KU LEUVEN

METAFORUM

Metaforum visietekst 16

Tijd voor een nieuw Belgisch cannabisbeleid?

Evaluaties, opties en aanbevelingen

Visietekst werkgroep Metaforum,
voorgesteld op het symposium van 22 maart 2018

Samenstelling werkgroep:

Coördinatoren: Letizia Paoli, criminologie
Tom Decorte, criminologie (Universiteit Gent)

Loes Kersten, criminologie
Eline Coutteel, sociaal recht
Paul De Grauwe, internationale economie
Michele Panzavolta, strafrecht
Mafalda Pardal, criminologie (Universiteit Gent)
Hendrik Peuskens, psychiatrie
Sofie Royer, strafrecht
Jan Tytgat, toxicologie en farmacologie
Astrid Van den Broeck, criminologie
Patrick Vankrunkelsven, huisartsgeneeskunde
Frank Verbruggen, strafrecht
Chris Verslype, hepatologie
Cedric Verstraete, criminologie

Metaforum KU Leuven
www.kuleuven.be/metaforum

D/2018/14.403/1 – ISBN 978 90 828 0700 4

METAFORUM-VISIETEKSTEN

De interdisciplinaire denktank Metaforum wil de deelname van de KU Leuven aan het maatschappelijk debat versterken. Daartoe ondersteunt Metaforum denkgroepen die wetenschappelijke expertise samenbrengen en onderzoekers vanuit verschillende disciplines in gesprek brengen rond relevante maatschappelijke problemen.

1. Het toenemend gebruik van psychofarmaca (2010)
2. Biodiversiteit: basisproduct of luxegoed? (2010)
3. Socio-economische verschillen in overgewicht (2010)
4. Personenmobiliteit in Vlaanderen (2011)
5. Behoud en beheer van bossen voor duurzame ontwikkeling:
   waar wetenschap en beleid elkaar ontmoeten (2011)
6. Totale genoomanalyse bij de mens (2011)
7. Hervormingen in het secundair onderwijs (2012)
8. Naar een nieuwe gemeenschappelijkheid voor Brussel (2012)
9. Studium generale: voorstel voor een interdisciplinair bachelorvak (2013)
10. Publieke middelen voor de kunstensector: waarom investeren in kunstproductie de moeite loont (2013)
11. Euthanasie en menselijke kwetsbaarheid (2013)
12. Ggo's in onze voedselproductie: bijdrage tot een genuanceerd debat (2013)
13. Gezondheid en gezondheidszorg: iedereen expert? (2015)
14. Voedselproductie en voedselzekerheid: de onvolmaakte waarheid (2015)
15. Circulaire economie (2016)

METAFORUM-BIJDRAGEN TOT HET INTERN DEBAT

Wanneer de universiteit wil bijdragen tot het maatschappelijk debat, moet ze ook zelf haar eigen verantwoordelijkheid opnemen. Daarom ondersteunt Metaforum ook werkgroepen die reflecteren over de eigen identiteit en de eigen actiemogelijkheden van de KU Leuven.

1. Universiteit, kerk en samenleving (2010)
2. KU Leuven klimaatneutraal 2030 (2013)

Metaforum KU Leuven, interdisciplinaire denktank voor maatschappelijk debat
Hollands College, Damiaanplein 9 bus 5009, 3000 Leuven
metaforum@kuleuven.be, www.kuleuven.be/metaforum

INHOUDSOPGAVE

Metaforum 2
1. Inleiding 5
2. Cannabis: wat is het en hoe werkt het? 8
   A. De plant en haar chemische structuur 8
   B. Natuurlijke versus synthetische cannabisproducten 9
   C. De werking van cannabis 10
      I. Cannabinoïde receptoren 11
      II. Endogene en exogene cannabinoïden en hun effect op ons lichaam 11
      III. Inhibitorische en excitatorische neurotransmitters 12
      IV. Invloed van het endocannabinoïde systeem op de ontwikkeling van afhankelijkheid en misbruik 12
      V. Opname van THC volgens wijze van gebruik 13
   D. Effecten en risico's van cannabis 14
   E. Medicinale toepassingen van cannabis 16
   F. Besluit 17
3. Prevalentie van cannabisgebruik in België in Europees perspectief 19
   A. Toenemend experimenteren maar daling van recent gebruik 19
   B. Gebruik onder jongvolwassenen (15-34 jaar) hoger dan onder ouderen 20
   C. Zorgelijk gebruik door kwetsbare groep 12-18-jarigen 21
   D. Besluit 22
4. Het huidige cannabisbeleid in België: In welke mate heeft het zijn doelen bereikt? 24
   A. De evolutie van de Belgische drugswetgeving en beleid sinds de jaren 1920 24
      I. Ontstaan 24
      II. Parlementaire werkgroep drugs 24
      III. Federale drusgnota 25
      IV. Wetshervorming van 2003 25
      V. Tussenkomst Grondwettelijk hof 26
      VI. Recente wijzigingen 26
      VII. Wettelijke stand van zaken en de strafvervolgingspraktijk 26
      VIII. Een aantal cijfers over de uitkomsten van de strafvervolging 28
   B. In welke mate heeft het Belgisch cannabisbeleid zijn doelen bereikt? 28
      I. Trends in het problematisch cannabisgebruik 29
      II. De paradox van de repressieve aanpak en haar gevolgen 29
   C. Besluit 30
5. De evolutie van het internationaal cannabisbeleid 32
   A. De eerste pogingen tot beheersing van cannabis 32
      I. Het eerste Opiumverdrag van Den Haag van 1912 32
      II. De drugsverdragen van de Volkenbond en de eerste nationale wetten 33
   B. Het huidige drugscontrolesysteem en het huidige debat 33
      I. Het Enkelvoudig Verdrag van 1961 34
      II. Het Verdrag inzake Psychotrope Stoffen van 1971 34
      III. Het Verdrag tegen Sluikhandel van 1988 35
      IV. De 'Weense Consensus' en zijn critici 35
      V. De VN General Assembly Special Session van 2016 en de 'Flexibiliteit' van de drie VN verdragen 36
      VI. De hervormingmogelijkheden van het internationale drugscontrolesysteem 37

C. Het Europees kader 38
I. Het Schengenakkoord van 2000 38
II. Het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie van 2009 en het Kaderbesluit 2004/757/JBZ 39
III. De Europese Drugsstrategie voor 2013-2020 40
IV. De studies van Van Kempen en Fedorova 41
D. Besluit 42
6. De hervormingen van het cannabisbeleid in verschillende rechtsgebieden 43
A. Decriminalisering en depenalisering van cannabisgebruik 43
B. Het Nederlandse coffeeshop-systeem 45
I. De evolutie van het Nederlandse gedoogbeleid 45
II. Het huidige debat 47
C. Medicinale marihuanaprogramma's 49
D. Cannabis social clubs in Spanje, België en elders 50
E. Het commerciële model in enkele Amerikaanse deelstaten 54
F. Het cannabismodel in Uruguay 55
G. Besluit 56
7. De ervaringen met legale psychoactieve substanties 58
A. De schade van tabak- en alcoholgebruik 58
B. Enkele aspecten i.v.m. de regulering van tabak 59
C. Enkele aspecten i.v.m. de regulering van alcohol 62
D. Enkele aspecten i.v.m. de regulering van geneesmiddelen 63
E. Commercialisering: een goed idee? 64
F. Besluit 67
8. Opties inzake regulering van cannabis: prohibitie, commercialisering en de tussenliggende opties 69
A. Barrières voor een maatschappelijk debat over regulering 69
B. Het spectrum van beleidsopties inzake cannabis 70
I. Het Alaska-model: thuisteelt voor persoonlijk gebruik 73
II. Cannabis social clubs: het coöperatieve model 73
III. Licentiesysteem voor non-profit organisaties 74
IV. Overheidsmonopolie 74
V. Het coffeeshopmodel (en varianten) 75
VI. Competitieve, gereguleerde modellen 76
VII. Medicinale cannabisprogramma's 76
C. Besluit 78
9. Aanbevelingen voor een nieuw Belgisch cannabisbeleid 79
10. Bibliografie 84
Bijlage 1 – Definities van juridische concepten 98

1. INLEIDING

In het licht van de beperkte wetenschappelijke kennis ter zake zestig jaar geleden, is het enigszins begrijpelijk dat de architecten van het huidige internationale handhavingsregime inzake drugs toen geloofden in het concept van de totale uitroeiing van de drugsproductie en het druggebruik. Vandaag de dag kan men de wetenschappelijke inzichten en ervaringen die sindsdien werden opgedaan echter niet meer negeren: het is onmogelijk om op wereldschaal en zeker binnen de grenzeloze Europese Unie de productie en handel van illegale drugs en daarmee de consumptie ervan te reduceren. Met andere woorden: de '*war on drugs*', die sinds de jaren 1980 in de wereld werd opgevoerd, valt niet te winnen en creëert bovendien veel extra problemen, zoals corruptie, geweld en illegale drugsinkomsten in verschillende landen (bv. Paoli, Reuter & Greenfield, 2009). Decennialang werd het debat over alternatieve reguleringsmodellen onder meer in de kiem gesmoord met het argument dat de internationale verdragen en verplichtingen het niet toelaten (Van Dijk, 1997). Maar na decennia van schijnbaar immobilisme wordt momenteel in tal van landen actief gezocht naar manieren om het pad van de '*war on drugs*' te verlaten – vooral met betrekking tot cannabis. Een belangrijke koerswijziging via de internationale verdragen zal er op korte termijn niet komen, omdat unanieme consensus op dat vlak noodzakelijk is en een aantal traditioneel bijzonder repressief ingestelde landen in de ingewikkelde procedures kan gaan dwarsliggen (Bewley-Taylor, 2003; Hall & Lynskey, 2009). Bovendien sturen internationale organisaties zoals de Verenigde Naties (via de werkzaamheden van de *International Narcotics Control Board*), maar evenzeer de Europese actieplannen, doorgaans aan op een uniforme en stringente benadering van het drugsfenomeen (Boekhout van Solinge, 2002; Roberts et al., 2005; Blom, 2006; Van Kempen & Fedorova, 2014).

Veel landen hebben ondertussen goed begrepen dat het via koersveranderingen in het lokale en nationale beleid is, dat de uitgangspunten van de *war on drugs* ontkracht zullen worden en dit vooral op het vlak van cannabis (Levine, 2003; Teurlings & Cohen, 2005; Chatwin, 2007). Steeds meer landen, regio's en steden testen de plooibaarheid van de internationale verdragen uit, omdat ze meer inzicht verwerven in het complexe karakter van het drugsfenomeen en de mogelijke strategieën om ermee om te gaan (Bewley-Taylor, 2003; Roberts et al., 2005). Zij willen niet langer afwachten wanneer en hoe de internationale verdragen en afspraken zullen worden herzien, maar willen daarentegen zo snel mogelijk een beleid ontwikkelen dat hen toelaat greep te krijgen op het fenomeen en de problematische kanten ervan (Bewley-Taylor, 2003).

In Uruguay en in meerdere Amerikaanse staten (zoals o.a. Colorado en Washington) is al gekozen voor een regulering van de hele cannabismarkt, terwijl Canada heeft aangekondigd dit in de zomer van 2018 te zullen doen. Ook Nederland heeft in haar regeerakkoord van oktober 2017 een experiment voorzien om enkele grote gemeenten de lokale coffeeshops te laten bevoorraden met door de overheid gereguleerde teelt van cannabis. De gezaghebbende *Global Commission on Drug Policy* (met onder meer Javier Solana, George Schultz, Kofi Annan, Richard Branson en de ex-presidenten van Brazilië, Chili, Colombia, Griekenland, Mexico, Polen en Portugal) ijvert sinds juni 2011 onafgebroken voor het beëindigen van de wereldwijde *war on drugs* (Global Commission on Drug Policy, 2011). In Europa ten slotte hebben landen als Portugal, Zwitserland en Tsjechië reeds belangrijke hervormingen inzake decriminalisering doorgevoerd.

Ook in België gaan stemmen op voor een hervorming van het cannabisbeleid. In een visietekst van november 2013 pleitten drie leden van deze (toen nog niet opgerichte) Metaforum-werkgroep – Tom Decorte, Jan Tytgat en Paul De Grauwe – ervoor om het Belgische cannabisbeleid – bijna twintig jaar na het rapport (1997) en de aanbevelingen van de parlementaire werkgroep en meer dan tien jaar na de publicatie van de Federale Beleidsnota Drugs (van 19 januari 2001) – kritisch te evalueren. Ze braken een lans voor 1) een kritische evaluatie van de resultaten en onbedoelde gevolgen van het Belgische cannabisbeleid; 2) het beëindigen van de criminalisering en stigmatisering van mensen die cannabis gebruiken en anderen niet schaden; 3) het afbouwen van de repressieve aanpak en het benutten van de budgettaire middelen die zo vrijkomen voor een geheel van maatregelen die de vraag ontmoedigen; 4) het ernstig bestuderen van de beleidsopties van een gereguleerde markt voor

cannabis; en 5) het experimenteren met modellen van wettelijke regulering van cannabis (Decorte et al., 2013, p. 3).

Dat pleidooi kreeg enige weerklank in de media en lokte positieve én negatieve reacties uit. Een opvallende vaststelling was dat de boodschap van de academische visietekst niet in dovemansoren viel. De Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD), een koepelorganisatie van bijna 80 organisaties die werkzaam zijn op het terrein van de alcohol- en drugproblematiek, publiceerde in 2014 een *'Probleemverkennende nota cannabisbeleid'* (VAD, 2014). De VAD benadrukte daarin (terecht) dat cannabis geen onschuldig product is. De meerderheid van de Belgen gebruikt geen cannabis en dit moet ook zo blijven, door in te zetten op preventie, vroeginterventie en het versterken van de maatschappelijke norm van niet-gebruik. Tegelijkertijd benadrukte de VAD in haar visienota dat cannabisgebruik door volwassenen vanuit een gezondheidsperspectief uit de criminele sfeer moet worden gehaald. De huidige wetgeving draagt niet bij tot de volksgezondheid, maar heeft integendeel een negatief effect op vlak van stigmatisering en criminalisering. Bovendien creëert de wetgeving rechtsonzekerheid. Ook bij mensen in de hulpverlening draagt vervolging zelden bij tot herstel. De VAD pleitte in haar nota voor meer controle over de beschikbaarheid, de samenstelling en de prijs van cannabis. De zusterorganisaties FEDITO Bruxelles (de Brusselse koepelorganisatie die 26 instellingen omvat uit de gespecialiseerde drugspreventie- en hulpverleningssector) en FEDITO Wallonne (die 51 gespecialiseerde centra en organisaties uit de drugssector vertegenwoordigt) gingen nog verder in hun respectieve beleidsnota's en pleitten in 2014 onomwonden voor een regulering van cannabis. Ook vanuit de politieke wereld kwamen – naast afwijzende reacties van bijvoorbeeld het Vlaams Belang en Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en gezin (CD&V) – enkele voorzichtige positieve reacties. Toenmalig minister van Volksgezondheid Laurette Onkelinx antwoordde op een mondelinge vraag van Freya Piryns naar aanleiding van de visietekst van 2013 dat "het vervolgingsbeleid tegen de producenten en tegen de handel in verdovende middelen in het algemeen botst tegen de grenzen van een georganiseerde en snel reagerende criminele wereld. We moeten dus doorlopend nadenken over nieuwe middelen om ons drugbeleid te verbeteren. Het voorstel van de professoren moet in die context worden onderzocht, om de opportuniteit ervan na te gaan." Jong VLD, Jeunes MR, Jong Groen, PvdA+ en de Jongsocialisten steunden openlijk het idee van regulering van de cannabismarkt. De Jongsocialisten slaagden er in februari 2014 in een meerderheid van de partijmilitanten te overtuigen om de regulering van cannabis in het partijprogramma op te nemen.

Eind oktober 2014 reageren criminologen Brice De Ruyver en Cyrille Fijnaut met een boek *De derde weg. Een pleidooi voor een evenwichtig cannabisbeleid*. In *De Standaard* van 31 oktober 2014 stellen ze ietwat verrassend: "In een beleid dat de volksgezondheid laat primeren, de rechtshandhaving versterkt en de economische belangen probeert weg te houden, kan er plaats zijn voor een beperkt, gereguleerd aanbod" (Delepeleire, 2014). In het boek zelf schrijven ze: "Wanneer een dwarsdoorsnede wordt gemaakt van de experimenten met legalisering in de Amerika's en van de feitelijke ontwikkelingen in de Europese Unie, dan zijn er drie vormen van cannabisteelt en cannabisconsumptie die niet alleen aansluiten bij de ruimte die de drugsverdragen van de Verenigde Naties bieden voor het persoonlijke bezit en gebruik van cannabis, maar die ook metterdaad in allerlei varianten worden geaccepteerd in een aantal Amerikaanse landen en Europese staten: de kleinschalige thuisteelt van cannabis voor eigen gebruik, de teelt en het gebruik in clubverband en de verstrekking van medische cannabis aan patiënten. Deze drie vormen van teelt en consumptie van cannabis vormen met andere woorden meer en meer de *common ground* van een internationaal cannabisbeleid dat bovenal in het teken staat van de volksgezondheid." (Fijnaut & De Ruyver, 2014, p. 263).

In december 2016 publiceerden de hoogleraren Tom Decorte, Jan Tytgat en Paul De Grauwe een concreet en gedetailleerd scenario om een gereguleerde cannabismarkt in België ingang te laten vinden. Dat voorstel was bedoeld als een aanzet voor een brede maatschappelijke, politieke en wetenschappelijke discussie.

