

Adam, C., & Raschzok, A. (2017). Cannabis policy and the uptake of treatment for cannabis-related problems. *Drug and Alcohol Review*, *36*(2), 171–177.

Alaska Department of Health and Social Services. (2020). *Marijuana use and public health in Alaska 2020* (p. 84). Office of Substance Misuse and Addiction Prevention, Division of Public Health, Alaska Department of Health and Social Services.

Algemene Cel Drugsbeleid. (2018). *Monitoring van de overheidsuitgaven voor het drugsbeleid begrotingsjaren 2014 en 2015* (p. 106). FOD volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu.

Antoine, J., Hogge, M., De Donder, E., Verstuyf, G., & Gremeaux, L. (2021). Trends in substances of abuse mentioned by patients entering treatment for substance use in Belgium between 2015 and 2019. *Manuscript ingediend ter publicatie*.

Arana, X. (2019). *Cannabis regulation in Europe: Country report Spain* (p. 18). Transnational Institute.

Arana, X., & Parés, Ò. (2020). Cannabis social clubs: Recent legal developments. In T. Decorte, S. Lenton, & C. Wilkins (Red.), *Legalizing Cannabis. Experiences, lessons and scenarios* (pp. 307–322). Routledge.

Baudean, M. (2018). *Five Years of Cannabis Regulation in Uruguay: What are the changes in health, security and justice? What can we learn from the Uruguayan experience of regulation?* Monitor Cannabis Uruguay.

BBC. (2021, juni 28). Mexico marijuana: Top court decriminalises recreational use of cannabis. *BBC News*. https://www.bbc.com/news/world-latin-america-57645016

Belackova, V., Roubalova (Stefunkova), M., & van de Ven, K. (2019). Overview of “home” cultivation policies and the case for community-based cannabis supply. *International Journal of Drug Policy*, *71*, 36–46.

Belackova, V., Tomkova, A., & Zabransky, T. (2016). Qualitative research in Spanish cannabis social clubs: “‘The moment you enter the door, you are minimising the risks”’. *International Journal of Drug Policy*, *34*, 49–57.

Belackova, V., van de Ven, K., & Roubalova (Stefunkova), M. (2020). ‘More than just counting plants’ Different home cannabis cultivation policies, cannabis supply contexts and approaches to their evaluation. In T. Decorte, S. Lenton, & C. Wilkins (Red.), *Legalizing Cannabis:. Experiences, Lessons and Scenarios* (pp. 154–179). Routledge.

Benedetti, E., Resce, G., Brunori, P., & Molinaro, S. (2021). Cannabis Policy Changes and Adolescent Cannabis Use: Evidence from Europe. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(10), 5174. https://doi.org/10.3390/ijerph18105174

Bewley-Taylor, D., Blickman, T., & Jelsma, M. (2014). *The Rise and Decline of Cannabis Prohibition: The History of cannabis in the UN drug control system and options for reform*. Transnational Institute.

Bewley-Taylor, D. R. (2003). Challenging the UN drug control conventions: Problems and possibilities. *International Journal of Drug Policy*, *14*(2), 171–179. https://doi.org/10.1016/S0955-3959(03)00005-7

Borodovsky, J. T., Lee, D. C., Crosier, B. S., Gabrielli, J. L., Sargent, J. D., & Budney, A. J. (2017). U.S. cannabis legalization and use of vaping and edible products among youth. *Drug and Alcohol Dependence*, *177*, 299–306.

Canadian Centre on Substance Use and Addiction. (2020). *Canadian Drug Trends: Cannabis*. Canadian Centre on Substance Use and Addiction.

Cannabis Benchmarks. (2021, augustus 27). *Canada Cannabis Spot Index—September 24, 2021*. Canada Cannabis Spot Index. https://www.cannabisbenchmarks.com/report-category/canada/?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=bofc

Casajuana, C., López-Pelayo, H., Balcells, M. M., Miquel, L., Colom, J., & Gual, A. (2016). Definitions of Risky and Problematic Cannabis Use: A Systematic Review. *Substance Abuse & Misuse*, *51*(13), 1760–1770.

Castillo-Carniglia, A., Rivera-Aguirre, A., Calvo, E., Queirolo, R., Keyes, K. M., & Cerdá, M. (2020). Trends in marijuana use in two Latin American countries: An age, period and cohort study. *Addiction*, *115*(11), 2089–2097.