De Metaforum-werkgroep Cannabisbeleid bouwt met dit rapport voort op eerder gevoerd debat en in het bijzonder het pleidooi van Decorte, Tytgat en De Grauwe (2013) en bedient zich daarvoor van de multidisciplinaire

expertise van zijn 15 leden, die actief zijn in uiteenlopende disciplines van de sociale en natuurwetenschappen, zoals criminologie, economie, psychologie, politieke wetenschappen en strafrecht, alsook geneeskunde, in het bijzonder hepato-gastroenterologie en psychiatrie, en toxicologie. Vanaf zijn oprichting in 2014 heeft de werkgroep onder de leiding van prof. Letizia Paoli en prof. Tom Decorte (Universiteit Gent) een tiental bijeenkomsten gehad en aan de hand van presentaties en interne debatten het voorliggende rapport ontwikkeld. Hiermee beogen we de volgende doelstellingen:

- Een bondige synthese maken van de wetenschappelijke literatuur over de eigenschappen van cannabis en de effecten van cannabisgebruik (hoofdstuk 2);
- Een overzicht bieden van de prevalentie van cannabisgebruik in Europa en in België in het bijzonder (hoofdstuk 3);
- Een reconstructie maken van het Belgische cannabisbeleid (met inbegrip van de doelstellingen en de gevolgen ervan) en zijn doeltreffendheid evalueren (hoofdstuk 4);
- Een reconstructie maken van de evolutie van het internationale cannabisregime en een beschrijving geven van de geplande en reeds doorgevoerde hervormingen in andere jurisdicties (hoofdstukken 5 en 6);
- Verkennen welke lessen kunnen worden getrokken uit de regulering van alcohol en tabak – de twee belangrijkste legale psychoactieve producten (hoofdstuk 7);
- De voor- en nadelen afwegen van de verschillende reguleringsmodellen die liggen tussen de twee extreme opties (namelijk een volledig verbod (prohibitie) en een volledig commerciële, vrije markt met weinig regels van overheidswege) (hoofdstuk 8);
- Een aantal aanbevelingen formuleren inzake het Belgische cannabisbeleid (hoofdstuk 9).

Een draftversie van het rapport is voorgelegd aan een twintigtal vertegenwoordigers van het drugbeleid, de hulpverlening, het strafrechtelijk systeem alsook enkele cannabis *social clubs*, die tijdens twee rondetafelbijeenkomsten op 5 juli en 5 september 2017 of op schriftelijke wijze ons hun opmerkingen, verbeteringen en suggesties hebben gegeven. We zijn deze stakeholders heel dankbaar voor hun feedback, die zonder twijfel het rapport sterker gemaakt heeft. De auteurs blijven natuurlijk zelf verantwoordelijk voor de inhoud van deze tekst, niet alleen voor de analyses en aanbevelingen, maar ook voor onnauwkeurigheden of onjuistheden die ondanks herhaaldelijke revisies mogelijk overeind zijn gebleven.

2. CANNABIS: WAT IS HET EN HOE WERKT HET?

In dit hoofdstuk bieden we bij wijze van introductie een beknopt antwoord op vragen als: 'Wat is cannabis?', 'Welke producten worden afgeleid uit cannabis?' en 'Hoe werkt cannabis?' We bespreken daarom achtereenvolgens de plant en zijn chemische structuur, de verschillende producten die uit cannabis vervaardigd worden en de werking. Hoewel de volgende paragrafen erg technisch kunnen ogen, zijn ze relevant voor een aantal argumenten die verder in dit rapport worden ontwikkeld. Zo is enig inzicht in de samenstelling van cannabis (o.m. de mate waarin THC, CBD en andere cannabinoïden in het product aanwezig zijn) belangrijk voor het maatschappelijke debat over de sterkte en de kwaliteit van cannabis, en de medicinale toepassingen van cannabis (versus het recreatieve gebruik van cannabis). Voor een lezer zonder scheikundige, toxicologische of geneeskundige achtergrond is dit hoofdstuk wellicht moeilijker te verwerken, maar in het maatschappelijke en politieke debat worden soms argumenten gehanteerd die weinig of geen steek houden in het licht van de wetenschappelijke inzichten omtrent de samenstelling, de werking en de effecten van cannabis. Daarom kiezen we bewust voor een omstandige toelichting. Voor dit inleidende hoofdstuk is gebruik gemaakt van het uitstekende 'Dossier cannabis' van het Vlaams Expertisecentrum Alcohol en andere Drugs (Vanmarcke, 2013).

A. DE PLANT EN HAAR CHEMISCHE STRUCTUUR

Cannabis behoort tot de familie Cannabaceae die uit drie soorten bestaat, namelijk: *Cannabis Sativa*, *Cannabis Indica* en *Cannabis Ruderalis* (Vanmarcke, 2013). Daarvan worden enkel *Cannabis Sativa* en *Cannabis Indica* als roesmiddel gebruikt (Vanhove et al., 2011). In het Nederlands noemt men die 'hennep' of 'kemp'. De cannabisplant is tweehuizig, wat betekent dat de mannelijke en vrouwelijke bloemen op verschillende planten groeien (Vanhove et al., 2011). De vrouwelijke plant is meestal sterk vertakt en kan in het wild tussen drie en vier meter hoog worden, terwijl mannelijke planten minder vertakt zijn en meestal veel kleiner blijven (Niesink & van Laar, 2012).

In de cannabisplant komen meer dan vijfhonderd chemische stoffen voor (Vanmarcke, 2013). De stoffen die enkel in cannabis voorkomen (ongeveer zestig tot honderd stoffen) worden 'cannabinoïden' genoemd (Wishnia, 2005; ElSohly & Slade, 2005, Console-Bram et al., 2012). Op basis van hun oorsprong wordt vandaag een onderscheid gemaakt tussen drie groepen cannabinoïden: (a) de fytocannabinoïden, die we in planten vinden; (b) de endocannabinoïden, die in het menselijke lichaam voorkomen; en (c) de synthetische cannabinoïden, die in een laboratorium worden ontwikkeld (López-Moreno et al., 2008; Vardakou et al., 2010). Terwijl endocannabinoïden al in het lichaam voorkomen en daarom endogeen worden genoemd, noemt men fytocannabinoïden en synthetische cannabinoïden exogeen, omdat ze in het lichaam worden binnengebracht.

De bekendste fytocannabinoïde die de cannabisplant bevat, heet delta-9-tetrahydrocannabinol (beter gekend als THC) en is verantwoordelijk voor de psychoactieve werking van cannabis (Vanmarcke, 2013). Andere fytocannabinoïden zijn onder andere: cannabigerol (CBG), cannabidiol (CBD) en cannabinol (CBN). Deze stoffen hebben geen of een veel mildere psychoactieve werking en kunnen de werking van THC afremmen of juist bevorderen (Kerssemakers et al., 2008; Pertwee, 2008). CBD heeft bijvoorbeeld geen hallucinogene eigenschappen en onderdrukt angstgevoelens, in tegenstelling tot THC. Het zou ook rustgevend, pijnreducerend en antipsychotisch werken. Ten slotte kan CBD het gevoel van euforie versterken, omdat het de stofwisseling van THC in de lever vertraagt (Murray et al., 2007; Earlywine, 2002, Bergamaschi et al., 2011).

Cannabisproducten die in de illegaliteit wordt geproduceerd, bevatten vaak veel THC (het psychoactieve bestanddeel) en te weinig CBD (het anti-psychotische bestanddeel; zie EMCDDA en Europol, 2016: 57 en 69), en zijn net daarom gevaarlijker in vergelijking met legale cannabisproducten die aan allerlei voorschriften worden onderworpen (zoals de aanwezigheid van een maximale hoeveelheid THC en een minimale hoeveelheid CBD).

B. NATUURLIJKE VERSUS SYNTHETISCHE CANNABISPRODUCTEN

De hoeveelheid THC is niet homogeen over de plant verdeeld, maar is vooral geconcentreerd in de vrouwelijke bloemtoppen, die op hun beurt ook niet allemaal steeds evenveel THC bevatten (Vanmarcke, 2013). Het zijn dan ook voornamelijk de vrouwelijke cannabisplanten die geproduceerd worden om genots- en geneesmiddelen van te maken (Wishnia, 2005; VAD, 2003; Baker et al., 2003; Kerssemakers et al., 2008; Niesink & Rigter, 2012).

De cannabisplant kan in drie categorieën opgedeeld worden: (i) de zaden en de stelen, (ii) de bladeren en de bloemen en (iii) de hars (Wishnia, 2005). Elk onderdeel wordt voor verschillende soorten producten gebruikt:

- **Hennep** verwijst naar de industriële toepassingen van de cannabisplant, die duidelijk te onderscheiden zijn van de medicinale en recreatieve toepassingen. De bekendste industriële toepassingen van hennep zijn het bewerken van de vezels tot papier, touw en textiel (kleding, canvas en scheepszeil). Hennepzaadjes worden veel gebruikt in vogelzaad. Andere minder bekende toepassingen van het gebruik van vezelhennep zijn plastic, brandstof (hennepolie), isolatiemateriaal en stal- of hokbedekking voor dieren. Van het roken van hennep wordt men niet 'high', aangezien de planten die voor de vezels geteeld worden zeer weinig THC bevatten (Wishnia, 2005; VAD, 2003).
- **Marihuana** verwijst naar de bloemtoppen en bovenste bladeren van de vrouwelijke hennepplant. Als die worden gedroogd en verkruimeld, verkrijgt men wiet, weed of marihuana. Wiet heeft een typische, sterke geur. De kleur varieert van grijsgroen tot groenbruin (Wishnia, 2005; VAD, 2003).
- **Hasj** wordt gemaakt van de hars die op de plant zit. Die wordt verkregen door de bloemtoppen te koelen en ze daarna door een zeef te schudden. De harskorreltjes vallen dan van de bloemen door de zeef. Daarna perst of kneedt men deze korreltjes samen tot plakken of blokjes hasj. Het resultaat is een lichtbruine tot zwarte substantie die nog het meest op een bouillonblokje lijkt. Hasj is doorgaans sterker dan marihuana, maar de zuiverheid en het harsgehalte lopen uiteen (Wishnia, 2005; VAD, 2003).
- **Hasjolie**: via een speciale bewerking kan een sterk geconcentreerde stof uit de plant worden gehaald, dit is hasjolie. Dit is een dikke donkere vloeistof die kleverig aanvoelt, en een zeer hoge concentratie van THC bevat. Hij wordt verkregen via alcoholische distillatie van cannabis. (Wishnia, 2005; Kerssemakers e.a., 2008).

Daarnaast is er synthetische cannabis, die niet van de plant *Cannabis Sativa* komt, maar in een laboratorium wordt gemaakt (Vanmarcke, 2013). De ontwikkeling van synthetische cannabis gebeurde oorspronkelijk voor medische doeleinden (Vardakou et al., 2010). In 2006 publiceerden enkele scheikundigen van Clemson University een onderzoek naar de ontwikkeling van ontstekingsremmende drugs, waarvoor ze onder andere honderden synthetische cannabissoorten maakten, waaronder een soort met de naam JWH-018. De ontwikkeling van synthetische cannabisproducten leidde enerzijds tot verder onderzoek in academische en industriële laboratoria, maar ook op de illegale markt verschenen synthetische cannabisproducten (met namen als Spice, Black Mamba en Exodus Damnation) die vooral door illegale laboratoria in China, Oost-Europa en Azië worden gemaakt.

De synthese van THC voor medische toepassingen in academische en industriële laboratoria zorgde initieel voor problemen, want het was moeilijk om de wenselijke eigenschappen van THC (het onderdrukken van misselijkheid, het verzachten van pijn) te scheiden van de psychoactieve effecten (de 'high' of de 'roes'). Deze onderzoeken hebben wel bijgedragen aan een beter inzicht in de structuur van de THC-molecule (Iversen, 2000). In het begin van de jaren 1980 ontdekte Pfizer de eerste krachtige synthetische THC met een pijnstillende werking. Vervolgens slaagden andere onderzoekers erin om nog andere cannabinoïden te synthetiseren. Ondertussen is synthetisch Δ9-THC – ofwel dronabinol – in de VS erkend als middel tegen misselijkheid en overgeven voor kankerpatiënten en als eetlustopwekker voor aidspatiënten (Howlett et al., 2004).

Straatvarianten van synthetische cannabis worden onder andere verkocht onder de namen 'Spice Gold' of 'K2' of als een mengeling van kruiden of potpourri die 'niet gericht is op menselijke consumptie'. Bij het roken van deze substanties treden effecten op die op de effecten van cannabis lijken. Scheikundige analyse van deze producten heeft uitgewezen dat de psychoactieve effecten het gevolg zijn van toegevoegde synthetische cannabinoïden, die vergelijkbare effecten hebben als THC (THC-analogen) (Vanmarcke, 2013). De hoeveelheid en combinatie van deze synthetische cannabinoïden verschilt van product tot product. De psychoactieve componenten zijn meestal sterker in synthetische cannabis dan in de natuurlijke producten (Vardakou et al., 2010; Fattore & Fratta, 2011; Gunderson et al., 2012). Synthetische cannabinoïden zijn ook bekend onder namen zoals 'New Psychoactive Substances' (of NPS) of 'legal highs', omdat ze aanvankelijk niet op de lijst van verboden producten voorkomen of via ongereguleerde kanalen op het internet worden verkocht. Tussen 2008 en 2014 werden meer dan 130 nieuwe cannabinoïden aan het Europese Early Warning System gerapporteerd: deze nieuwe cannabinoïden vormen dus de grootste categorie binnen de NPS (EMCDDA, 2015b).

C. DE WERKING VAN CANNABIS

Om de werking van psychoactieve stoffen (zoals cannabis, of andere illegale drugs, maar evenzeer geneesmiddelen) in het menselijke lichaam te begrijpen, zijn een aantal biochemische processen belangrijk, en in het bijzonder de werking van receptoren. Receptoren zijn eiwitten in het celmembraan, het cytoplasma of de celkern, waaraan een specifiek molecuul kan binden. Receptoren kunnen signalen van binnen of buiten de cel doorgeven: wanneer een signaalmolecuul aan een receptor bindt, kan de receptor een cellulaire respons op gang brengen. Zowel lichaamseigen (endogene) stoffen (zoals neurotransmitters, hormonen en cytokinen), als lichaamsvreemde (exogene) stoffen (zoals antigenen en feromonen) kunnen een dergelijke cellulaire respons opwekken.

De werking van cannabis speelt zich af in het endocannabinoïde systeem (Vanmarcke, 2013). Dit is een complex systeem dat een belangrijke rol speelt in de regulering van talrijke fysiologische en pathologische processen, zoals de immuunrespons, voedselopname, cognitieve processen, emotie, waarneming, beloning, motorische coordinatie, lichaamstemperatuur en het slaap- en waakritme (Niesink & Van Laar, 2016; Youssef & Irving, 2012; Di Marzo, 2009). Het endocannabinoïde systeem bevat minstens twee cannabinoïde receptoren (CB1 en CB2) en minstens vijf endocannabinoïden (De Petrocellis et al., 2009). Het is bovendien één van de belangrijkste neuromodulators van het centrale- en perifere zenuwstelsel en speelt een cruciale rol in de mediëring van de vrijgave van neurotransmitters en cytokines (López-Moreno et al., 2008; Di Marzo, 2009).[1] Bij gebruik van een cannabisproduct, wordt THC opgenomen in het bloed (Vanmarcke, 2013). Het (THC-rijke) bloed wordt door het lichaam gepompt en bereikt uiteindelijk de hersenen, waar THC zich bindt aan specifieke eiwitten in de hersenen, de cannabisreceptoren. De aanwezigheid van deze cannabisreceptoren impliceert dat er lichaamseigen cannabinoiden zijn die zich onder normale omstandigheden binden aan deze eiwitten: de endocannabinoïden (Kerssemakers et al., 2008).

[1] Cytokinen zijn eiwitten die in het lichaam een functie vervullen als chemische boodschapper tussen cellen. Allerlei of misschien zelfs wel alle cellen in het lichaam kunnen een of meer cytokinen produceren. Deze cytokinen spelen onder andere een belangrijke rol bij de coördinatie van de afweer tegen ziekten. Om hun boodschapperfunctie te kunnen vervullen moeten andere cellen zeer gevoelig zijn om deze geringe hoeveelheden (picogrammen per milliliter) te kunnen detecteren. Hiervoor zijn deze cellen uitgerust met receptoren. Dit zijn eiwitten aan het oppervlak van cellen. Elk cytokine hecht zich alléén aan zijn eigen receptor doordat het bepaalde structuren in de receptor herkent. Een cytokine hoort bij zijn receptor als een sleutel bij een slot. De koppeling van een cytokine met zijn receptor brengt een kettingreactie op gang in de cel, waardoor die zeer snel haar opdracht gaat uitvoeren.

I. CANNABINOÏDE RECEPTOREN

De wijdverspreide distributie van CB1-receptoren in de hersenen is verantwoordelijk voor verscheidene fysiologische en psychotrope effecten van cannabis (bv. fysieke afhankelijkheid, high) (Youssef & Irving, 2012; Seely et al., 2011; Fisar, 2009). De CB1-receptor – ontdekt in 1988 – komt nagenoeg exclusief voor binnen het centrale zenuwstelsel (CZS, dus hersenen en ruggenmerg). Daarnaast kunnen CB1-receptoren zich eveneens in het perifere zenuwstelsel (PZS) bevinden.

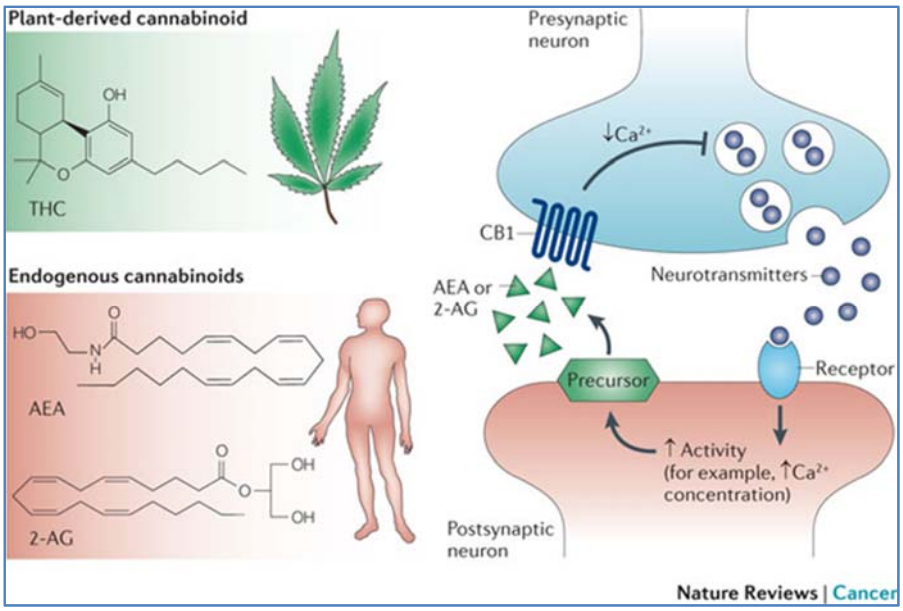
De CB2-receptor werd enkele jaren later ontdekt (1993) en komt hoofdzakelijk voor op immuuncellen (o.a. op de milt, amandelen en weefsels die verantwoordelijk zijn voor de productie en regulatie van immuuncellen). Recente studies tonen aan dat de CB2-receptor eveneens voorkomt in het centraal zenuwstelsel en in de perifere weefsels. De CB2-receptoren spelen een belangrijke rol bij de behandeling van neuro-inflammatoire ziektes waarbij het centrale zenuwstelsel aangetast wordt (zoals hersenvliesontsteking, encefalitis, myelitis en multiple sclerose) (Youssef & Irving, 2012; De Petrocellis et al., 2009; Fisar, 2009).

Verscheidene cannabinoïden kunnen zich binden aan de cannabinoïde receptoren. Na binding met cannabinoïden hebben de cannabisreceptoren een effect op verscheidene fysiologische processen, zoals o.a. pijnmodulatie, geheugen, eetlust en het immuunsysteem (Youssef & Irving, 2012).

II. ENDOGENE EN EXOGENE CANNABINOÏDEN EN HUN EFFECT OP ONS LICHAAM

Het bestaan van de cannabinoïde receptoren betekent dat er endogene cannabinoïde neurotransmitters (endocannabinoïden of lichaamseigen cannabinoïden) aanwezig zijn die zich in normale omstandigheden aan deze cannabinoïde receptoren binden om biologische reacties te produceren of te verhinderen. Doorheen de jaren zijn minstens vijf endocannabinoïden ontdekt, maar de twee meest onderzochte zijn anandamide (AEA) en 2-arachidonoylglycerol (2-AG).[2]

Figuur 1 Endogene en exogene cannabinoïden



Bron: Velasco, Sánchez & Guzmán, 2012.

[2] Ter vergelijking: dit is meer dan het percentage respondenten dat in 2015 aangaf dagelijks alcohol te gebruiken, namelijk 6,1%.

Het endocannabinoïde-systeem is betrokken bij verscheidene ziektebeelden zoals o.a. zwaarlijvigheid, cardiovasculaire ziektes en neurologische aandoeningen. De concentraties aan endocannabinoïden kunnen wijzigen gedurende het ziekteverloop. Het is evenwel onduidelijk of deze stijgingen en dalingen eerder voordelig, dan wel nadelig zijn voor het ziekteverloop (Seely et al., 2011).

Zoals eerder gezegd zijn fito- en synthetische cannabinoïden exogeen, omdat ze in het lichaam binnengebracht worden. Exogene cannabinoïden werken net als de endocannabinoïden in op de CB1- en CB2- receptoren.

Niet alleen de hoeveelheid THC, maar vooral de verhouding tussen de verschillende cannabinoïden bepaalt het effect (Murray, 2007). Bijvoorbeeld, hoe hoger de hoeveelheid THC en hoe lager het gehalte aan CBD, des te hoger het risico op psychotische effecten. CBD zou een dempende werking kunnen hebben op door THC geïnduceerde psychotische symptomen (Niesink & van Laar, 2012). Een ander voorbeeld: CBD zou de angst- en paniekinducerende effecten van THC gedeeltelijk kunnen tegengaan. CBD kan met andere woorden een aantal effecten van THC beïnvloeden (Niesink & Rigter, 2016). In het licht van deze kennis is het dus een zorgwekkende vaststelling dat de cannabis die op de zwarte markt wordt geproduceerd en verkocht, door de tijd heen meer THC is gaan bevatten en minder CBD (Van Laar et al., 2016; EMCDDA en Europol, 216: 69). We komen op deze trend en de consequenties ervan verder in dit rapport terug.

III. INHIBITORISCHE EN EXCITATORISCHE NEUROTRANSMITTERS

Neurotransmitters of overdrachtstoffen zijn signaalstoffen of moleculen die in de contactruimte tussen twee cellen (zogenaamde synapsen) zenuwimpulsen overdragen tussen zenuwcellen (neuronen) in het zenuwstelsel, of impulsen overdragen van motorische zenuwcellen op spiercellen of van zenuwreceptoren op sensorische zenuwcellen. Zo zijn de neurotransmitters GABA en glutamaat belangrijk om de werking van het endocannabinoïde systeem te begrijpen. Deze neurotransmitters zijn aanwezig in het centraal zenuwstelsel. GABA (gamma-aminobuytric acid of gamma-aminoboterzuur) tempert de vrijgave van dopamine. Als een gebruiker cannabis gebruikt, en THC dus in de hersenen terechtkomt, blokkeert het THC de GABA-neurotransmitters, waardoor er net méér dopamine vrijkomt. Glutamaat daarentegen stimuleert de vrijgave van dopamine. Als THC deze neurotransmitter blokkeert, komt er net minder dopamine vrij (Youssef & Irving, 2012).

Wat er juist gebeurt na stimulatie van de cannabinoïde-receptoren hangt bijgevolg af van de plaats van de receptor in het excitatorische of inhibitorische neuronale circuit dat gestimuleerd wordt (Baker et al., 2003). Cannabinoïden beïnvloeden de activiteit van de meeste neurotransmitters en zodoende ook van veel verschillende functies. Die invloed kan zowel stimulerend (excitatorisch) als onderdrukkend (inhibitorisch) zijn (Pertwee, 1995). De soms paradoxale bevindingen dat cannabis bepaalde symptomen (bijvoorbeeld stuiptrekkingen en beven) onderdrukt dan wel opwekt, is wellicht te wijten aan het feit dat deze symptomen afhangen van verschillende neuronale circuits (Niesink & van Laar, 2016).

IV. INVLOED VAN HET ENDOCANNABINOÏDE SYSTEEM OP DE ONTWIKKELING VAN AFHANKELIJKHEID EN MISBRUIK

Hoewel het nog lang niet zeker is wat nu juist de rol is van het endocannabinoïde systeem, is uit onderzoek wel duidelijk gebleken dat het een belangrijke rol speelt bij afhankelijkheid (Robledo et al., 2008; Lopez-Moreno et al., 2008; Youssef & Irving, 2012; Console-Bram et al., 2012). Het speelt een rol in processen van beloning, geheugen en leerproces, emoties en emotionele herinneringen, inhibitie, zelfcontrole en gedragsplanning (Lopez-Moreno et al., 2008).

Aangezien cannabinoïde-receptoren in het lichaam op zoveel verschillende lichaamsfuncties een invloed uitoefenen, worden steeds meer mogelijke therapeutische toepassingen duidelijk (Niesink & van Laar, 2016). Zo is

meer onderzoek wenselijk naar het gebruik van het endocannabinoïde-systeem bij de behandeling van cannabisafhankelijkheid (Clapper et al., 2009).

V. OPNAME VAN THC VOLGENS WIJZE VAN GEBRUIK

De wijze waarop de fytocannabinoïden en synthetische cannabinoïden in het bloed en vervolgens in het endocannabinoïde systeem terechtkomen, is afhankelijk van de wijze van gebruik. Bij inhalatie gebeurt dit via de longen, bij orale inname via het spijsverteringsstelsel. De restproducten van cannabis blijven soms wekenlang in het lichaam vooraleer zij worden uitgestoten in de urine en ontlasting. Een positieve drugtest geeft bijgevolg niet altijd een duidelijk beeld van de graad van intoxicatie op het moment van de testafname (Vanmarcke, 2013). In wat hierna volgt bespreken we kort enkele vormen van inhaleren (de klassieke 'joint', de waterpijp of 'bong', en de verdamper of *vaporizer*), orale vormen van inname en enkele andere vormen van inname. We parafraseren daarvoor de meer uitgebreide beschrijving uit het 'Dossier: cannabis' van de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugs (Vanmarcke, 2013).

INHALEREN

De THC wordt bij roken omgezet in een damp. Bij afkoeling condenseert die damp tot microscopisch kleine druppeltjes rook die worden geïnhaleerd. THC lost gemakkelijk op in vet, waardoor het snel kan worden opgenomen door de longmembranen, die een grote absorptieoppervlakte hebben. De stof komt zo in het bloed terecht, dat van de longen direct naar het hart stroomt en van daaruit via de aders door het hele lichaam wordt gepompt. Hierdoor penetreert de drug al enkele seconden na de eerste trek de hersenen en bereikt het de cannabinoïdereceptoren, waardoor het de snelste en sterkste wijze van gebruik vormt. Het effect houdt ongeveer twee tot vier uur aan, waarvan de eerste twee uur als piek ervaren wordt (Kerssemakers e.a., 2008).

Cannabisproducten worden meestal verwerkt in een joint (marihuanasigaret, reefer, …). Een joint is een lange sigaret, met of zonder filter, gevuld met pure cannabis of met een mengsel van tabak en hasj en/of wiet (Kerssemakers e.a., 2008). Gemiddeld wordt bij het roken van cannabis ongeveer 15%-50% van de THC opgenomen (Fisar, 2009).

Bij het gebruik van een waterpijp of 'bong' krijgt de gebruiker in vergelijking met een ongefilterde joint 30% meer teer binnen. Teer is weliswaar onoplosbaar in water, zodat de rook voor een deel ervan 'zuivert', maar THC is ook onoplosbaar in water, zodat uiteindelijk om hetzelfde effect te bereiken meer cannabis gerookt moet worden dan zonder waterpijp (Budbuddies, 2004).

De verdamper (*vaporizer*) verwarmt marihuana tot 200 °C, waardoor de cannabinoïden verdampen. Deze temperatuur zou lager moeten liggen dan de temperatuur waarop kankerverwekkende stoffen verbranden. Gebruikers zouden op deze manier de damp kunnen inhaleren, die idealiter meer THC en minder verontreinigde stoffen en teer bevat. In de praktijk creëert de verdamper echter een damp met een ongewoon lage hoeveelheid THC en een hoge hoeveelheid cannabinol. Hierdoor bevat een ongefilterde joint meestal een betere THC-teerverhouding dan de verdamper. Ondanks deze bevinding blijven de voordelen voor de luchtwegen ten gevolge van een koelere damp behouden (Earlywine, 2002). Alhoewel de verdamper niet het ideale middel ter preventie van door cannabis geïnduceerde longproblemen vormt, is het een veel beter middel dan het toedienen van cannabis via het roken van een joint. Dit laatste is medisch onverantwoord omdat het roken van cannabis net zo schadelijk is als het roken van tabak.

ORALE INNAME

Cannabisproducten kunnen ook verwerkt worden in verscheidene voedingswaren (bv. cake, koekjes, thee, …). THC is niet wateroplosbaar en wordt dus het best opgenomen in vetrijke bereidingen. Het voedsel dient een lange weg af te leggen in het spijsverteringsstelsel. Het grootste deel van THC wordt bovendien snel afgebroken in de lever nog voordat het in de bloedcirculatie terechtkomt. Via de darmen wordt THC wel vrij goed opgenomen, maar dit proces is traag en onvoorspelbaar. De hoeveelheid vet in het opgenomen voedsel en de vraag of de persoon nog meer heeft gegeten spelen hierin een belangrijke rol.

De effecten doen zich voor na één tot vier uur (later dan bij roken) en pas na vier tot acht uur voelt de gebruiker zich weer normaal. De kans bestaat dat de gebruiker, doordat het effect zolang op zich laat wachten, gaat denken dat hij te weinig heeft gebruikt en gaat bijnemen. Als de THC dan zijn werk begint te doen, merkt hij te laat dat hij teveel heeft ingenomen (Kerssemakers e.a., 2008; Fisar, 2009).

ANDERE GEBRUIKSWIJZEN

In het kader van medisch gebruik van cannabinoïden wordt veel onderzoek verricht naar alternatieve therapeutische toedieningswijzen, zoals aërosols, zetpillen, sublinguale tinctuur (een vloeistof voor onder de tong), pleisters, injecteerbare oplossingen en oogdruppels (Groten-hermen, 2004). Deze visietekst gaat niet verder in op deze toedieningswijzen, aangezien hij zich niet toespitst op medicinaal gebruik van cannabis.

D. EFFECTEN EN RISICO'S VAN CANNABIS

Nu we de biochemische werking van cannabis (en cannabinoïden) in het menselijk lichaam hebben toegelicht, kunnen we ingaan op de algemene lichamelijke en psychische effecten en risico's van cannabis. Vervolgens bespreken we de toxiciteit van cannabis, en de risico's op tolerantie, afhankelijk en misbruik.

De meeste lichamelijke effecten van cannabis doen zich voor na zwaar, chronisch of regelmatig gebruik. De effecten op de hartslag en bloeddruk zijn eerder acuut en dosisgerelateerd, waarvoor bij regelmatig gebruik tolerantie kan ontwikkelen. Het roken van cannabis houdt een ernstig gezondheidsrisico in voor de longen en luchtwegen (Niesink en Van Laar, 2016). Naast de effecten op de longfunctie houdt het roken van cannabis ook een potentieel risico in voor de ontwikkeling van verscheidene soorten long-, hoofd- en keelkankers, al is hieromtrent extra onderzoek nodig (Maertens et al., 2013; Repp & Reich, 2014; Niesink en Van Laar, 2016). Het totale effect op het immuunsysteem is nog niet volledig uitgeklaard (Schatman, 2015; Grotenthermen, 2007; Bergamaschi et al., 2011). Matig cannabisgebruik bij gezonde personen zou wellicht niet tot een verstoring van het immuunsysteem leiden. Cannabis beïnvloedt de seksualiteitsbeleving en bij zwaar gebruik heeft cannabis een tijdelijk en omkeerbaar negatief effect op de vruchtbaarheid (Du Plessis et al., 2015). Ten slotte is er geen eenduidig bewijs dat cannabisgebruik structurele wijzigingen in de hersenstructuur veroorzaakt (Koenders et al., 2016; Zalesky et al., 2012; Batalla et al., 2013). Wel vormt de puberteit een kritieke periode in de ontwikkeling van de hersenen en zijn jongeren dus extra kwetsbaar voor de effecten van cannabis (Niesink en Van Laar, 2016).

Naast de lichamelijke effecten kan het gebruik van cannabis leiden tot ongewenste psychische effecten. Deze psychische effecten doen zich meestal voor na zwaar, chronisch of regelmatig gebruik. We belichten het verband tussen cannabisgebruik en effecten op cognitieve functies, op psychotische stoornissen en op affectieve stoornissen.

Cannabisgebruik verstoort vooreerst de *cognitieve functies* op verschillende niveaus, al is onderzoek niet eenduidig of de negatieve effecten op de cognitieve functies blijvend van aard zijn. Wanneer uit onderzoek blijkt dat

deze effecten langdurig aanhouden, wordt dit voornamelijk toegeschreven aan de beginleeftijd of aan het zwaar en langdurig gebruik (Grotenthermen, 2007; Ehrler et al., 2015; Schatman, 2015).

Vervolgens wordt er in de literatuur ook een verband aangehaald tussen cannabisgebruik en *acute psychoses of psychotische stoornissen*, zoals schizofrenie (Niesink & van Laar, 2012; Moore et al., 2007; Radhakrishnan et al., 2014; Di Forti et al., 2015; Sachs et al., 2015)). Dit verband is dosisgerelateerd (Marconi et al., 2016). Recent onderzoek suggereert dat de acute psychose kan voorkomen bij personen zonder enige klinische voorgeschiedenis, het is onduidelijk of dit ook opgaat voor psychotische stoornissen. Cannabisgebruik kan leiden tot een plotse verergering of herhaling van bestaande psychotische symptomen en kan de ontwikkeling van psychotische stoornissen versnellen en het verloop van een aanwezige psychotische stoornis negatief beïnvloeden. Het risico hangt samen met de startleeftijd van cannabisgebruik, de frequentie van gebruik en de kwetsbaarheid van de gebruiker. In het bijzonder zou cannabisgebruik gedurende de adolescentie het risico vergroten op de ontwikkeling van schizofrenie in het latere leven. Verder wordt ook gesuggereerd dat cannabisgebruik en schizofrenie dezelfde etiologische factoren zouden delen, wat zou wijzen op een aanleg die leidt tot beide fenomenen.

Ten slotte is onderzoek met betrekking tot *affectieve stoornissen* eerder beperkt (Moore et al., 2007; Niesink en van Laar, 2016; Leite et al., 2015). In onderzoek wordt een matig verband teruggevonden tussen zwaar, problematisch cannabisgebruik en depressie, suïcide en bipolaire stoornissen, al is nog steeds niet duidelijk wat de aard van dit verband juist is. Over het verband tussen cannabisgebruik en angststoornissen of een amotivationeel syndroom bestaan er tegenstrijdige bevindingen (Hall & Solowij, 1998; Karila et al., 2014; Kedzior et al., 2014).

Alhoewel de toxiciteit van cannabis wel lager ingeschat wordt dan die van alcohol, neemt de schade door cannabisgebruik toe met de hoeveelheid, frequentie van inname en duur van de blootstelling (het aantal jaren dat men gebruikt) (Niesink en van Laar, 2016). Ook de leeftijd waarop men begint, speelt een rol: hoe jonger men begint, hoe groter het risico op schadelijke effecten. Ernstige intoxicaties kunnen leiden tot een depressie van het centrale zenuwstelsel en mogelijk coma (Niesink & van Laar, 2012). Het lijkt evenwel onmogelijk om als mens te overlijden aan een overdosis THC. Dit blijkt uit studies op proefdieren waar men minimaal 5.000 keer de doorsneedosis van een cannabisgebruiker moet toedienen om het proefdier (rat, muis, hond of aap) te doen overlijden (Iversen, 2000). Er werd daarenboven nog nooit een overlijden gemeld ten gevolge van een overdosis THC (Fisar, 2009). Wel werd er in 2002 in de statistiek van de doodsoorzaken een overlijden vastgesteld van een vrouw door een hersenoedeem ten gevolge van cannabisafhankelijkheid (www.zorg-en-gezondheid.be).