Caulkins, J. P., Hawken, A., Kilmer, B., & Kleiman, M. A. R. (2012). *Marijuana Legalization: What everyone needs to know* (1e editie). Oxford University Press.

Caulkins, J. P., Kilmer, B., Kleiman, M. A. R., MacCoun, R. J., Midgette, G., Oglesby, P., Liccardo Pacula, R., & Reuter, P. H. (2015). *Considering Marijuana Legalization: Insights for Vermont and other jurisdictions.* RAND Corporation.

Cerdá, M., & Kilmer, B. (2017). Uruguay's middle-ground approach to cannabis legalization. *International Journal of Drug Policy*, *42*, 118.

Cerdá, M., Mauro, C., Hamilton, A., Levy, N. S., Santaella-Tenorio, K., Hasin, D., Wall, M. M., Keyes, K. M., & Martins, S. S. (2019). Association Between Recreational Marijuana Legalization in the United States and Changes in Marijuana Use and Cannabis Use Disorder From 2008 to 2016. *JAMA Psychiatry*, *77*(2), 165–171.

CHIDTA. (2020). *Marijuana's impact on California.* California High Intensity Drug Trafficking Area.

Colorado Department of Public Health & Environment. (2020). *THC Concentration in Colorado Marijuana. Health Effects and Public Health Concerns*. Colorado Department of Public Health & Environment.

Colorado Department of Public Health & Environment. (2021). *Monitoring Health Concerns Related to Marijuana in Colorado: 2020*. Colorado Department of Public Health & Environment.

Conçalves, R., Lourenço, A., & Nogueira da Silva, S. (2015). A social cost perspective in the wake of the Portuguese strategy for the fight against drugs. *International Journal of Drug Policy*, *26*(2), 199–209.

Cornell Law School. (z.d.). *Commercial Speech.* LII / Legal Information Institute. Geraadpleegd 15 juli 2021, van https://www.law.cornell.edu/constitution-conan/amendment-1/commercial-speech

Crépault, J. F., Rehm, J., & Fischer, B. (2016). The Cannabis Policy Framework by the Centre for Addiction and Mental Health: A proposal for a public health approach to cannabis policy in Canada. *International Journal of Drug Policy*, *34*, 1–4.

Darnell, A. J., & Bitney, K. (2017). *I-502 Evaluation and Benefit-Cost Analysis Second Required Report* (Nr. 17-09–3201). Washington State Institute for Public Policy.

Decorte, T., & Paoli, L. (2018). *De cannabiskwestie*. Gompel&Svacina.

Decorte, T., & Pardal, M. (2020). Insights for the design of Cannabis social Club regulation. In T. Decorte, S. Lenton, & C. Wilkins (Red.), *Legalizing Cannabis. Experiences, lessons and scenarios.* (pp. 409–426). Routledge.

Drug Policy Alliance. (2019). *Drug Decriminalization in Portugal. Learning from a Health and Human-Centered Approach.* Drug Policy alliance.

Drugsinfo. (2020, februari 21). *Hasj en wiet: De wet*. DRUGSinfo.nl. https://www.drugsinfo.nl/cannabis/wet-en-cannabis

Eastwood, N. (2020). Cannabis decriminalization policies around the world. In T. Decorte, S. Lenton, & C. Wilkins (Red.), *Legalizing Cannabis. Experiences, lessons and scenarios* (pp. 133–153). Routledge.

Eastwood, N., Fox, E., & Rosmarin, A. (2016). *A quiet revolution: Drug decriminalisation across the globe*. Release.

Eldredge, L. K. B., Markham, C. M., Ruiter, R. A., Fernández, M. E., Kok, G., & Parcel, G. S. (2016). *Planning health promotion programs: An intervention mapping approach* (4de dr.). Jossey-Bass.