Tolerantie ontwikkelt zich na chronisch of herhaaldelijk cannabisgebruik. Tolerantie treedt niet op voor alle effecten van cannabis en komt voor in verschillende snelheden en niveaus van intensiteit (Fisar, 2009). De ontwikkeling van tolerantie kan voor verscheidene hersengebieden verschillend verlopen (Pertwee, 2008). Bij de mens ontwikkelt zich een milde tolerantie voor de effecten van THC bij regelmatige gebruikers. Ze hebben met andere woorden steeds meer nodig om hetzelfde effect te verkrijgen. Bij mensen die niet regelmatig cannabis gebruiken of eerder in kleine hoeveelheden, lijkt zich weinig of geen tolerantie te ontwikkelen. Bij zware cannabisgebruikers kan daartegenover soms een negatieve tolerantie of sensitisatie vastgesteld worden. Dit houdt in dat deze gebruikers gevoeliger worden voor de werking van THC (Van Wilgenburg, 1994).

Personen die gedurende lange tijd op intensieve wijze cannabis gebruiken, lopen het risico om afhankelijk te worden van cannabis. Het risico om afhankelijk te worden van cannabis is niet voor iedereen hetzelfde (Carpenter, 2001). In vergelijking met sommige andere middelen (bv. nicotine) die een sterk afhankelijkheidsrisico inhouden, is het risico om afhankelijk te worden van cannabis kleiner (Iversen, 2000). Toch ontwikkelt ongeveer de helft van de dagelijkse cannabisgebruikers een afhankelijkheidsstoornis (van der Pol, 2011).

Bij het stopzetten van cannabisgebruik kunnen zich onthoudingsverschijnselen voordoen. Deze kunnen opgedeeld worden in ‘vaak voorkomende’ en ‘minder vaak voorkomende’ onthoudingsverschijnselen (Budney, 2007; Fisar, 2009; Vandrey & Haney, 2009). De vaak voorkomende onthoudingsverschijnselen van cannabis zijn relatief

mild van aard en manifesteren zich zonder ernstige medische complicaties met zich mee te brengen. Ze zijn zeker niet te vergelijken met de ernstige lichamelijke gevolgen die optreden naar aanleiding van het abrupt stoppen met alcohol of opiaten (Niesink & van Laar, 2012; Budney, 2007). Bovendien blijkt dat wanneer men abrupt stopt met zwaar cannabisgebruik, het verschillende dagen duurt eer de onthoudingsverschijnselen zich voordoen. Vaak schrijft de gebruiker de symptomen dan ook niet meer toe aan het stoppen van het cannabisgebruik (Cooper & Haney, 2008).

Volgens de criteria van de DSM-IV (de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) was het feit dat een individu een bepaald middel blijft gebruiken ondanks de significante problemen die aan dit gebruik gerelateerd zijn, een noodzakelijke voorwaarde om afhankelijkheid te kunnen diagnosticeren. Sinds 2013 is er een nieuwe, vijfde en volledig herziene uitgave van de DSM. In de DSM-V wordt er niet meer gesproken over afhankelijkheid, maar over problematisch cannabisgebruik met een ernstgraad die varieert van 'mild' over 'moderate' tot 'severe' (Niesink en van Laar, 2016). Traditioneel werden de criteria voor onthouding en afhankelijkheid gedefinieerd vanuit een medische invalshoek; men gebruikte hiervoor fysieke kenmerken. Recent toont heel wat onderzoek aan dat de hoofdkenmerken van onthouding eerder emotionele en gedragssymptomen zijn die te maken hebben met neurobiologische veranderingen in het limbisch systeem, dan fysieke symptomen (Niessink en van Laar, 2016). Het zijn net deze symptomen die een goede voorspeller blijken te zijn van afhankelijkheid en terugval en die gemeenschappelijk zijn voor de onthouding van zowat alle psychoactieve middelen. In DSM-V is het cannabisonthoudingssyndroom opgenomen, iets dat in de DSM-IV ontbrak (Niesink & van Laar, 2012).

E. MEDICINALE TOEPASSINGEN VAN CANNABIS

We maakten eerder al duidelijk dat cannabis niet enkel om recreatieve redenen (als een roesmiddel) kan worden gebruikt, maar dat het ook als medicinaal product (voor therapeutische doeleinden) kan worden gebruikt. Bij de beschrijving van de scheikundige samenstelling van cannabisproducten en de biochemische processen die plaatsvinden wanneer cannabinoïden in het menselijk lichaam terechtkomen, was al enigszins duidelijk dat cannabis op bepaalde vlakken een therapeutisch potentieel heeft. Er bestaat uitgebreid onderzoek over de effecten van cannabis en derivaten (in vergelijking met placebo) op verschillende symptomen en aandoeningen. De interpretatie van de studies is moeilijk, omdat er niet altijd gegevens beschikbaar zijn over het in de studies gebruikte cannabispreparaat, en omdat er voor verschillende indicaties geen kwaliteitsvolle gerandomiseerde gecontroleerde studies bestaan. Bij de mondspray *Sativex* (GW Pharmaceuticals) bevat elke verstuiving van 100 microliter van dit product 2,7 mg THC en 2,5 mg CBD. In andere studies bestudeert men tabletten met THC of geïnhaleerde marihuana. De karakterisering beperkt zich meestal tot het THC-gehalte. Niettemin bestaan er aanwijzingen dat medicinale cannabis een effectieve behandeling kan zijn voor bepaalde aandoeningen.

Bij neuropathische pijn (zenuwpijn) zoals bij Multiple Sclerosis (MS) is er duidelijk bewijs dat cannabinoïden veilig en matig effectief zijn (Whiting et al., 2015; Lynch & Campbell, 2011; Langford, Mares, Novotna, Vachova, Novakova, Notcutt, Ratcliffe, 2013; Wilsey, Marcotte, Deutsch, Gouaux, Sakai, & Donaghe, 2013; Grotenhermen & Müller-Vahl, 2012). Eén studie toont aan dat MS-patiënten die in de eerste 10 weken gunstig reageerden op *Sativex* dit effect behielden over een periode langer dan 1 jaar zonder dosisverhoging (Wade, Makela, House, Bateman, & Robson, 2006). Daarenboven kan cannabis voor MS-patiënten een gunstig effect hebben op een dysfunctionele en overactieve blaas met urge-incontinentie als gevolg (Freeman, Adekanmi, Waterfield M., Waterfield A., Wright, & Zajicek, 2006; Kavia, Ridder, Constantinescu, Stott, & Fowler, 2010). Om een zicht te krijgen op de langetermijneffecten is echter meer onderzoek nodig.

Cannabis werd ook onderzocht bij kankerpijn. Met dosissen die minimale nevenwerkingen genereerden, kon deze pijn worden verzacht (Johnson, Burnell-Nugent, Lossignol, Ganae-Motan, Potts, & Fallon, 2010; Johnson, Lossignol, Burnell-Nugent, & Fallon, 2013), doch het bewijs is op dit ogenblik onvoldoende (Whiting et al., 2015). De Wereldgezondheidsorganisatie (of World Health Organization, verder WGO of WHO) beschouwt medicinale

cannabis als een *add-on* therapie bij kankerpijn in geval het doorlopen van de WGO-ladder onvoldoende resultaat geeft.

Medicinale cannabis werd ook uitvoerig getest tegen misselijkheid en braken als gevolg van chemotherapie: gezien de grote therapeutische mogelijkheden met klassieke geneesmiddelen werden tests met medicinale cannabis vooral uitgevoerd bij therapieresistente patiënten. Sommige studies tonen een gunstig effect voor cannabis (Grotenhermen & Müller-Vahl, 2012; Meiri, Jhangiani, Vredenburgh, Barbato, Carter, Yang & Baranowski, 2007; Amar, 2006), terwijl andere dat niet doen (Strasser, Luftner, Possinger, Ernst, Ruhstaller, Meissner, Ko, Schnelle, Reif & Cerny, 2006).

Het effect op voedselopname speelt ook bij het *wasting* syndroom bij hiv-patiënten, waardoor het gewichtsverlies beter onder controle gehouden wordt (Haney, Gunderson, Rabkin, Hart, Vosburg, Comer, & Foltin, 2007; Haney, Rabkin, Gunderson, & Foltin, 2005).

Overigens werden gunstige effecten gemeld bij het syndroom van Gilles de la Tourette (Curtis, Clarke, & Rickards, 2009), reumatoïde artritis (Blake, Robson, Ho, Jubb, & McCabe, 2006) en glaucoom (Tomida, Azuara-Blanco, House, Flint, Pertwee, & Robson, 2006). Maar deze studies zijn nog niet beslissend. Ondanks het grote aantal studies bestaan er onvoldoende kwalitatieve gerandomiseerde gecontroleerde studies en geen grootschalige goed opgezette reviews en is het wachten op de resultaten van de eerste Cochrane-review in dit domein (Smith & Jess, 2011).

Ondanks de zeer ruime therapeutische marge (Grinspoon & Bakalar, 1995) veroorzaakt medicinaal gebruik van cannabis heel wat nevenwerkingen die aanzetten tot voorzichtigheid (Volkow et al., 2014; Grotenhermen & Müller-Vahl, 2012; Wang, Collet, Shapiro, & Ware, 2008). Acute psychoactieve effecten, waaronder angst, paniek en depressie, kunnen voorkomen. Bij gevoelige personen is de kans op de ontwikkeling van schizofrenie reëel. Daarom is psychose een absolute contra-indicatie. Ook addictie is niet uit te sluiten. Tot de mogelijke fysieke nevenwerkingen rekent men vermoeidheid, duizeligheid, orthostatische hypotensie, tachycardie, verlies van spiertonus, droge mond en vraatzucht (Grotenhermen & Müller-Vahl, 2012; Wang, Collet, Shapiro, & Ware, 2008). Het toedienen van cannabis via het roken van een joint is medisch onverantwoord, omdat het roken van cannabis net zo schadelijk is als het roken van tabak. Om de schadelijke effecten van het roken te vermijden, kan cannabis geïnhaleerd worden met een vernevelaar of *vaporizer* die de werkzame bestanddelen laat verdampen. Vernevelaars leiden hete lucht van 185 °C langs de cannabis. De nevel kan men met een slang inhaleren of opvangen in een zak om later te inhaleren (Bureau voor Medicinale Cannabis, z.d.).

F. BESLUIT

In dit hoofdstuk zijn een hele resem behoorlijk technische en ingewikkelde zaken aan bod gekomen, die voor een lezer zonder scheikundige, toxicologische of geneeskundige achtergrond wellicht moeilijker te verwerken zijn. Niettemin is deze 'technische' achtergrondkennis bijzonder belangrijk: in het maatschappelijke en politieke debat worden soms argumenten gehanteerd die weinig of geen steek houden in het licht van de wetenschappelijke inzichten omtrent de samenstelling, de werking en de effecten van cannabis. Daarom kozen we bewust voor een omstandige toelichting.

De cannabisplant bevat honderden chemische stoffen. Enkele van deze stoffen zijn cannabisspecifiek en worden fytocannabinoïden genoemd. THC (Δ-9-tetrahydrocannabinol) is het meest werkzame bestanddeel van cannabis vanwege zijn psychoactieve eigenschappen. Naast de natuurlijke cannabisproducten (hennep, marihuana, hasj en hasjolie) bestaan er ook synthetische cannabisproducten, zoals Spice en K2, die in illegale laboratoria worden vervaardigd.

De werking van cannabis houdt verband met het endocannabinoïde systeem. Ons lichaam bevat specifieke eiwitten, de zogenaamde cannabisreceptoren, waarop zowel endocannabinoïden, fytocannabinoïden als synthetische cannabinoïden inwerken. Wanneer fytocannabinoïden zoals THC of synthetische cannabinoïden in het lichaam terechtkomen, gaan zij zich hechten aan deze receptoren om reacties te stimuleren of te verhinderen of om negatieve reacties uit te lokken. Het effect dat de cannabisgebruiker ervaart, hangt af van de dosering, toedieningswijze, ervaring met gebruik, de vatbaarheid en de gemoedstoestand op het moment van de inname.

De schade door cannabisgebruik neemt toe met de hoeveelheid, frequentie van inname en duur van blootstelling. Ook de leeftijd waarop men met cannabisgebruik begint, speelt een rol. Na chronisch of regelmatig gebruik kan er tolerantie ontstaan en lopen personen die langdurig intensief cannabis gebruiken het risico om ervan afhankelijk te worden. Bij het stopzetten van chronisch cannabisgebruik kunnen er ten slotte onthoudingsverschijnselen voorkomen. De meeste lichamelijke en psychische effecten van cannabis doen zich voor na zwaar, chronisch of regelmatig gebruik en zijn dosisgerelateerd. Wel vormt de puberteit een kritieke periode in de ontwikkeling van de hersenen, waardoor jongeren dus extra kwetsbaar zijn voor de effecten van cannabis.

Het werkingsmechanisme van cannabis werd grondig onderzocht. Studies tonen aan dat medicinale cannabis de symptomen van een aantal aandoeningen kan verlichten. Wel is een kritische doorlichting van dit onderzoek in goede systematische reviews wenselijk. Het gebruik van medicinale cannabis moet vooral gezien worden als een aanvullende therapie in het geval dat klassieke geneesmiddelen falen of onvoldoende resultaten opleveren. Omwille van potentiële nevenwerkingen wordt medicinale cannabis bij voorkeur toegediend via een mondspray of inhalatie na verneveling.

3. PREVALENTIE VAN CANNABISGEBRUIK IN BELGIË IN EUROPEES PERSPECTIEF

In dit hoofdstuk presenteren we een aantal cijfergegevens die een beeld geven van de cannabisconsumptie in België door verschillende leeftijdsgroepen en hoe die zich verhoudt tot gebruik in andere Europese landen. Cijfers over gebruik worden opgedeeld op basis van de vraagstelling in de enquêtes die hierover werden afgenomen, waarin gevraagd werd of iemand 'ooit' cannabis heeft gebruikt, 'het laatste jaar' en 'de laatste 30 dagen'. Bij het presenteren van de gegevens per leeftijdsgroep hieronder nemen we deze indeling over. De cijfergegevens zijn afkomstig van de Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen (VAD), het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) en het Europees waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving (EMCDDA).

A. TOENEMEND EXPERIMENTEREN MAAR DALING VAN RECENT GEBRUIK

Onder de gehele Vlaamse bevolking van 15 tot 64 jaar is het 'ooit' gebruikt hebben van cannabis tussen 2001 en 2013 toegenomen van 10,6% naar 14,1% (De Donder, 2014, p. 2; zie tabel 1). Het gebruik 'in het laatste jaar' en 'in de laatste 30 dagen' in Vlaanderen is echter afgenomen (bv. van 2,3% in 2001 en van 2,8% in 2008 tot 1,7% voor het gebruik in de laatste 30 dagen), zoals in andere landen. Vrouwen rapporteren in de verschillende jaren minder gebruik dan mannen.

Het 'ooit'-gebruik in België (dus niet enkel Vlaanderen) onder de gehele bevolking (15-64 jaar) is met 15% veel lager dan het Europese gemiddelde van 21,7% in 2013 (De Donder, 2014; zie tabel 2).

Minder dan 1% van de Belgische bevolking van 15 tot 64 jaar gebruikte in 2008 dagelijks of bijna dagelijks cannabis (EMCDDA, 2014). Onder degenen die aangeven in 2008 in 'de laatste 30 dagen' cannabis te hebben gebruikt (3,1% van de 15-64-jarigen), gebruikte bijna de helft (48%) het slechts één tot drie keer in die periode en een derde (29,4%) erg frequent: dagelijks of bijna dagelijks (EMCDDA, 2014).

Tabel 1 Prevalentie cannabisgebruik volgens geslacht onder de Vlaamse bevolking van 15-64 jaar

	2001	2004	2008	2013
'Ooit'	10,6	12,2	13,4	14,1
Mannen	13,0	14,4	17,0	17,4
Vrouwen	8,2	10,0	9,9	10,9
'Laatste jaar'	-	4,6	4,6	3,5
Mannen	-	6,7	6,6	4,5
Vrouwen	-	2,6	2,7	2,5
'Laatste 30 dagen'	2,3	2,6	2,8	1,7
Mannen	3,3	4,0	4,1	2,5
Vrouwen	1,2	1,2	1,5	0,9

Bron: De Donder, 2014, p. 2

Tabel 2 Prevalentie cannabisgebruik 'ooit' onder gehele bevolking (15-64 jaar) per land*

	Land	Jaar	%
5 landen met hoogste prevalentiecijfers	Frankrijk	2014	40,9
	Denemarken	2013	35,6
	Italië	2014	31,9
	Spanje	2013	30,4
	VK**	2014	29,2
	België	2013	15,0
5 landen met laagste prevalentiecijfers	Hongarije	2007	8,5
	Bulgarije	2012	7,5
	Roemenië	2013	4,6
	Malta	2013	4,3
	Turkije	2011	0,7

* Enkel vijf landen met hoogste prevalentie, vijf landen met laagste prevalentie, en België, volgens meest recente gegevens per land bekend bij EMCDDA, van de landen met gegevens die niet ouder zijn dan 2007.

** VK: data enkel over Engeland en Wales.

Bron: EMCDDA, 2016a.

B. GEBRUIK ONDER JONGVOLWASSENEN (15-34 JAAR) HOGER DAN ONDER OUDEREN

De cijfers over gebruik laten zien dat er binnen de jongere leeftijdsgroepen meer mensen gebruiken dan binnen de oudere leeftijdsgroepen. Zo lag het gebruik 'in de laatste 30 dagen' bij de jongvolwassenen van 15 tot 34 jaar in 2013 hoger (7%) dan bij de gehele bevolking (1,7%, zie tabel 1) (De Donder, 2014).

Ook *binnen* de groep jongvolwassenen zijn er leeftijdsverschillen: voor de jongste helft (15-24-jarigen) was in 2013 de prevalentie van het cannabisgebruik 'in het laatste jaar' in België met 11% bijna twee keer zo hoog als binnen de groep van de 25-34-jarigen (6%) (De Donder, 2014).

In een Europese vergelijking (zie tabel 3) ligt het gebruik 'in het laatste jaar' onder jongvolwassenen (15-34) in België met 10,1% (in 2013) iets lager dan de 13,3% op Europees niveau in 2015 (EMCDDA, 2016a, p. 38, 75).