EMCDDA. (2016). *Models for the legal supply of cannabis: Recent developments*. https://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/legal-supply-of-cannabis

EMCDDA. (2018). *Cannabis legislation in Europe: An overview.* (p. 32). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMCDDA. (2019). *Portugal Country Drug Report 2019* [Countru report]. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11331/portugal-cdr-2019_0.pdf

EMCDDA. (2020a). *Low-THC cannabis products in Europe.* Publications Office. https://data.europa.eu/doi/10.2810/69625

EMCDDA. (2020b). *Monitoring and evaluating changes in cannabis policies: Insights from the Americas* [Technical rapport]. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMCDDA. (2020c, januari 20). *Canada – edible cannabis products may now be sold in Canada | www.emcdda.europa.eu*. https://www.emcdda.europa.eu/news/2020/canada-edible-cannabis-products-may-now-be-sold-in-canada_en

EMCDDA. (2021a). *European Drug Report 2021: Trends and developments.* European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMCDDA. (2021b, oktober 14). *Webinar: Health and social responses to cannabis problems in Europe — time for a paradigm shift?* https://www.youtube.com/watch?v=EtoHjhuZR24

ENCOD. (2020). *Guidelines European Cannabis Social Clubs: A regulatory model for cannabis access*. ENCOD | European Coalition for Just and Effective Drug Policies.

ESPAD Group. (2020). *ESPAD report 2019. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (p. 136). EMCDDA Joint Publications.

Europese Commissie. (2022). *Flash Eurobarometer 493: Impact of drugs on communities* (Eurobarometer Nr. 493; Flash Eurobarometer). Europese Commissie. https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2281

Evoy, R., & Kincl, L. (2019). Evaluation of Pesticides Found in Oregon Cannabis from 2016 to 2017. *Annals of Work Exposure and Health*, *64*(7), 770–774.

Federal Office of Public Health Switzerland. (2021, september 9). *Pilot trials with cannabis*. https://www.bag.admin.ch/bag/en/home/gesund-leben/sucht-und-gesundheit/cannabis/pilotprojekte.html

Fijnaut, C., & De Ruyver, B. (2014). *De Derde Weg: Een pleidooi voor een evenwichtig cannabisbeleid*. Intersentia.

Fischer, B., Russel, C., & Boyd, N. (2020). A century of cannabis control in Canada. A brief overview of history, context and policy frameworks from prohibition to legalization. In T. Decorte, S. Lenton, & C. Wilkins (Red.), *Legalizing Cannabis. Experiences, lessons and scenarios* (pp. 89–114). Routledge.

Fischer, B., Russell, C., Sabioni, P., van den Brink, W., Le Foll, B., Hall, W., Rehm, J., & Room, R. (2017). Lower-Risk Cannabis Use Guidelines: A Comprehensive Update of Evidence and Recommendations. *American Journal of Public Health*, *107*(8), e1–e12. https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.303818

FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu. (2020). *MPG Data middelengebruik*. FOD volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. Data op verzoek

Lei N.° 30/2000, of 29 November, Pub. L. No. N.° 276, DIÁRIO DA REPÚBLICA — I SÉRIE-A (2000). https://www.sicad.pt/BK/Institucional/Legislacao/Lists/SICAD_LEGISLACAO/Attachments/525/Decriminalisation_law_EN.pdf

Gibbs, B., Reed, T., & Wride, S. (2021). *Cannabis Legalisation—Canada's Experience*. Public First. http://www.publicfirst.co.uk/wp-content/uploads/2021/10/REPORT-Cannabis-in-Canada-Public-First-October-2021.pdf

Goodman, S., Wadsworth, E., Leos-Toro, C., & Hammond, D. (2020). Prevalence and forms of cannabis use in legal vs. Illegal recreational cannabis markets. *International Journal of Drug Policy*, *76*, 102658.

Accord de coalition 2018-2023, 2018–2023 (2018) (testimony of Gouvernement de Luxembourg).

Government of Canada. (2020, januari 23). *Cannabis laws and regulations* [Navigation page - topic page]. https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-medication/cannabis/laws-regulations.html

Cannabis Act, (2020). https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/C-24.5/page-2.html#h-76969

Government of Canada, P. W. and G. S. C. (2019, juni 26). *Canada Gazette, Part 2, Volume 153, Number 13: Regulations Amending the Cannabis Regulations (New Classes of Cannabis)*. Government of Canada, Public Works and Government Services Canada, Integrated Services

Branch, Canada Gazette. https://canadagazette.gc.ca/rp-pr/p2/2019/2019-06-26/html/sor-dors206-eng.html

Government of Canada, S. C. (2018, januari 25). *Cannabis Economic Account, 1961 to 2017*. The Daily. https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/180125/dq180125c-eng.htm

Grund, J.-P., & Breeksema, J. (2013). *Coffee shops and compromise: Separated illicit drug markets in the Netherlands*. Open Society Foundations.

Hammond, D., Wadsworth, E., Reid, J. L., & Burkhalter, R. (2021). Prevalence and modes of cannabis use among youth in Canada, England, and the US, 2017 to 2019. *Drug and Alcohol Dependence*, *2019*, 108505.

Han, B. H., & Palamar, J. J. (2020). Trends in Cannabis Use Among Older Adults in the United States, 2015-2018. *JAMA Internal Medicine*, *180*(4), 609–611.

Health Canada. (2018a, maart 2). *About cannabis* [Education and awareness]. https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-medication/cannabis/about.html

Health Canada. (2018b, maart 2). *Addiction to cannabis* [Education and awareness]. https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-medication/cannabis/health-effects/addiction.html

Health Canada. (2021a, juli 29). *What you need to know about cannabis.* Cannabis in Canada: get the facts. https://www.canada.ca/en/services/health/campaigns/cannabis/canadians.html#a4

Health Canada. (2021b). *Canadian Cannabis Survey 2020: Summary*. Government of Canada. https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-medication/cannabis/research-data/canadian-cannabis-survey-2020-summary.html#intro

Health Canada. (2021c, augustus 21). *Cannabis Use For Non-medical Purposes Among Canadians (Aged 16+)* [Data blog]. Government of Canada. https://ca1se.voxco.com/SE/default.aspx

Hobson, K. (2020, januari 13). *Study: 2020 Cannabis Dispensaries Growth | MARY*. Mary-Magazine. https://www.mary-magazine.com/health-wellness/study-2020-cannabis-dispensaries-growth/, https://www.mary-magazine.com/health-wellness/study-2020-cannabis-dispensaries-growth/

IRCCA. (2014). *Ircca | Instituto de Regulación y Control del Cannabis*. https://www.ircca.gub.uy/

Jansseune, L., Pardal, M., Decorte, T., & Parés Franquero, O. (2018). Revisiting the birthplace of the Cannabis Social Club model and the role played by Cannabis Social Club federations. *Journal of Drug Issues*, *49*(2), 338–354.

Jucca, L. (2021, september 22). Italy will be first to light up Europe's weed biz. *Reuters*. https://www.reuters.com/breakingviews/italy-will-be-first-light-up-europes-weed-biz-2021-09-22/

Regulation and control of cannabis markets. Law 19.172 & decrees, Pub. L. No. 19.172. Geraadpleegd 25 maart 2021, van https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19172-2013

Junta Nacional de Drogas. (2019). *VII Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población General. Informe de investigación 2019*. Junta Nacional de Drogas.

Junta Nacional de Drogas. (2020). *VIII Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. Informe de investigación año 2019*. Junta Nacional de Drogas.

Korf, D. J. (2020). Coffeeshops in the Netherlands. Regulating the front door and the backdoor. In T. Decorte, S. Lenton, & C. Wilkins (Red.), *Legalizing Cannabis. Experiences, Lessons and Scenarios* (pp. 285–306). Routledge.

Kosterman, R., Bailey, J. A., Guttmannova, K., Jones, T. M., Eisenberg, N., Hill, K. G., & Hawkins, J. D. (2016). Marijuana Legalization and Parents' Attitudes, Use, and Parenting in Washington State. *Journal of Adolescent Health*, *59*(4), 450–456.

Laqueur, H. (2015). Uses and Abuses of Drug Decriminalization in Portugal. *Law and Social Inquiry*, *40*(3), 746–781.

Laqueur, H., Rivera-Aguirre, A., Shev, A., Castillo-Carniglia, A., Rudolph, K. E., Ramirez, J., Martins, S. S., & Cerdá, M. (2020). The impact of cannabis legalization in Uruguay on adolescent cannabis use. *International Journal of Drug Policy*, *80*.

Lensch, T., Sloan, K., Ausmus, J., Pearson, J. L., Clements-Nolle, K., Goodman, S., & Hammond, D. (2020). Cannabis use and driving under the influence: Behaviors and attitudes by state-level legal sale of recreational cannabis. *Preventive Medicine*, *141*, 106320.