Tabel 3 Prevalentie van cannabisgebruik 'in het laatste jaar' onder jongvolwassenen (15-34) per land*

	Land	**Jaar**	**%**
5 landen met hoogste prevalentiecijfers	Tsjechië	2014	23,9
	Frankrijk	2014	22,1
	Italië	2014	19,0
	Denemarken	2013	17,6
	Spanje	2013	17,0
	België	2013	10,1

5 landen met laagste prevalentiecijfers	Litouwen	2012	5,1
	Portugal	2012	5,1
	Cyprus	2012	4,2
	Roemenië	2013	3,3
	Turkije	2011	0,4

* Enkel vijf landen met hoogste prevalentie, vijf landen met laagste prevalentie, en België, volgens meest recente gegevens per land bekend bij EMCDDA, van de landen met gegevens die niet ouder zijn dan 2007.

Bron: EMCDDA, 2016a (p. 75).

Volgens gegevens van 2008 zou 2,2% van de Belgische jongvolwassenen dagelijks of bijna dagelijks cannabis gebruiken, meer dus dan bij de gehele bevolking (EMCDDA, 2014). Cijfers over problematisch gebruik van middelen geven aan dat patiënten die in behandeling zijn voor cannabisgebruik gemiddeld 26 jaar zijn (n=3550), en de gemiddelde leeftijd waarop patiënten starten met een behandeling vanwege cannabisgebruik is gemiddeld 24 jaar (n=2026), wat de jongste leeftijd is vergeleken met die bij andere substanties die veel problemen veroorzaken (Antoine, 2016, p. 35, 77).

C. ZORGELIJK GEBRUIK DOOR KWETSBARE GROEP 12-18-JARIGEN

Cannabis is de meest gebruikte illegale drug onder jongeren in het Vlaams secundair onderwijs, onder studenten en onder uitgaande jongeren (De Donder & Van Damme, 2016, p. 6; Rosiers, 2017, p. 37). De VAD-leerlingenbevraging van 2015-2016 wijst uit dat 14,6% van de leerlingen van 12 tot 18 jaar 'ooit' cannabis heeft gebruikt en 10,8% in 'het laatste jaar' (Rosiers, 2017, p. 37; zie tabel 4). Het regelmatig gebruik (d.w.z. minstens één keer per week tot dagelijks) is vrij stabiel gebleven binnen deze leeftijdsgroep en betrof 2,7% in 2005-2006 en 2,6% in 2015-2016 (Rosiers, 2017, p. 38).

Tabel 4 Prevalentie van cannabisgebruik 'ooit' onder Vlaamse scholieren 2015-2016 (12-18 jaar)

	Nooit	Ooit	Laatste jaar	Laatste maand	Occasioneel*	Regelmatig**
Alle	85,4%	14,6%	10,8%	5,2%	8,1%	2,6%
12-14	97,6%	2,4%	1,5%	0,7%	1,2%	0,3%
15-16	82,1%	17,9%	13,5%	6,3%	10,4%	3,0%
17-18	65,3%	34,7%	26,1%	12,8%	19,1%	6,9%

* Occasioneel: '1 keer per maand of minder' en 'meerdere keren per maand' (Rosiers, 2017, p. 9).

** Regelmatig: '1 keer per week', 'meerdere keren per week' en 'dagelijks'

Bron: Rosiers, 2017, p. 37.

Toch liggen de prevalentiecijfers voor de Vlaamse scholieren opvallend hoog ten opzichte van andere leeftijdsgroepen, vooral onder de 17-18-jarigen, van wie ongeveer één op vier het laatste jaar cannabis gebruikte (2015-2016) en bijna één op de vijf het 'occasioneel' gebruikt (zie tabel 3). Zorgelijk is vooral het aandeel minderjarigen onder de problematische gebruikers van cannabis, dat in 2015 in België met 17% (n=3553) beduidend hoger ligt dan voor de andere substanties (Antoine, 2016, p. 44).

In het hoger onderwijs in Vlaanderen gaf 40% van de studenten in 2013 aan ooit cannabis te hebben gebruikt (De Donder, 2014, p. 2). Onder de 'laatste-jaar'-gebruikers in het hoger onderwijs in Vlaanderen in 2013 (n=519)

gebruikte 20,7% het minimaal één keer per week, en 1 op 20 studenten zelfs iedere dag (Plettinckx, et al., 2014, p. 39). Onder uitgaande studenten ligt het gebruik nog een stuk hoger dan in de algemene populatie: meer dan de helft van hen (57%) had in 2015 'ooit' cannabis gebruikt. Eén op drie respondenten had het afgelopen jaar cannabis gebruikt (33%) en 1 op 10 respondenten deed dit zelfs dagelijks (10,1%) (De Donder & Van Damme, 2016, p. 2; Rosiers, 2016, p. 11).[3]

Kijkend naar de rest van Europa ligt het 'ooit'-gebruik onder 15-16-jarigen in Vlaanderen met 17,9% in 2015-2016 (zie tabel 4) lager dan het Europese gemiddelde van 24% in 2015 (EMCDDA, 2015a, p. 41; Rosiers, 2017, p. 9). Onder een grotere leeftijdsgroep, die van 15-24-jarigen in België, heeft in 2013 ongeveer één op vier ooit cannabis gebruikt (26,1%) (zie tabel 5). Dit is echter lager dan in veel andere Europese landen, aangezien op Europees niveau gemiddeld bijna één op drie personen van 15-24 jaar ooit cannabis heeft gebruikt (29,7%) volgens de meest recente gegevens (EMCDDA, 2012).

Tabel 5 Prevalentie cannabisgebruik 'ooit' onder 15-24-jarigen per land*

	Land	Jaar	%
5 landen met hoogste prevalentiecijfers	Frankrijk	2014	46,7
	Tsjechië	2014	43,7
	Denemarken	2013	41,5
	Spanje	2013	38
	Nederland**	2014	31,2
	België	2013	26,1
5 landen met laagste prevalentiecijfers	Portugal	2012	12,6
	Cyprus	2012	10,9
	Roemenië	2013	6,6
	Malta	2013	5,1
	Turkije	2011	0,8

* Enkel vijf landen met hoogste prevalentie, vijf landen met laagste prevalentie, en België, volgens meest recente gegevens per land bekend bij EMCDDA, van de landen met gegevens die niet ouder zijn dan 2007.

Bronnen: EMCDDA, 2014, 2016b.

D. BESLUIT

In dit hoofdstuk presenteerden we enkele prevalentiecijfers met betrekking tot de consumptie van cannabis in België. Het meest opvallend en zorgelijk is het gerapporteerde gebruik onder de jongeren: in schooljaar 2015-2016 was het 'laatste jaar'-gebruik onder de 15-16-jarigen 13,5%. Onder de 17-18-jarigen was dit zelfs meer dan een vierde (26,1%). Ook het frequent gebruik is hoger onder jongvolwassenen (15-34 jaar) dan onder de gehele bevolking. Onderzoek naar problematisch gebruik toont bovendien dat patiënten die in behandeling zijn voor cannabisgebruik gemiddeld jong zijn (26 jaar) vergeleken met problematische gebruikers van andere substanties (Antoine, 2016, p. 35, 77). Veel problematische gebruikers van cannabis (17% in 2015) zijn zelfs minderjarig (Antoine, 2016, p. 44).

[3] Ter vergelijking: dit is meer dan het percentage respondenten dat in 2015 aangaf dagelijks alcohol te gebruiken, namelijk 6,1%.

Hoewel het ooit-gebruik van cannabis onder de gehele Belgische bevolking (15-64 jaar) volgens de beschikbare VAD-cijfers is toegenomen tussen 2001 tot 2013 (De Donder, 2014), is het gerapporteerde gebruik 'in het afgelopen jaar' en 'de afgelopen 30 dagen' in 2013 lager ten opzichte van 2008. Het lijkt er dus vooral op dat er steeds meer mensen zijn die het ooit hebben gebruikt of geprobeerd, maar dat dit niet noodzakelijk wijst op maandelijks gebruik.

In Europese vergelijkingen bevindt België zich niet binnen de groep landen met de hoogste of laagste prevalentiecijfers in Europa. Het gebruik ligt hier volgens de beschikbare cijfers meestal lager dan de Europese gemiddelden. De vergelijkingen met andere landen dienen echter voorzichtig te worden geïnterpreteerd, aangezien de cijfers die het EMCDDA beschikbaar heeft per land niet op dezelfde manier tot stand komen en niet altijd voor dezelfde jaren beschikbaar zijn.

4. HET HUIDIGE CANNABISBELEID IN BELGIË: IN WELKE MATE HEEFT HET ZIJN DOELEN BEREIKT?

In dit hoofdstuk beschrijven wij – in een notendop – de historische ontwikkeling van het Belgische drugsbeleid. Vervolgens evalueren we of en in welke mate de belangrijkste doelen van het Belgische cannabisbeleid – onder meer verankerd in de federale beleidsnota drugs van 19 januari 2001 en gestoeld op de aanbevelingen van de parlementaire werkgroep drugs (1997) – werden verwezenlijkt. Is er daadwerkelijk een daling van het aantal afhankelijke burgers waar te nemen? Heeft het cannabisbeleid bijgedragen tot een daling van de fysieke en psychosociale schade die cannabismisbruik kan veroorzaken en tot een daling van de negatieve gevolgen van het cannabisfenomeen voor de samenleving (overlast en criminaliteit)?

A. DE EVOLUTIE VAN DE BELGISCHE DRUGSWETGEVING EN HET BELEID SINDS DE JAREN 1920

I. ONTSTAAN

De eerste Belgische wetgeving over drugs dateert van 1921, toen het gebruik van drugs die vandaag illegaal zijn in België nog zeer beperkt was. Het was een randfenomeen dat slechts in bepaalde milieus voorkwam (Fijnaut & De Ruyver, 2014). De wet van 24 februari 1921 betreffende het verhandelen van giftstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, ontsmettingsstoffen en antiseptica kwam tot stand nadat België enkele jaren eerder in 1914 het Opiumverdrag van Den Haag ratificeerde (met een wet van 15 maart 1914, verschenen in het Belgisch Staatsblad op 16 juli 1919). Deze wet is een kaderwet die de uitvoerende macht de verdere regelgevende bevoegdheid gaf. Dit verklaart waarom in België de drugsregelgeving en de strafbepalingen verspreid zitten over meerdere wetten, koninklijke besluiten en ministeriële omzendbrieven (Mahieu, 2005). De eerste grondige wijzigingen aan de wet van 1921 kwamen er met de wet van 9 juli 1975 (*Belgisch Staatsblad*, 26 september 1975). Deze sloten aan bij het Enkelvoudig Verdrag van New York van 1961 en de Conventie van Wenen inzake psychotrope stoffen. Deze repressieve wijzigingen van de Drugwet veroorzaakten een enorme toename van het aantal veroordelingen tot een gevangenisstraf, met een duidelijke weerslag op het aantal veroordeelden wegens drugfeiten binnen de gevangenispopulatie tot gevolg (Snacken, 2007). De Belgische wetgeving die in lijn met de internationale regelgeving lag, maakte op dat moment nog steeds geen onderscheid tussen cannabis en andere drugs. Wel verbond België zich er in verschillende verdragen toe ook het verbouwen, het vervaardigen en het produceren van verdovende middelen strafbaar te stellen (Fijnaut & De Ruyver, 2014).

II. PARLEMENTAIRE WERKGROEP DRUGS

In de jaren 1990 waren er meerdere beleidsinitiatieven, gericht op een geïntegreerde (en dus niet alleen strafrechtelijke) aanpak van de drugsproblematiek. Ze leidden tot een eerste omzendbrief van de minister van Justitie en de procureurs-generaal van 1993, waarin een onderscheid gemaakt werd tussen de verschillende soorten gebruikers en verkopers (de Algemene richtlijnen van het College van procureurs-generaal onder het voorzitterschap van de minister van Justitie van 5 mei 1993 over een gemeenschappelijk strafrechtelijk beleid inzake verdovende middelen). Deze losse beleidsinitiatieven konden echter niet volstaan. Daarom boog de volledige federale regering zich in 1995 over de problematiek. Zo kwam het Federaal Actieplan Toxicomanie-Drugs tot stand, bestaande uit een 10-puntenplan met onder andere speciale aandacht voor de laagdrempelige hulpverlening.

In het daaropvolgende jaar werd in de Kamer een parlementaire werkgroep Drugs opgericht. De werkgroep legde haar standpunten en haar voorstel van beleid op 5 juni 1997 neer in de Kamer. Deze vormen nog steeds de basis van het huidige Belgische drugsbeleid (Fijnaut & De Ruyver, 2014). In het verlengde van de standpunten van de

werkgroep maakte de nieuwe ministeriële omzendbrief COL 5/98 van 18 mei 1998 betreffende het vervolgingsbeleid inzake bezit en detailhandel van illegale verdovende middelen voor het eerst een onderscheid tussen cannabis en andere drugs. Het begrip 'laagste vervolgingsprioriteit' voor cannabisbezit voor persoonlijk gebruik werd ook geïntroduceerd. Deze richtlijn bepaalde echter niet welke hoeveelheid cannabis in aanmerking kwam voor persoonlijk gebruik.

III. FEDERALE DRUGSNOTA

Ook de federale regering baseerde haar Federale Drugsnota in 2001 op de aanbevelingen van de werkgroep Drugs. Deze beleidsnota omtrent de drugsproblematiek van 19 januari 2001 beschouwde drugs als een volksgezondheidsprobleem en stelde een geïntegreerde aanpak voorop, zowel in de verschillende beleidsdomeinen als in het Europese drugbeleid en met haalbare doelstellingen. Het creëren van een ontradend effect stond centraal en dit zowel aan de vraag- als aan de aanbodzijde. Het beleid was en is nog steeds in de eerste plaats gericht op preventie en hulpverlening. Strafrechtelijke repressie – en in het bijzonder het opleggen van een gevangenisstraf – ten aanzien van de individuele druggebruiker moest volgens de nota worden beschouwd als een *ultimum remedium*, terwijl een repressieve aanpak ten aanzien van drugsproductie en -handel wel de norm bleef (Vander Laenen & Dhont, 2003).

IV. WETSHERVORMING VAN 2003

In 2003 hervormde de wetgever de wet van 1921 voor de tweede maal grondig en bracht hij die volledig in overeenstemming met de inhoud van de federale nota.[4] Het onderscheid tussen cannabis en andere drugs kreeg een wettelijke verankering. Deze wetswijziging machtigde ook de koning om het maken en doorvoeren van drugs nader te regelen en verstrengde zo de strijd tegen drugsproductie en -handel (Vander Laenen & Dhont, 2003). Daarnaast brachten de wetswijziging van 2003 en een beslissing van het Hof van Cassatie van 2006 duidelijkheid over de strafbaarstelling van het telen van cannabis (Arnou, 2006; Dangreau & Serlippens, 2007; Van Gaever, 2007).[5] Voor de wetswijziging van 2003 was het immers onduidelijk of het telen van cannabisplanten voorafgaand aan het oogsten ook een bezit van cannabis inhield en dus strafbaar was (Van Gaever, 2007). De strafbaarstelling van het gebruik en van het bezit van cannabis voor persoonlijk gebruik verdwenen niet uit de wet. Niettemin bepaalde het toen nieuwe artikel 11 van de Drugwet dat de politie bij vaststelling van het bezit van een gebruikershoeveelheid cannabis door een meerderjarige, dat niet vergezeld ging met overlast of problematisch gebruik, slechts tot anonieme registratie zou overgaan. Samen met de wetswijzigingen traden in 2003 ook een koninklijk besluit en een nieuwe ministeriële richtlijn in werking.[6] De vele bronnen van regelgeving rond drugs

---

4 Wet van 4 april 2003 tot wijziging van de wet van 24 februari 1921 betreffende het verhandelen van de giftstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, ontsmettingsstoffen en antiseptica, en van artikel 137 van het Wetboek van Strafvordering, *BS* 2 juni 2003; wet van 3 mei 2003 tot wijziging van de wet van 24 februari 1921 betreffende het verhandelen van de giftstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, ontsmettingsmiddelen en antiseptica, *BS* 2 juni 2003.

5 Het Hof van Cassatie oordeelde dat de teelt van cannabis voor verkoop en de teelt van cannabis voor andermans gebruik strafbaar zijn op grond van de artikelen 2*bis* Drugwet en 26*bis*, 4° koninklijk besluit van 31 december 1930 omtrent de handel in slaap- en verdovende middelen. Letterlijk volgens het Hof: "De bestraffingschaal van de artikelen 26bis, 2°, 3° en 4°, en 28 van het koninklijk besluit van 31 december 1930 doet geen afbreuk aan de strafbaarheid van misdrijven met betrekking tot cannabis. Alleen stelt artikel 26bis, 2° en artikel 28, §2, een minder zware straf op de invoer, vervaardiging, vervoer, aanschaf en bezit van slaap- en verdovende middelen die betrekking hebben op cannabis alsmede op de teelt van cannabisplanten voor persoonlijk gebruik. Dit sluit elk ander feit dan dit voor persoonlijk gebruik uit. De desbetreffende wetsbepalingen zijn zo uitdrukkelijk, nauwkeurig en duidelijk dat desomtrent niet de minste twijfel kan bestaan." Cass. 10 januari 2006, AR P050812N.

6 Koninklijk Besluit van 16 mei 2003 tot wijziging van het koninklijk besluit van 31 december 1930 omtrent de handel in slaap- en verdovende middelen alsmede van het koninklijk besluit van 22 januari 1998 tot reglementering van sommige psychotrope stoffen, teneinde daarin bepalingen in te voegen met betrekking tot risicobeperking en therapeutisch advies, en tot wijziging van het koninklijk besluit van 26 oktober 1993 houdende maatregelen om te voorkomen dat bepaalde stoffen worden misbruikt voor de illegale vervaardiging van verdovende middelen en psychotrope stoffen, *BS* 2 juni 2003.

en de verwijzingen in de wetgeving bevorderen de leesbaarheid van deze teksten en dus de rechtszekerheid niet (Michel, 2005).