Lenton, S., Frank, V. A., Barratt, M. J., Dahl, H. V., & Potter, G. R. (2015). Attitudes of cannabis growers to regulation of cannabis cultivation under a non-prohibition cannabis model. *International Journal of Drug Policy*, *26*(3), 257–266.

Mahamad, S., Wadsworth, E., Rynard, V., Goodman, S., & Hammond, D. (2020). Availability, retail price and potency of legal and illegal cannabis in Canada after recreational cannabis legalisation. *Drug and Alcohol Review*, *39*(4), 337–346.

Marsh, S. (2021, november 24). Germany's next government aims to legalise recreational cannabis. *Reuters*. https://www.reuters.com/markets/commodities/germanys-next-government-aims-legalise-recreational-cannabis-2021-11-24/

Meesters, M. (2015). *Het failliet van het gedogen. Op weg naar de cannabiswet*. VNG.

Melchior, M., Nakamura, A., Bolze, C., Hausfater, F., El Khoury, F., Mary-Krause, M., & Azevedo Da Silva, M. (2019). Does liberalisation of cannabis policy influence levels of use in adolescents and young adults? A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, *9*. https://doi.org/10.1136/ bmjopen-2018-025880

Mennes, R., Schoonbeek, I., van der Molen, J., & Bieleman, B. (2019). *Coffeeshops in Nederland 2018: Aantallen coffeeshops en gemeentelijk beleid 1999-2018* (p. 54). Breuer & Intraval.

Ministerie van Algemene Zaken. (2019, april 2). *Experiment gesloten coffeeshopketen (wietexperiment)—Rijksoverheid.nl* [Onderwerp]. Ministerie van Algemene Zaken. https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/experiment-gesloten-coffeeshopketen-wietexperiment

Ministerie van Justitie en Veiligheid. (2013, april 8). *Gedoogbeleid softdrugs en coffeeshops—Drugs—Rijksoverheid.nl* [Onderwerp]. Ministerie van Algemene Zaken. https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/drugs/gedoogbeleid-softdrugs-en-coffeeshops

Ley N° 19172: Regulacion y control del cannabis, Pub. L. No. N° 19172 (2014).

Portaria n.° 93/96 de 26 de Março, Pub. L. No. N.° 73, DIÁRIO DA REPÚBLICA — I SÉRIE-A (1996). https://www.sicad.pt/BK/Institucional/Legislacao/Lists/SICAD_LEGISLACAO/Attachments/687/portaria_94_96.pdf

Mosher, C., & Akins, S. (2020). Recreational marijuana legalization in Washington state. Benefits and harms. In T. Decorte, S. Lenton, & C. Wilkins (Red.), *Legalizing Cannabis. Experiences, lessons and scenarios.* (pp. 62–88). Routledge.

National Cannabis Industry Association. (2021). *National Cannabis Industry Association*. https://thecannabisindustry.org/

National Conference of State Legislatures. (2021, april 8). *Cannabis Overview*. Cannabis Overview. https://www.ncsl.org/research/civil-and-criminal-justice/marijuana-overview.aspx

Nazif-Munoz, J. I., Oulhote, Y., & Ouimet, M. C. (2020). The association between legalization of cannabis use and traffic deaths in Uruguay. *Addiction*, *115*(9), 1697–1706.

Obradovic, I. (2018). *La Légalisation du Cannabis au Canada* (p. 26). Observatoire français des drogues et des tendances addictives. https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxioya.pdf

OEDA. (2019). *ESTUDES 2018/19 Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) 1994-2018*. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2018-19_Informe.pdf

OEDA. (2021a). *Alcohol, Tobacco and Illegal Drugs in Spain. 2021 Annual report of the Spanish Observatory on Drugs and Addiction. Executive Summary*. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2021_Summary_report__Informe_OEDA.pdf

OEDA. (2021b). *INFORME 2021: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

Pacula, R. L., Kilmer, B., Wagenaar, A. C., Chaloupka, F. J., & Caulkins, J. P. (2014). Developing Public Health Regulations for Marijuana: Lessons From Alcohol and Tobacco. *American Journal of Public Health*, *104*(6), 1021–1028.

Palali, A., & van Ours, J. C. (2015). Distance to cannabis shops and age of onset of cannabis use. *Health Economics*, *24*(11), 1483–1501.

Paoli, L., Decorte, T., & Kersten, L. (2015). Assessing the harms of cannabis cultivation in Belgium. *International Journal of Drug Policy*, *23*(3), 277–289.

Pardal, M. (2018a). An analysis of Belgian Cannabis Social Clubs' supply practices: A shapeshifting model? *International Journal of Drug Policy*, *47*, 32–41.

Pardal, M. (2018b). The Belgian Cannabis Social Club landscape. *Drugs and Alcohol Today*, *18*(2), 80–89.

Pardal, M., Bone, M., Decorte, T., Queirolo, R., Parés, Ò., Johansson, J., Álvarez, E., & Repetto, L. (2020). Hidden and uninterested populations: Methodological insights and unresolved issues from the study of Cannabis Social Clubs. *Methodological Innovations*, *13*(3).

Pardal, M., Decorte, T., Parés, Ò., Johansson, J., & Bone, M. (2020). Mapping cannabis social clubs in Europe. *European journal of criminology*, 1–24.

Pardo, B. (2020). The uneven repeal of cannabis prohibition in the United States. In T. Decorte, S. Lenton, & C. Wilkins (Red.), *Legalizing Cannabis. Experiences, lessons and scenarios*. Routledge.

Potter, G. R., Barratt, M. J., Malm, A., Bouchard, M., Blok, T., Christensen, A.-S., Decorte, T., Asmussen Frank, V., Hakkarainen, P., Klein, A., Lenton, S., Perälä, J., Werse, B., & Wouters, M. (2015). Global patterns of domestic cannabis cultivation: Sample characteristics and patterns of growing across eleven countries. *International Journal of Drug Policy*, *26*, 226–237.

Rehm, J., & Fischer, B. (2015). Cannabis Legalization With Strict Regulation, the Overall Superior Policy Option for Public Health. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, *97*(6), 941–944.

RMHIDTA. (2019). *The Legalization of Marijuana in Colorado: The impact.* (Nr. 6). Rocky Mountain High Intensity Drug Trafficking Area.

RMHIDTA. (2020). *The Legalization of Marijuana in Colorado: The impact.* (Nr. 7). Rocky Mountain High Intensity Drug Trafficking Area.

Rolles, S., & Murkin, G. (2016). *How to regulate cannabis: A practical guide. Second edition* (p. 264). Transform Drug Policy Foundation.

Rombouts, T., Scheffers-van Schayck, T., Dorsselaer, S., Kleinjan, M., Onrust, S., & Monschouwer, K. (2020). *Het gebruik van tabak, alcohol, cannabis en andere middelen in het praktijkonderwijs en cluster 4-onderwijs. Resultaten van het EXPLORE-onderzoek 2019.* Trimbos-instituut.

Rotering, T., & Apollonio, D. E. (2022). Cannabis industry lobbying in the Colorado state legislature in fiscal years 2010–2021. *International Journal of Drug Policy*, *102*, 103585. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2022.103585

Rotermann, M. (2021). *Looking back from 2020, how cannabis use and related behaviours changed in Canada* (p. 14) [Health Reports]. Statistics Canada.

Rusby, J. C., Westling, E., Crowley, R., & Light, J. M. (2018). Legalization of recreational marijuana and community sales policy in Oregon: Impact on adolescent willingness and intent to use, parent use, and adolescent use. *Psychology of Addictive Behaviors*, *32*(1), 84.

SAMHSA. (2020). *Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2019 National Survey on Drug Use and Health*. Center for Behavioral Health Statistics and Quality: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/reports/rpt29393/2019NSDUHFFRPDFWHTML/2019NSDUHFFR1PDFW090120.pdf

SAMHSA. (2021). *Treatment Episode Data Set (TEDS) 2019. Admissions to and Discharges from Publicly Funded Susbtance Use Treatment.* Substance Abuse and Mental Health Services Administration. https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/reports/rpt35314/2019_TEDS_Proof.pdf

Sannino, C. (2017, mei 6). *La battaglia sulla marijuana Roberti, procuratore nazionale antimafia spiega il suo sì*.

https://napoli.repubblica.it/cronaca/2017/05/06/news/la_battaglia_sulla_marijuana_roberti_procuratore_nazionale_antimafia_spiega_il_suo_si_-164752790/

Schulze, H., Schumacher, M., Urmeew, R., Auerbach, K., Alvarez, J., Bernhoft, I. M., De Gier, H., Hagenzieker, M., Houwing, S., Knoche, A., Pilgerstorfer, M., & Zlender, B. (2012). *Driving under the influence of drugs, alcohol and medicines in Europe – findings from the DRUID project* (p. 58). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Sciensano. (2019a). *De TDI-registraties in België. Jaarlijks rapport 2019*. Sciensano.