Artikel 2.1 van de ministeriële richtlijn van 16 mei 2003 betreffende het vervolgingsbeleid inzake het bezit van en de detailhandel in illegale verdovende middelen (*Belgisch Staatsblad*, 2 juni 2003) stelde eveneens de ontrading en de bescherming van de samenleving voorop en definieerde de term 'bezit voor persoonlijk gebruik' als "een hoeveelheid cannabis die in een enkele keer of binnen maximum 24 uur kan worden gebruikt". De ministeriële richtlijn bepaalde geen maximumgewicht, maar stelde dat de hoeveelheid cannabis die de drie gram niet te boven gaat, voor persoonlijk gebruik dient te worden beschouwd.

V. TUSSENKOMST GRONDWETTELIJK HOF

In 2004 vernietigde het Grondwettelijk Hof, toen nog Arbitragehof, het hierboven vermelde artikel 11 van de Drugwet wegens schending van het legaliteitsbeginsel.[7] Het Grondwettelijk Hof besliste dat indien de wet bepaalt dat het bezit van een hoeveelheid cannabis voor persoonlijk gebruik, ondanks het strafbare karakter ervan, onder bepaalde voorwaarden niet wordt gemeld aan het parket, maar enkel geregistreerd door de politie, vereist is dat de wetgever deze hoeveelheid duidelijk bepaalt. Het Grondwettelijk Hof stond de wetgever evenwel toe dit te delegeren op voorwaarde dat hij de uitvoerende macht ertoe verplicht een welomschreven hoeveelheid te bepalen. In hetzelfde arrest oordeelde het Grondwettelijk Hof dat ook de begrippen 'problematisch gebruik' en 'overlast' dubbelzinnig waren. Als gevolg van dit arrest kon de politie niet meer overgaan tot het louter registreren van het bezit van cannabis, maar diende zij, zoals voordien, een proces-verbaal op te stellen. Het bezit van cannabis voor persoonlijk gebruik was opnieuw strafbaar (Vandromme, 2004).

VI. RECENTE WIJZIGINGEN

Sinds 2004 onderging de Drugwet nog een aantal kleine wijzigingen (De Nauw, 2014). In 2006 voegde de wetgever onder andere artikel 9*bis* in de Drugwet in dat aan de burgemeester in bepaalde omstandigheden de bevoegdheid toekent om een publiek toegankelijke plaats waar illegale activiteiten met drugs plaatsvinden, te sluiten. Op 25 januari 2010 verscheen nog de Gemeenschappelijke Verklaring van de Interministeriële Conferentie Drugs. Deze verklaring was een voortzetting van de federale drugsnota, maar besteedde meer aandacht aan de wisselwerking tussen het Belgische drugsbeleid en dat van de omringende landen. Een tot nu toe laatste ingrijpende wijziging van de Drugwet dateert van in 2014 en was een reactie op de toenemende professionalisering van de illegale drugsproductie. De wetgever voegde toen de strafbaarstelling van de voorbereidende handelingen in. De wetgever viseerde voornamelijk de zogenaamde *growshops* die een grote rol spelen in de terbeschikkingstelling van faciliteiten (gebouwen, apparatuur) om cannabis te kweken.[8]

VII. WETTELIJKE STAND VAN ZAKEN EN DE STRAFVERVOLGINGSPRAKTIJK

Het bezit van cannabis voor persoonlijk gebruik is op grond van de Drugwet strafbaar met een geldboete van 15 tot 25 euro voor de eerste overtreding, een geldboete van 26 tot 60 euro in geval van herhaling binnen het jaar na de eerste veroordeling en een gevangenisstraf van 8 dagen tot een maand en een geldboete van 50 tot 100 euro in geval van een nieuwe herhaling binnen het jaar na de tweede veroordeling (artikel 2*ter* van de Drugwet).

---

7 Arbitragehof 20 oktober 2004, nr. 158/2004, *NjW* 2004, 1314, noot JD.

8 Artikel 2*bis*, § 6 Drugwet ingevoerd door artikel 3 wet van 7 februari 2014 tot wijziging van de wet van 24 februari 1921 betreffende het verhandelen van gifstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, psychotrope stoffen, ontsmettingsstoffen en antiseptica en van de stoffen die kunnen gebruikt worden voor de illegale vervaardiging van verdovende middelen en psychotrope stoffen, *BS* 10 maart 2014.

De bedragen van de geldboetes dienen met 70 opdeciemen te worden vermeerderd. Dit houdt een vermenigvuldiging met een factor 8 in. De verjaringstermijn voor dit misdrijf bedraagt 6 maanden.[9] De teelt van cannabis voor niet-persoonlijk gebruik en de verkoop van cannabis zijn strafbaar met een gevangenisstraf van 3 tot 5 maanden en een verplichte geldboete van 1.000 tot 100.000 euro.[10] Ook voorbereidende handelingen zijn sinds 2014 strafbaar met dezelfde straf (artikel 2*bis*, §6, Drugwet). Daarnaast voorziet de Drugwet in een aantal bijkomende straffen, zoals de sluiting van de inrichting en de verbeurdverklaring (De Nauw, 2012). Deze laatste straf is een ingrijpende straf die niet alleen slaat op de illegale drugs, maar ook op de vermogensvoordelen die voortkomen uit de drughandel.[11]

Het Belgische cannabisbeleid voorziet voor sommige gedragingen dus in een niet-strafrechtelijke afhandeling ('depenalisering', zonder 'decriminalisering' in de terminologie van EMCDDA, zie bijlage 1), hoewel het gedrag wettelijk gezien strafbaar blijft. De strafbaarstelling van het bezit van een kleine hoeveelheid is immers niet uit de strafwetgeving gehaald. De Belgische versie van het gedoogmodel bestaat erin dat het bezit van een kleine hoeveelheid cannabis voor persoonlijk gebruik geen prioriteit krijgt in het vervolgingsbeleid van het Openbaar Ministerie (mits aan bepaalde voorwaarden is voldaan). Overigens merken we op dat het gedoogbeleid alleen betrekking heeft op het bezit van (een kleine hoeveelheid) cannabis en dus niet op de productie en distributie van cannabis. Het Belgische cannabisbeleid blijft dus tot op vandaag gestoeld op een repressieve aanpak.

In navolging van het arrest van het Grondwettelijk Hof verscheen op 25 januari 2005 een nieuwe Gemeenschappelijke richtlijn van de minister van Justitie en het College van procureurs-generaal (COL 2/2005) omtrent de vaststelling, registratie en vervolging van inbreuken inzake het bezit van cannabis in het *Belgisch Staatsblad*. Die bepaalt dat het bezit door een meerderjarige van een hoeveelheid cannabis voor persoonlijk gebruik de laagste prioriteit in het vervolgingsbeleid heeft, tenzij wanneer dit bezit gepaard gaat met verstoring van de openbare orde of verzwarende omstandigheden, opgesomd in de richtlijn. Verder bepaalt de richtlijn dat het bezit van maximum 3 gram cannabis of één geteelde plant wordt geacht bedoeld te zijn voor persoonlijk gebruik. In dat geval moet de politie enkel een vereenvoudigd proces-verbaal opstellen. Maandelijks maakt de politie deze vereenvoudigde pv's over aan het Openbaar Ministerie. Tot slot bepaalt de richtlijn dat het opstellen van een vereenvoudigd pv geen aanleiding geeft tot inbeslagname van de verdovende middelen. Wanneer de betrokkene deze vrijwillig afstaat, moet de politie de drugs vernietigen.

Een recente omzendbrief, COL 15/2015 van 21 december 2015 betreffende de vaststelling, de registratie en het vervolgingsbeleid inzake het bezit van en de detailhandel in illegale verdovende middelen, wijzigde de aanpak voor het persoonlijk cannabisgebruik slechts op één punt. Het bezit voor persoonlijk gebruik door meerderjarigen krijgt nog steeds de laagste vervolgingsprioriteit, maar de verdovende substanties moeten altijd in beslag worden genomen, ook in het kader van een vereenvoudigd pv (Van Espen & Van Thienen, 2016).

---

9 Artikel 21 V.T.Sv. Zie bijvoorbeeld: Corr. Brussel (51e k.) 19 april 2004, *Journ.Proc.* 2004, 25, noot C. Guillain.

10 Ervan uitgaande dat deze teelt niet gepaard gaat met verzwarende omstandigheden. Artikel 2*bis*, § 1 Sw.; Cass. 10 januari 2006, AR P050812N; L. Arnou, "Cannabis: oogsten mag niet… kweken evenmin", *NC* 2006, 341; J. Dangreau en A. Serlippens, "Drugwetgeving", *NjW* 2007, (482) 485.

11 Het Hof van Cassatie oordeelde reeds dat de rechter bij het berekenen van deze vermogensvoordelen niet verplicht is rekening te houden met de kosten en dus de bruto-opbrengst kan verbeurdverklaren. Cass. 27 september 2006, AR P060739F.

VIII. EEN AANTAL CIJFERS OVER DE UITKOMSTEN VAN DE STRAFVERVOLGING

In 2013 had 52% van het totaal aantal geregistreerde inbreuken in verband met verdovende middelen te maken met cannabis. Dit kwam overeen met 14.055 feiten, waarvan 9.614 bezit van cannabis uitmaken, 179 gebruik, 2.498 handel, 1.140 in- en uitvoer en 624 fabricatie (De Donder, 2014; zie ook De Donder en Van Damme, 2016).

Recente cijfers gepubliceerd door het College van procureurs-generaal geven aan dat er op 1 januari 2014 12.640 drugs- en dopingzaken hangende waren voor de Belgische correctionele rechtbanken. Dit komt overeen met 5,7% van alle strafzaken. Verder blijkt uit dezelfde cijfers dat dit percentage verschilt tussen de rechtsgebieden. Bij wijze van voorbeeld betrof dit in Antwerpen 9,0% van de zaken, terwijl het aantal voor Luik slechts de helft (4,4%) bedroeg. In absolute cijfers waren dit 3.301 zaken voor Antwerpen en 1.925 voor Luik. Uit deze cijfers volgen echter geen beslissende conclusies over het vervolgingsbeleid per arrondissement.

Uit een studie verschenen in 2009 bleek dat de meest voorkomende straf voor drugsdelicten de gevangenisstraf was, al dan niet vergezeld van een geldboete. Er werd onderzoek gedaan naar de straftoemeting in drugszaken voor de correctionele rechtbanken in Brussel in de periode 1976 tot 2003, maar geen onderscheid gemaakt tussen cannabis en andere drugs (De Pauw, 2009). In 1976 bedroeg de straf gemiddeld 5 maanden gevangenisstraf voor drugsbezit, terwijl het gemiddelde in 1993 14 maanden betrof en in 2003 slechts 9 maanden. Eenzelfde beweging is merkbaar voor andere drugsdelicten, zoals handel en import. Het gemiddeld aantal maanden gevangenisstraf voor deze inbreuken lag evenwel hoger (De Pauw, 2009). In 1976 werd in 18,7% van alle uitgesproken gevangenisstraffen uitstel (zowel gewoon als probatie-uitstel) toegekend, in 1993 in 41,6% en in 2003 in 35,7%. Dezelfde studie toonde ten slotte aan dat er in deze periode een algemene tendens was in de richting van een vermindering van het aantal veroordelingen wegens drugbezit en -gebruik (59,9% in 1976 tegenover 40,9% in 2003), maar dat er sprake was van een toename van het aantal veroordelingen wegens drugverkoop (2,3% in 1976 tegenover 37,9% in 2003).

Er zijn geen recente studies over de straftoemeting bij cannabismisdrijven. Gesprekken met leden van het Openbaar Ministerie en de rechterlijke macht suggereren dat de gevangenisstraf nog steeds de meest voorkomende straf voor cannabishandel is. Sinds de toevoeging van artikel 11 in de wet van 1921 in 2003 krijgen cannabisgebruikers voor het bezit van een gebruikershoeveelheid echter zelden een gevangenisstraf opgelegd. Ondanks de vernietiging van dit artikel door het Arbitragehof in 2004 stellen de politiediensten aan de hand van de omzendbrief nr. COL 2/2005 slechts een vereenvoudigd proces-verbaal op bij de vaststelling van het bezit door een meerderjarige van niet meer dan drie gram cannabis of één cannabisplant, bestemd voor persoonlijk gebruik en zolang er geen sprake is van verstoring van de openbare orde of een verzwarende omstandigheid. Hoewel het strafrechtelijk beleid in België repressiever blijft dan in andere landen, is er wel een toenemende differentiëring in de strafrechtelijke reacties ten aanzien van cannabismisdrijven (zie hoofdstuk 5).

B. IN WELKE MATE HEEFT HET BELGISCH CANNABISBELEID ZIJN DOELEN BEREIKT?

De belangrijkste doelen van het Belgische cannabisbeleid – onder meer verankerd in de Federale Beleidsnota Drugs van 19 januari 2001 en gestoeld op de aanbevelingen van de parlementaire werkgroep Drugs (1997) – zijn:

1) een daling van het aantal afhankelijke burgers;
2) een daling van de fysieke en psychosociale schade die cannabismisbruik kan veroorzaken; en
3) een daling van de negatieve gevolgen van het cannabisfenomeen voor de samenleving (overlast en criminaliteit).

De overheid koos voor een geïntegreerde benadering waarin preventie de hoogste prioriteit moest krijgen, gevolgd door hulpverlening en ten slotte repressie. Wat het aanbod van cannabis betreft, wilde zij werken aan een

versterkt repressief beleid ten aanzien van de criminele organisaties betrokken bij de cannabishandel. In tegenstelling tot de perceptie dat cannabis in België zowat 'gelegaliseerd' is, vormen het strafrecht en de handhavingsinspanningen van politie en justitie tot op heden de speerpunten van het Belgische cannabisbeleid, zoals het eerder vermelde aantal geregistreerde inbreuken in verband met cannabis duidelijk maakt.

Twintig jaar na de aanbevelingen van de parlementaire werkgroep (1997) en meer dan vijftien jaar na de Federale Beleidsnota Drugs (2001) is, in het licht van de maatschappelijke ontwikkelingen, de tijd rijp voor een kritische evaluatie van het resultaat van de doorgevoerde maatregelen.

I. TRENDS IN HET PROBLEMATISCH CANNABISGEBRUIK

Het cannabisbeleid wordt vaak verdedigd aan de hand van statistieken die politie-activiteiten weerspiegelen, zoals het aantal arrestaties, processen-verbaal of (GAS-)boetes, het aantal ontdekte plantages, de inbeslaggenomen hoeveelheden cannabis of de opgelegde strafmaat. Zulke indicatoren vertellen ons wel hoeveel inspanningen er worden geleverd of hoe hard er wordt opgetreden, maar ze illustreren niet hoe succesvol men is in het bevorderen van de gezondheid van de bevolking. Terwijl de algemene consumptie van cannabis lijkt te stabiliseren in België en elders (zie hoofdstuk 3), zijn het vooral de cijfers met betrekking tot cannabisgerelateerde gezondheidsproblemen die zorgen baren: tussen 2003 en 2011 steeg het aantal opnames m.b.t. cannabisgerelateerde problemen in de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg en in algemene ziekenhuizen. In de periode 2000-2010 is het aantal opnames in de psychiatrie voor cannabismisbruik bijna verdubbeld en voor cannabisafhankelijkheid bijna verdrievoudigd. In de gespecialiseerde centra voor drugverslaafden is het aantal nieuwe behandelingen voor cannabis tussen 2003 en 2010 meer dan verdubbeld (De Donder & Van Damme, 2016).

Het gebruik van cannabis en het aantal mensen dat kampt met cannabisgerelateerde problemen zijn duidelijk toegenomen, *ondanks* het cannabisverbod. Hulpverleners signaleren dat door de eenzijdige aanpak mensen met psychiatrische problemen wegens een drugprobleem soms in de gevangenis belanden in plaats van in de psychiatrie, terwijl een detentiecentrum niet de meest geschikte setting is om ze te helpen. De opsluiting van significante aantallen van druggebruikers doet de aannemelijkheid van druggebruik in de gevangenis stijgen en maakt de bestaande gezondheidsproblemen alleen maar erger (Decorte, De Grauwe & Tytgat, 2014).

II. DE PARADOX VAN DE REPRESSIEVE AANPAK EN HAAR GEVOLGEN

Een beleid dat het aanbod van cannabis met repressie poogt te beperken, stoot op een fundamentele paradox. Hoe intenser de repressie en hoe beter zij erin slaagt het aanbod te beperken en schaarste te creëren, des te hoger wordt de prijs voor de consument en bijgevolg de winstgevendheid van de productie én de verdeling van cannabis (Decorte, De Grauwe & Tytgat, 2016). De hoge winsten oefenen een grote aantrekkingskracht uit op (miljoenen) mensen die risico's willen nemen, '*have-nots*' die niets te verliezen hebben of mensen die niet voor misdaad en geweld bevreesd zijn. Hoe intenser de repressieve aanpak, hoe meer mensen zich op de productie en de verdeling van drugs storten (Decorte, 2014). Deze paradox heeft een aantal belangrijke effecten.

Ten eerste botst de repressieve aanpak snel op zijn beperkingen (zie o.a. Greenfield & Paoli, 2017). De effectiviteit ervan is namelijk per definitie beperkt wegens de niet te stuiten aanwas van gretige producenten en verdelers. Zo ontstaan veel illegale kanalen die de overheid nauwelijks kan controleren. Aangezien het aanbieden van drugs dankzij de illegaliteit buitengewoon winstgevend is, beschikken de aanbieders over grote financiële middelen waarmee ze op steeds meer gesofistikeerde wijze hun activiteiten kunnen verbergen, of zich door omkoping en corruptie aan de repressie kunnen onttrekken (Behr, 1996; Hall, 2001).

Het Belgische cannabisbeleid kán het aanbod van cannabis of de toegang tot cannabis voor de gebruiker niet op significante wijze beïnvloeden, laat staan reduceren. Dit was reeds haast onmogelijk toen cannabis vooral vanuit

Marokko werd geïmporteerd en het lijkt nu absoluut onmogelijk omdat cannabis tegenwoordig meestal wordt geproduceerd in België en Nederland door een grote veelheid aan grote en kleine aanbieders (Decorte et al., 2014). Dit leidt enkel tot geografische verschuivingen en gedaanteveranderingen van het fenomeen (Rasmussen & Benson, 1994). In de praktijk is bovendien een geïntensifieerde repressieve aanpak ten aanzien van iedereen en overal niet vol te houden, vanwege budgettaire beperkingen en de noodzaak om andere criminaliteitsfenomenen te bestrijden. Het gevolg is vaak een vorm van selectiviteit in de aanpak van overlast en in de opsporing en bestraffing (Contreras, 2013; Gray, 2001).