Sciensano. (2019b). *Gezondheidsenquête 2018: Druggebruik*. Sciensano.

Sciensano. (2019c). *Health Interview Survey, Belgium, 1997—2001—2004—2008—2013 -2018: Health Interview Survey Interactive Analysis.* Sciensano. https://hisia.wiv-isp.be

Sevigny, E. L., Pacula, R. L., Aloe, A. M., Medhin, D. N., & Greathouse, J. (2020). PROTOCOL: The effects of cannabis liberalization laws on health, safety, and socioeconomic outcomes: An evidence and gap map. *Campbell Systematic Reviews*, *17*(1), e1137.

SICAD. (2019). *Statistical Bulletin 2019: Illicit Substances*. General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours | SICAD).

Smart, R., Caulkins, J. P., Kilmer, B., Davenport, S., & Midgette, G. (2017). VARIATION IN CANNABIS POTENCY & PRICES IN A NEWLY-LEGAL MARKET: Evidence from 30 million cannabis sales in Washington State. *Addiction*, *112*(12), 2167–2177.

Smart, R., & Pacula, R. L. (2019). Early evidence of the impact of cannabis legalization on cannabis use, cannabis use disorder, and the use of other substances: Findings from state policy evaluations. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *45*(6), 644–663.

State of Colorado. (2019). *Colorado Marijuana*. https://www.colorado.gov/marijuana

State of Washington. (2022). *State Agencies, Boards and Commissions*. Access Washington. https://access.wa.gov/agency.html

Stevens, A., Hughes, C. E., Hulme, S., & Cassidy, R. (2019). Depenalization, diversion and decriminalization: A realist review and programme theory of alternatives to criminalization for simple drug possession. *European Journal of Criminology*, 1477370819887514. https://doi.org/10.1177/1477370819887514

Subritzky, T., Lenton, S., & Pettigrew, S. (2020). Practical lessons learned from the first years of the regulated recreational cannabis market in Colorado. In T. Decorte, S. Lenton, & C. Wilkins (Red.), *Legalizing Cannabis. Experiences, lessons and scenarios.* (pp. 39–61). Routledge.

Subritzky, T., Pettigrew, S., & Lenton, S. (2017). Into the void: Regulating pesticide use inColorado's commercial cannabis markets. *International Journal of Drug Policy*, *42*, 86–96.

Task Force on Cannabis Legalization and Regulation. (2016). *A framwork for the legalization and regulation of cannabis. The final report of the taskforce on cannabis legalization and regulation*. Health Canada.

Times of Malta. (2021, oktober 6). *Cannabis reform: Home growing and membership associations but no public smoking*. Times of Malta. https://timesofmalta.com/articles/view/cannabis-reform-bill-proposes-introduction-of-regularised-source-to.905887

Transform Drug Policy Foundation. (2014). *Drug decriminalisation in Portugal: Setting the record straight*. Transform Drug Policy Foundation.

Trimbos-Instituut. (2017). *Cannabisregulering in the Verenigde Staten: Modellen en effecten op het terrein van de volksgezondheid.* Trimbos-instituut.

Trimbos-Instituut. (2018). *Strategische Verkenning Cannabispreventie. Denkrichtingen om (problematisch) cannabisgebruik bij jongeren te voorkomen*. Trimbos-instituut.

Trimbos-Instituut. (2019a). *Aanbod en gebruik van cannabisproducten in de coffeeshop*. Trimbos-instituut.

Trimbos-Instituut. (2019b). *Gebruikswijzen van cannabis en hun effecten en gezondheidsrisico's* [Factsheet]. Trimbos-instituut.

Trimbos-Instituut. (2019c). *THC-concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandse coffeeshops (2008-2019)*. Trimbos-instituut.