Het belangrijkste gevolg van de paradox is het criminogene effect. Het aanbod gebeurt in de illegaliteit en trekt massaal veel aanbieders aan die intens met elkaar concurreren. De illegale omgeving wordt onvermijdelijk een criminele omgeving. Hoe harder de opsporingsdiensten in de praktijk optreden, hoe meer de illegale markt gekenmerkt wordt door systemisch geweld (*rip-offs*, schietincidenten, afrekeningen, enz.), en hoe 'crimineler' zij wordt (Behr, 1996; Miron, 2004; Werb et al., 2011; Potter et al., 2011). Kleinschalige telers-hobbyisten laten zich wél afschrikken door de verhoogde pakkans, waardoor alleen de professionele criminele ondernemers overblijven. Het cannabisverbod leidt onrechtstreeks ook tot corruptie, witwasoperaties, aantasting van andere economische sectoren (bv. Spapens et al., 2007) en op het internationale vlak tot drugsgeld dat gebruikt wordt om wapenhandel, terrorisme en oorlogen te financieren, bedreiging van de democratische instellingen en ecologische schade (bv. Chouvy, 2016).

Een ander gevolg is dat er geen controle mogelijk is op de samenstelling, de zuiverheid, de sterkte en in algemene zin de kwaliteit van illegale cannabis. De huidige 'nederwiet' of 'belgowiet' bevat veel hogere concentraties van THC dan dertig of veertig jaar geleden, maar dat is net een gevolg van het repressieve beleid. Het gevaar van ontdekking maakt immers dat telers liefst zo krachtig mogelijk spul telen (Decorte et al., 2014).

Bovendien wordt cannabis vandaag de dag in onbeheersbare omstandigheden gekweekt, waardoor die dus schadelijke schimmels, bacteriën, pesticiden of andere vervuilingen (zware metalen, glazen partikeltjes, enz.) kan bevatten. In die context kunnen we de bevolking bij acuut gevaar alleen maar trachten te waarschuwen, maar ingrijpen kunnen we niet. Bovendien heeft de overheid geen mogelijkheid om de marketingstrategieën van de cannabisproducenten te beknotten of te beïnvloeden, wat zij met de legale roesmiddelenindustrie wél doet. Als we met alcohol en tabak vergelijken, is een consequentere houding van de overheid inzake de kwaliteit, de kwantiteit en de labelling van cannabis ten minste op zijn plaats.

In 2004 werd in België inzake illegale drugs 186.038.337 euro uitgegeven aan de pijler 'veiligheid' (daaronder verstaan wij bijvoorbeeld de uitgaven voor de aanpak en de afhandeling van inbreuken op de drugwetgeving door politie en justitie), dat is m.a.w. 56,2% van de totale overheidsuitgaven (op federaal, gemeenschaps-, gewestelijk, provinciaal en lokaal niveau) die verbonden zijn aan de aanpak van het illegale drugprobleem. In 2008 bedroeg het aandeel uitgaven inzake 'veiligheid' (de aanpak en de afhandeling van inbreuken op de drugwetgeving) zelfs 62,0% van de totale overheidsuitgaven inzake illegale drugs (of 243.000.490 euro op een totaal van 392.191.170 euro) (Vander Laenen et al., 2011). De exuberante uitgaven die gepaard gaan met de vruchteloze strategieën om het aanbod te doen slinken en met het opsluitingsbeleid, verdringen meer kosteneffectieve en op wetenschappelijk bewijs gebaseerde investeringen in effectieve preventie, in de reductie van de vraag en in schadebeperking. Overheidsuitgaven moeten gericht zijn op activiteiten waarvan duidelijk is dat ze bijdragen aan het verwezenlijken van de belangrijkste beleidsdoelstellingen. In economisch woelige tijden kunnen we geen symbolische investeringen blijven volhouden (Decorte, De Grauwe en Tytgat, 2014).

C. BESLUIT

De eerste Belgische wetgeving over drugs dateert van 1921, toen het gebruik van illegale drugs in België nog heel beperkt was. In navolging van de internationale verdragen (het Enkelvoudig Verdrag van New York van 1961 en

de Conventie van Wenen inzake psychoactieve stoffen van 1998) werd ook de Belgische wetgeving repressiever, met een duidelijke toename van het aantal veroordeelden wegens drugsfeiten tot gevolg. In de jaren 1990 werden nieuwe initiatieven genomen met het oog op een geïntegreerde aanpak van de drugsproblematiek: zo verscheen in 2001 een nieuwe federale beleidsnota en hervormde de wetgever in 2003 de wet van 1921, waardoor het onderscheid tussen cannabis en andere drugs een wettelijke verankering kreeg. De strafbaarstellingen van het gebruik en het bezit van cannabis voor persoonlijk gebruik verdwenen niet uit de wet. Niettemin is er sindsdien sprake van een depenalisering *de facto* van het bezit van een gebruikershoeveelheid cannabis door een meerderjarige, omdat dit gebruik de laagste vervolgingsprioriteit krijgt. Het is echter geen depenalisering of decriminalisering *de iure*: de strafbaarstelling van het bezit van een kleine hoeveelheid werd namelijk niet uit de strafwetgeving gehaald. Het Belgische cannabisbeleid blijft dus tot op vandaag gestoeld op een repressieve aanpak.

Wie het Belgische cannabisbeleid kritisch evalueert inzake de behaalde resultaten, kan niet anders dan vaststellen dat de belangrijkste doelstellingen niet worden verwezenlijkt. Er is geen indicatie dat het gebruik van cannabis structureel is gedaald en bovendien stijgt het aantal mensen met cannabisgerelateerde problemen in de hulpverlening zorgwekkend. Ook de repressieve aanpak van de illegale cannabismarkt botst op zijn beperkingen: die aanpak leidt enkel tot geografische verschuivingen en gedaanteveranderingen op de markt, selectiviteit in de aanpak van overlast en in de opsporing en bestraffing, en criminogene effecten. Bovendien is er geen controle mogelijk op de kwaliteit en de sterkte van illegale cannabis, met alle gevolgen van dien voor de volksgezondheid.

5. DE EVOLUTIE VAN HET INTERNATIONAAL CANNABISBELEID

Het restrictieve Belgische cannabisbeleid vindt zijn inspiratie en formele rechtvaardiging in het internationale drugbeheersingsregime dat ontwikkeld is sinds het begin van de 20ste eeuw. Dit regime verbiedt momenteel alle omgang met de substantie, inclusief het bezit ervan voor persoonlijk gebruik, behalve wanneer er sprake is van 'medisch en wetenschappelijk onderzoek'. In dit hoofdstuk schetsen we de historische ontwikkeling van dit internationale wettelijke kader, en bespreken we de inhoud en de mogelijke interpretaties van de internationale drugsverdragen zoals die vandaag in voege zijn. Daarnaast bespreken we ook het Europese wetgevende kader.

A. DE EERSTE POGINGEN TOT BEHEERSING VAN CANNABIS

In weerspiegeling van de toenemende bezorgdheid omtrent psychoactieve drugs, die vaak geassocieerd werden met 'gevaarlijke' sociale groepen, voerden een aantal landen reeds in de 19de eeuw restrictieve maatregelen in tegen cannabis, waaronder Egypte, enkele andere Arabische staten, Brazilië en Zuid-Afrika (Bewley-Taylor, Jelsma & Blickman, 2014).

I. HET EERSTE OPIUMVERDRAG VAN DEN HAAG VAN 1912

Het Internationaal Opiumverdrag werd op 23 januari 1912 gesloten onder de auspiciën van de Volkenbond, en had tot doel het misbruik van opium, morfine en cocaïne en hun derivaten tegen te gaan. Het was het eerste verdrag dat de handel in verdovende middelen aan banden probeerde te leggen. De aanleiding voor de totstandkoming van het verdrag waren de resoluties van de op 1 februari 1909 te Shanghai tot stand gekomen International Opiumcommissie. De Verenigde Staten van Amerika wensten naar aanleiding van deze resoluties een internationaal verdrag te sluiten. Hiervoor werd op 1 december 1911 in Den Haag een internationale conferentie gehouden, die leidde tot de totstandkoming van het eerste Internationaal Opiumverdrag.

Onder impuls van Italië, destijds gesteund door de Verenigde Staten, werden vervolgens bezorgdheden over 'Indische hennep' verwoord in een addendum van dat eerste internationale drugbeheersingsverdrag (zie o.a. Bruun, Pan & Rexed, 1975). Hoewel cannabisgebruik toen niet als een probleem werd beschouwd in de meeste westerse landen, was Italië bezorgd over de hasjhandel in haar Noord-Afrikaanse koloniën (het huidige Libië), die zij had veroverd op Turkije tijdens een oorlog in 1911.

Dit eerste verdrag focuste op het aanbod, wat nog steeds het internationale drugbeheersingsregime karakteriseert. In tegenstelling tot navolgende verdragen benadrukte het eerder een regulering dan een verbod en bevatte het eerder zwakke maatregelen (Paoli, Greenfield & Reuter, 2012). Het verdrag richtte zich met name op opium, maar het beperkte de productie van ruwe opium niet en deed daarnaast enkel een beroep op nationale in plaats van op internationale regulering omtrent de productie en distributie van bereide opium (zie o.a. McAllister, 2000). Het stelde nog zwakkere voorwaarden met betrekking tot andere opiaten en cocaïne. Niettemin was het Haagse besluit cruciaal, waarin stond vermeld dat het gebruik van morfine, cocaïne en opium beperkt zou blijven 'tot medicinale en legitieme doeleinden'. Dankzij Brits en Duits manoeuvreerwerk werd de initiële focus op China – een restant van de Shanghaiconferentie van 1909 – in het eerste Internationale Opiumverdrag verruimd tot het volledige internationale speelveld (Berridge, 1984). Op aandringen van Duitsland, dat controles wilde uitstellen, werd er besloten dat het verdrag unanimiteit vereiste voordat het in werking trad. Door deze eigenaardige ratificatieprocedure was het verdrag wellicht nooit van kracht gegaan ware het niet dat de Britse overheid deze ratificatie als voorwaarde stelde voor het Verdrag van Versailles dat de Eerste Wereldoorlog beëindigde in 1919 (McAllister, 2000; Paoli, Greenfield & Reuter, 2012).

II. DE DRUGSVERDRAGEN VAN DE VOLKENBOND EN DE EERSTE NATIONALE WETTEN

De oprichting van de Volkenbond in 1919 bood de internationale gemeenschap een centraal administratief orgaan voor de beheersing van drugs, met name de Raadgevende Commissie inzake de Handel in Opium en andere schadelijke Drugs. In het begin van de jaren 1920 richtte de Commissie zich in hoofdzaak enkel nog op opium, morfine en cocaïne. Een brief van de Zuid-Afrikaanse regering aan de Raadgevende Commissie plaatste cannabis in 1923 terug op de agenda. Een jaar later, tijdens de Tweede Opiumconferentie, stelde de afgevaardigde van Egypte voor om cannabis op te nemen in de beraadslagingen. Deze afgevaardigde trachtte ook cannabis binnen het verdragskader te brengen door te stellen dat hasj 'minstens even schadelijk is als opium, zo niet schadelijker' (Bewley-Taylor, Jelsma & Blickman, 2014). Niettegenstaande het gebrek aan bewijs en het voorbehoud van Groot-Brittannië, India en Nederland, besloot de Conferentie op aandringen van de VS formeel dat 'Indische hennep' verslavend werkte en net zo gevaarlijk was als opium en bijgevolg als dusdanig behandeld moest worden. Cannabis werd op die manier opgenomen in het Internationale Opiumverdrag van 1925, onder een beperkt regime van internationale beheersing. Er kwam een verbod op de export van cannabis naar landen waar het illegaal was en er werd een importcertificaat vereist voor landen die het gebruik ervan toestonden (zie o.a. Bewley-Taylor et al., 2014).

Ten gevolge van de goedkeuring van dit tweede Internationale Opiumverdrag verboden vele Europese landen geleidelijk het bezit van cannabis en vaak ook het gebruik ervan. Naast België deed ook het Verenigd Koninkrijk dit en wel door middel van de *Dangerous Drugs Act* van 1928 (Berridge, 1989), terwijl Nederland dit regelde via de herziening van de Nederlandse Opiumwet in 1928 (Korf, 2002; Fijnaut & De Ruyver, 2014) en ook Duitsland op de proppen kwam met een tweede Opiumwet in 1929 (Ballotta, Bergeron & Hughes, 2009). Deze wetten gingen verder dan de verplichtingen die door het Verdrag werden opgelegd, ondanks de afwezigheid van problemen gerelateerd aan cannabisgebruik in deze landen. In 1937 keurde de federale overheid van de VS de *Marihuana Tax Act* goed, waarmee ze cannabis effectief trachtten te verbannen uit het land. Voorafgaand aan WO II voerden de VS tevens hun inspanningen op om het internationale beheersingsregime te versterken. Ze leverden immers extensieve documentatie aan een subcommissie van de Adviescommissie van de Volkenbond waarin de schadelijkheid van cannabis en de verbanden daarvan met criminaliteit en dementie op een overdreven wijze in de verf werden gezet (Bewley-Taylor et al., 2014).

B. HET HUIDIGE DRUGSCONTROLESYSTEEM EN HET HUIDIGE DEBAT

Na WO II werden de organen voor drugbeheersing en andere functies van de Volkenbond overgeheveld naar de (pas opgerichte) Verenigde Naties. De Economische en Sociale Raad van de VN nam de eindverantwoordelijkheid over via haar Commissie voor Verdovende Middelen (*Commission on Narcotic Drugs,* hierna: CND). Binnen deze context profiteerde de VS van zijn nieuw verworven status van grootmacht door met succes zijn opvattingen over cannabis door te drukken. Op basis van de zeer beperkte en gekleurde documentatie gepresenteerd door Pablo Osvaldo Wolff, een beschermeling van de VS die destijds voorzitter was van de *Addiction Producing Drugs Section* van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO), concludeerde de CND in 1955 dat cannabis geen medicinale waarde had. Deze opvatting inspireerde vervolgens de onderhandelingen van een Enkelvoudig Verdrag inzake verdovende middelen, aangenomen op voorstel van de Verenigde Naties, dat alle voorgaande verdragen verving (Bruun et al., 1975; Bewley-Taylor et al., 2014). Het Enkelvoudig Verdrag inzake verdovende middelen kwam op 13 december 1964 onder de auspiciën van de Verenigde Naties tot stand. Het is het eerste van drie VN-verdragen die de handel in en het toezicht op verdovende middelen regelt en het werd later aangevuld door het Verdrag inzake psychotrope stoffen van 1971 en het Verdrag tegen de sluikhandel in verdovende middelen en psychotrope stoffen van 1988. We bespreken achtereenvolgens de drie verdragen.

I. HET ENKELVOUDIG VERDRAG VAN 1961

In het Enkelvoudig Verdrag van 1961 werd cannabis samen met heroïne en enkele andere geselecteerde drugs opgenomen in Lijst I (die substanties bevat die beschouwd worden als hoogst verslavend en hoogst schadelijk) en in de strengste Lijst IV (die substanties bevat die beschouwd worden als hoogst gevaarlijk en als exponentieel verslavend en die daarnaast ernstige schadelijke effecten hebben) van het Enkelvoudige Verdrag (UN, 2016). Daarom werd het geclassificeerd onder de meest gevaarlijke psychoactieve substanties onder internationale beheersing met geen of zeer geringe therapeutische waarde. Het heeft echter nooit de test doorstaan van wetenschappelijke beoordeling door WGO-experts aan de hand van de criteria die bepalend zijn voor het opnemen van gelijk welke psychoactieve substanties in de VN-lijsten van te beheersen drugs. Dit werd in 2014 eveneens toegegeven door de *WHO Expert Committee on Drug Dependence*, het orgaan belast met de wetenschappelijke en medische evaluatie van de binnen de conventies van 1961 en 1971 voorgestelde plannen: “Cannabis and cannabis resin has not been scientifically reviewed by the Expert Committee since the review by the Health Committee of the League of Nations in 1935” (ECDD, 2014, geciteerd in Bewley-Taylor et al., 2016).

Wat Lijst IV betreft, bepaalt artikel 2, 5(b) van het Enkelvoudig Verdrag dat een partij, “indien zulks naar haar mening, gelet op de in haar land heersende toestanden, de meest aangewezen wijze van bescherming van de volksgezondheid en het openbaar welzijn vormt, de productie, de vervaardiging, de uit- en invoer van, de handel in en bezit of het gebruik van een dergelijk verdovend middel verbiedt behalve voor zover het hoeveelheden betreft die uitsluitend nodig zijn voor geneeskundig en wetenschappelijk onderzoek” (UNODC, 2013). Door de opname ervan in Lijst IV suggereert het Enkelvoudig Verdrag dat partijen een verbod op cannabis voor medicinale doeleinden moeten overwegen en slechts beperkte hoeveelheden voor medisch onderzoek zouden mogen toestaan.

Het Verdrag verstaat volgens artikel 1, 1(b) onder ‘cannabis’ “de bloeiende of vruchtdragende toppen van de cannabisplant” (UNODC, 2013), wat meteen impliceert dat de bladeren en de zaden hier niet onder vallen. Deze uitzondering liet het traditionele gebruik van *bhang* in India buiten het toepassingsgebied van het Verdrag. In plaats daarvan voorzag het in de afschaffing van alle andere traditionele en sociaal breed geaccepteerde vormen van cannabisgebruik in vele Aziatische en Afrikaanse landen. Artikel 49 (UNODC, 2013) gebiedt de afschaffing van niet-medisch en niet-wetenschappelijk gebruik van cannabis, cannabishars, extracten en tincturen van cannabis, met een maximale uitsteltermijn van 25 jaar. Het benodigde aantal van 40 ratificaties om het Verdrag in werking te laten treden werd bereikt in december 1964, daarmee eindigde de 25-jarige afbouwtermijn voor cannabis in 1989.