Trimbos-Instituut. (2020a). *Factsheet: Peilstationsonderzoek Ouders 2019: Ouders over het gebruik van tabak, alcohol, cannabis en de e-sigaret door jongeren*. Trimbos-instituut.

Trimbos-Instituut. (2020b). *Jeugd en Riskant Gedrag 2019: Kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren*. Trimbos-instituut.

Trimbos-Instituut. (2020c). *Middelengebruik onder studenten van 16-18 jaar op het MBO en HBO 2019*. Trimbos-instituut.

Trimbos-Instituut. (2021). *Nationale Drug Monitor: Jaarbericht 2020*. Trimbos-instituut. https://www.trimbos.nl/docs/423b9c4b-a389-4bfd-aa33-0c914438f1f9.pdf

UNODC. (2013). *The International Drug Control Conventions*. United Nations.

VAD. (2014). *Probleemverkennende nota cannabisbeleid*. Vlaams Expertisecentrum voor Alcohol en andere Drugs.

VAD. (2018a). *Dossier Cannabis*. Vlaams Expertisecentrum voor Alcohol en andere Drugs.

VAD. (2018b). *In hogere sferen? Volume 4. Een onderzoek naar middelengebruik bij Vlaamse studenten;* Vlaams Expertisecentrum voor Alcohol en andere Drugs.

VAD. (2018c). *Uitgaansonderzoek 2018*. Vlaams Expertisecentrum voor Alcohol en andere Drugs.

VAD. (2018d). *VAD-leerlingenbevraging in het kader van een drugbeleid op school. Syntheserapport schooljaar 2018-2019.* Vlaams Expertisecentrum voor Alcohol en andere Drugs.

VAD. (2019, september 19). *Wat zegt de wet over cannabis?* https://www.vad.be/artikels/detail/wat-zegt-de-wet-over-cannabis

VAD. (2020a). *Factsheet cannabis* [Factsheet]. Vlaams Expertisecentrum voor Alcohol en andere Drugs. https://www.vad.be/assets/factsheet_cannabis_december_2020_def

VAD. (2020b). *VAD-visietekst: Cannabisbeleid*. Vlaams Expertisecentrum voor Alcohol en andere Drugs.

VAD. (2021a). *Factsheet trends cannabis* [Factsheet]. Vlaams Expertisecentrum voor Alcohol en andere Drugs. https://www.vad.be/assets/factsheet_trends_cannabis-1

VAD. (2021b). *Leerlingenbevraging 2000-2019: Evoluties en inzichten* [Synthyeserapport]. Vlaams Expertisecentrum voor Alcohol en andere Drugs.

Verenigde Naties. (2016). *The International Drug Control Conventions Schedules of the Single Convention on Narcotic Drugs of 1961 as amended by the 1972 Protocol, as at 18 May 2016*. United Nations.

Verenigde Naties. (2020, december 2). *UN commission reclassifies cannabis, yet still considered harmful*. UN News. https://news.un.org/en/story/2020/12/1079132

VVBV. (2020). *Statistische gegevens- 2018*. Data op verzoek.

Wadsworth, E., & Hammond, D. (2018). Differences in patterns of cannabis use among youth: Prevalence, perceptions of harm and driving under the influence in the USA where non-medical cannabis markets have been established, proposed and prohibited. *Drug and Alcohol Review*, *37*(7), 903–911.

Wang, L. (2014). Marijuana:The haze that threatens to cloud perceptions of pharmacy. *International Pharmacy Journal*, *31*(1), 4–8.

WHO. (z.d.). *Public health services*. Geraadpleegd 12 augustus 2021, van https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services

WHO. (2006). *Constitution of the World Health Organization*.

WHO. (2017). *'Best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases*. World Health Organisation. https://www.who.int/ncds/management/WHO_Appendix_BestBuys.pdf

Wilkins, C., Lenton, S., & Decorte, T. (2020). Conclusion. In T. Decorte, S. Lenton, & C. Wilkins (Red.), *Legalizing cannabis. Experiences, lessons and scenarios* (pp. 427–437). Routledge.

Zuckermann, A. A. E., Battista, K. V., Bélanger, R. E., Haddad, S., Butler, A., Costello, M. J., & Leatherdale, S. T. (2021). Trends in youth cannabis use across cannabis legalization: Data from the COMPASS prospective cohort study. *Preventive Medicine Reports*, *22*, 101351.