II. HET VERDRAG INZAKE PSYCHOTROPE STOFFEN VAN 1971

De identificatie van de psychoactieve bestanddelen van cannabis, en in het bijzonder het voornaamste actieve ingrediënt delta-9-tetrahydrocannabinol (THC), gebeurde twee jaar nadat het Enkelvoudig Verdrag werd aangenomen in 1963. Daar waar opium, coca en hun actieve bestanddelen volgens dezelfde Lijsten van het Enkelvoudig Verdrag werden beheerst, werd er een ander pad gekozen voor THC. Volgend op verzoeken van de farmaceutische industrie werd dronabinol, een farmaceutische formulering van THC, opgenomen in de strengste Lijst I van het Verdrag inzake psychotrope stoffen, ondertekend in 1971 (UNODC, 2013). Hoewel dit besluit het gebruik van dronabinol in medisch onderzoek toeliet, vormde het een obstakel voor de ontwikkeling en commercialisering van farmaceutische bereidingen voor medisch gebruik. Succesvol lobbywerk van de farmaceutische industrie gebaseerd op het langzaam toenemende bewijsmateriaal omtrent de medicinale werkzaamheid van cannabis en zijn cannabinols, bracht de overheid van de VS ertoe om in 1982 te verzoeken dronabinol over te hevelen van Lijst I naar Lijst II. Na een positieve aanbeveling van de WGO willigde de CND het verzoek van de VS in en verplaatste ze dronabinol en al zijn stereo-isomeren in 1991 naar de minder strenge Lijst II van het Verdrag van 1971 (Bewley-Taylor et al., 2014; WHO, 2006).

III. HET VERDRAG TEGEN SLUIKHANDEL VAN 1988

De derde pijler van het huidige internationale drugbeheersingsregime werd opgericht bij het Verdrag van de Verenigde Naties van 1988 tegen de sluikhandel in verdovende middelen en psychotrope stoffen (UNODC, 2013). Dit verdrag was tevens geïnspireerd door de traditionele nadruk op het aanbod en was, zoals het *Special Committee on Illegal Drugs* (Senate Special Committee on Illegal Drugs, 2002) van de Senaat van Canada het treffend verwoordde, "in wezen een instrument van internationaal strafrecht". Het doel is om de nationale strafwetgevingen en handhavingsactiviteiten wereldwijd te harmoniseren met het oog op de beteugeling van illegale drughandel en consumptie door middel van criminalisering en bestraffing. In nog meer expliciete bewoordingen dan in het Enkelvoudig Verdrag, vereist het Verdrag van 1988 de criminalisering en bestraffing van "het bezit, de aankoop of de teelt van verdovende middelen of psychotrope stoffen voor persoonlijk gebruik" (Art. 3 §2, in UNODC, 2013: 129). Niettemin begint deze paragraaf met een formulering die een aantal experts en landen hebben geïnterpreteerd als een 'ontsnappingsclausule' (Bewley-Taylor et al., 2014), namelijk: "Met inachtneming van haar grondwettelijke beginselen en de grondbeginselen van haar rechtsstelsel" (Art. 3 §2, in UNODC, 2013: 129). Deze clausule impliceert dat "de rechtsgrond van dit verdrag niet enkel wordt bepaald door het Verdrag zelf maar ook door de grondwet en andere wetsbeginselen van elk land" (Boister, 2001). Landen zijn bijgevolg niet verplicht om bezit voor persoonlijk gebruik strafbaar te stellen wanneer zij dit ongrondwettelijk achten (Boister, 2001). Bewley-Taylor et al. (2014) stellen dienovereenkomstig dat een partij van het verdrag de teelt voor persoonlijk gebruik evenmin strafbaar moet stellen. Bovendien laat artikel 3 §4(c) (in UNODC, 2013) volgens hen alternatieven toe voor de veroordeling of bestraffing wat betreft delicten die gerelateerd zijn aan persoonlijk gebruik en andere misdrijven 'van geringe aard', hoewel het nationale discretionaire bevoegdheden sterk afraadt in verband met illegale handel van een meer ernstige aard (artikel 3 §4(a) in UNODC, 2013).

IV. DE 'WEENSE CONSENSUS' EN ZIJN CRITICI

Het drugscontroleregime van de Verenigde Naties, aangestuurd vanuit Wenen, stoelt op drie moeizaam onderhandelde VN-verdragen en tot voor een aantal jaren durfde geen enkel land die fragiele consensus, de zogenaamde 'Weense consensus', ter discussie te stellen. Maar nu liggen Uruguay, Canada en verschillende staten van de Verenigde Staten op ramkoers met deze 'Weense consensus' vanwege politieke besluiten om de cannabismarkt op een legale wijze te gaan reguleren. Ze schenden daarbij de VN-verdragen, en lijken daarmee hervorming van het mondiale drugsbeleid af te dwingen. Bolivia had zich in 2012 als eerste land al teruggetrokken uit het Enkelvoudig Verdrag voor Verdovende Middelen van 1961, om vervolgens in februari 2013 weer toe te treden, met een voorbehoud aangaande het cocablad.

Zelfs het UNODC, het bureau van de VN dat drugmarkten monitort en landen assisteert bij het ontwikkelen van programma's tegen drugs, erkende in 2006 dat de sterk prohibitieve benadering uit de drie drugverdragen van de VN niet gerechtvaardigd was in het geval van cannabis. In haar World Drug Report van 2006 stelde het UNODC: "Veel van het oude materiaal over cannabis wordt nu als onnauwkeurig beschouwd, en (...) een reeks studies in verscheidene landen heeft cannabis gezuiverd van menig beschuldiging ertegen" (UNODC, 2006); "[M]edisch gebruik van de actieve ingrediënten, zo niet van de plant zelf, wordt uitgedragen door gerespecteerde professionals" (UNODC, 2006). "De wereld heeft cannabis niet als geneesmiddel leren aanvaarden. (...) Deze incongruentie ondermijnt de geloofwaardigheid van het internationale systeem, en het is de hoogste tijd voor het oplossen van wereldwijde ambivalentie. Ofwel moet het gat tussen de letter en de geest van de wet – dat zo manifest is wat betreft cannabis – worden overbrugd, ofwel moeten de partijen van het Verdrag gaan beraadslagen over een herdefinitie van de status van cannabis" (UNODC, 2006). Twee jaar later stelde het toenmalige hoofd van het *UN Office on Drugs and Crime*: "Cannabis vormt het zwakste punt in de hele multilaterale constructie. In het Enkelvoudig Verdrag werd het verondersteld even streng onder controle gehouden te worden als cocaïne en de opiaten. In de praktijk is dit zelden het geval, en veel landen weifelen in de mate van controle die ze uitoefenen op het vlak van cannabis."

De zogenaamde 'Weense consensus' over de prohibitie van cannabis werd nog radicaler in vraag gesteld door verschillende nationale en internationale organisaties. De meest prominente organisatie is hier wellicht de *Global Commission on Drug Policy*, bestaande uit verschillende voormalige staatshoofden en andere wereldleiders zoals Kofi Annan (de voormalige secretaris-generaal van de Verenigde Naties) en de voormalige presidenten Cardoso (Brazilië), Gaviria (Colombia), Zedillo (Mexico) en Dreifuss (Zwitserland). Het eerste rapport van de Global Commission (2011), gepubliceerd in 2011, haalde het wereldnieuws door te stellen dat het huidige drugcontrolesysteem faalde. De leden geloofden in het nut van een beleid gericht op decriminalisering. Dit was de eerste keer dat dergelijke hooggeplaatste politieke figuren, intellectuelen en leiders zich ten gunste van een grondige hervorming van het drugbeleid uitspraken. De Global Commission (2014) zette het doorbreken van het taboe voort toen het in 2014 een baanbrekend rapport lanceerde. Het rapport benadrukte vijf mogelijke sporen richting een effectief drugbeleid, met name het prioriteren van gezondheid en maatschappelijke veiligheid, het waarborgen van een rechtvaardige toegang tot gecontroleerde medicijnen, het opheffen van de strafbaarstelling omtrent druggebruik en -bezit, het promoten van alternatieven voor de opsluiting van (in hiërarchisch opzicht) minder belangrijke spelers binnen illegale drugsmarkten en als laatste, het betrekken van telers en het ondersteunen van diverse experimenten met legaal gereguleerde markten, te beginnen met cannabis, cocabladeren en bepaalde andere psychoactieve stoffen.

Verschillende Latijns-Amerikaanse landen worden steeds mondiger in het uiten van hun ongenoegen met de huidige internationale drugscontroleregimes, in het bijzonder eerder met betrekking tot cocaïne dan tot cannabis. De geweldsescalatie in Latijns-Amerika heeft landen als Mexico, Guatemala en Colombia ervan overtuigd dat het middel van het drugsverbod erger is dan de kwaal. Daarnaast publiceerde de Organisatie van Amerikaanse Staten (2013a; 2013b) in 2013 een kritisch rapport waarin men voor het eerst de onvoorziene gevolgen van het huidige systeem besprak en alternatieve regimes voor de controle van drug exploreerde.

V. DE VN GENERAL ASSEMBLY SPECIAL SESSION VAN 2016 EN DE 'FLEXIBILITEIT' VAN DE DRIE VN-VERDRAGEN

Ondanks de steeds luider klinkende kritische stemmen en beleidswijzigingen in een aantal jurisdicties (zie infra), werd het huidige beleid in april 2016 kritiekloos herbevestigd tijdens de *United Nations General Assembly Special Session* (UNGASS) te New York en dit drie jaar eerder dan oorspronkelijk gepland.[12] Er was wel een groeiende consensus dat maatregelen zoals het investeren in gezondheidszorg, het behandelen van verslaafden en het voorzien in alternatieven voor gevangenisstraffen, een betere oplossing voor drugshandel konden bieden dan de eenzijdige focus op prohibitie en criminalisering (*New York Times*, 25.04.2016; IDCP, 2016). Maar hoewel het oorspronkelijk de bedoeling was om alle beleidsopties nader te bekijken, werden de drie verdragen voornamelijk herbevestigd (Bewley-Taylor & Jelsma, 2016; Metaal, 2016). De eindresolutie stelde de drie verdragen immers voor als hoekstenen van het internationale drugbeleid (Bewley-Taylor & Jelsma, 2016; IDCP, 2016). Wat de hervorming van het cannabisbeleid betreft, is een welbepaalde passage uit de aldus verkregen resolutie vatbaar voor discussie – met name die met betrekking tot het concept 'voldoende flexibiliteit':

> … er zijn blijvende, nieuwe en evoluerende uitdagingen die moeten worden aangepakt conform met de drie internationale drugcontroleconventies, die voldoende flexibiliteit laten voor betrokken staten om nationaal drugsbeleid te ontwerpen en implementeren volgens hun eigen prioriteiten en noden, in overeenstemming met het principe van een gedeelde verantwoordelijkheid en geldende internationale wetgeving (UN General Assembly, 2016, p. 3).

[12] Resolutie 67/193 van de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties (20 december 2012), UN Doc. A/RES/67/193 (2012).

Onduidelijk is de mate van flexibiliteit die de lidstaten aan de dag kunnen leggen in hun manier van omgaan met de internationale verdragen. Verschillende interpretaties zijn mogelijk (Bewley-Taylor & Jelsma, 2016; Transnational Institute, 2016). Volgens de EU impliceert 'voldoende flexibiliteit' eveneens de mogelijkheid voor de VN-lidstaten om te experimenteren met initiatieven zoals *harm reduction* of de decriminalisering van bezit voor persoonlijk gebruik, maar niet de legalisering van cannabisproductie en -verkoop (Bewley-Taylor & Jelsma, 2016). Volgens Bewley-Taylor & Jelsma (2016) werd het idee van 'voldoende flexibiliteit' initieel geïnterpreteerd door de VS als de regulering van cannabis. Toch stelt de dominante visie dat de flexibiliteit van de conventie niet zo ver reikt als het reguleren van cannabis (zie Van Kempen & Fedorova, 2014). Dit standpunt werd eveneens bevestigd door Werner Sipp (in Bewley-Taylor & Jelsma, 2016), de huidige voorzitter van de *International Narcotics Control Board*. Volgens zijn visie is er "geen verplichting die voortvloeit uit de Conventies om druggebruikers die kleinere misdrijven hebben gepleegd op te sluiten" en voorzien de conventies "flexibiliteit in de bepaling van aangepaste sancties". Toch stelt hij dat er geen flexibiliteit is "in de conventies om enige vorm van niet-medisch gebruik toe te laten of te reguleren" (Sipp, in Bewley-Taylor & Jelsma, 2016). Dit statement bouwt verder op Sipps voorwoord in het rapport van het INCB (2016) in 2015. Hierin schreef hij: "De staten betrokken bij de verdragen hebben een zekere flexibiliteit in hun interpretatie en implementatie van de verdragen, binnen de grenzen die ze zelf hebben uitgezet en zijn overeengekomen tijdens de verdragsonderhandelingen" (zie ook Van Kempen & Fedorova, 2014).

VI. DE HERVORMINGMOGELIJKHEDEN VAN HET INTERNATIONALE DRUGSCONTROLESYSTEEM

De vraag hierbij is op welke manier het drugscontrolesysteem dan wel gemoderniseerd kan worden in lijn met de opkomende trend (Jelsma & Armenta, 2015; zie infra). Het Transnational Institute (2016) somt in haar rapport verschillende mogelijke hervormingen op. De verschillende opties dienen echter te worden gekaderd, waarbij enkele nuances op hun plaats zijn.

- Allereerst is er de mogelijkheid om een verdrag te amenderen (Transnational Institute, 2016). Een nadeel hierbij is echter wel dat het amendement enkel geldig is voor de partijen die het goedkeuren. Andere partijen kunnen met andere woorden niet gedwongen worden. Bovendien zou men alle drie de basisverdragen moeten amenderen om daadwerkelijk een verschil in het drugbeleid te bereiken.
- Ten tweede bestaat er de mogelijkheid om een specifieke drug te verplaatsen of verwijderen uit een verdrag (Transnational Institute, 2016). Ondanks het feit dat het WGO dit verzoek in het geval van dronabinol reeds meermaals bekend maakte, is een dergelijke hervorming nog niet doorgevoerd (Hallam, Bewley-Taylor & Jelsma, 2014). Een recent gepubliceerd rapport van de WGO (2017) betreffende 'The Health and Social Effects of Nonmedical Cannabis Use' zou de discussie hierrond opnieuw kunnen aanwakkeren. Het is echter onwaarschijnlijk dat dit zal leiden tot een periode van hervorming.
- Ten slotte is er de mogelijkheid voor een lidstaat om een verdrag op te zeggen en vervolgens opnieuw aan te nemen, maar dan wel met één of meerdere reserves (Transnational Institute, 2016). Aangezien de verdragen eveneens de handel van legale drugs voor medische redenen regelen, kan een volledige herroeping ervan serieuze economische en politieke gevolgen met zich mee brengen. Door opnieuw toe te treden heeft de lidstaat dan de mogelijkheid om een reserve te formuleren en zich zo te onttrekken aan bepaalde formuleringen in het verdrag. In het geval van de drugverdragen is een recent precedent het vermelden waard: in 2011 bracht Bolivia het Secretariaat-Generaal op de hoogte van zijn beslissing om uit het Enkelvoudig Verdrag te treden vanaf januari 2012. In het begin van 2013 trad Bolivia echter opnieuw toe tot het verdrag met nieuwe reserves waarbij het op eigen grondgebied het recht behield tot het traditioneel kauwen van cocabladeren, het gebruik van cocabladeren in hun natuurlijke staat, het telen, verhandelen en het bezitten van cocabladeren (voor zover noodzakelijk voor legale doeleinden).
- Het blijft echter de vraag of een reserve met het oog op het legaliseren van cannabis tot de mogelijkheden behoort. Artikel 19 van het Weense Verdrag inzake het verdragenrecht (Vienna Convention on the

Law of the Treaties, 1969; VCLT) vereist immers dat een reserve niet “incompatibel met het doel van het verdrag” mag zijn (1969; zie ook Jelsma, 2016).

Ondanks deze beperkingen stellen zowel de Verenigde Staten, Canada en Uruguay – de landen die tot nu toe officiële markten voor niet-medicinale cannabis hebben toegelaten (we komen nog op deze hervormingen terug in het volgende hoofdstuk) – dat hun gewijzigd beleid geen schending uitmaakt van de VN-conventies inzake drugcontrole. Hierbij beargumenteert Uruguay dat diens beleid volledig in overeenstemming is met de oorspronkelijke doelstellingen zoals benadrukt in de drugcontroleverdragen. De Verenigde Staten namen eerder een formalistische positie aan door te stellen dat de federale overheid van de VS als verdragsluitende partij de verdragen niet schendt aangezien het telen, verhandelen en het bezit van cannabis volgens de federale wet nog steeds beschouwd worden als criminele misdrijven (Bewley-Taylor & Jelsma, 2016).

C. HET EUROPEES KADER

Drugsbeleid bleef tot de jaren 1980 een domein waarvoor de nationale staten exclusief bevoegd waren. Het eerste Europese beleidsinitiatief op het vlak van drugs was de oprichting van de *Cooperation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs* in 1980 binnen de Raad van Europa, die tot doel had om analyses uit te voeren en ervaringen uit te wisselen. Deze groep werd opgericht op initiatief van de toenmalige Franse president Pompidou en staat dan ook bekend als de Pompidou-Groep.

Op niveau van de Europese Gemeenschap, de voorganger van de Europese Unie, ging het eerste drugsbeleidsinitiatief uit van het Europees Parlement. In 1985 werd een tijdelijke commissie opgericht die in 1986 een rapport publiceerde over de “‘drugsproblemen in de lidstaten van de Gemeenschap’” (European Parliament, 1985; voor een samenvatting, zie: De Ruyver & Fijnaut, 2014). In 1990 werd een tweede commissie opgericht binnen het Europees Parlement om dit thema verder te bediscussiëren.

I. HET SCHENGENAKKOORD VAN 2000

Drugsbeleid werd een belangrijk topic in de onderhandelingen over het Akkoord van Schengen (2000), dat aanvankelijk in juni 1985 werd afgesloten tussen België, Duitsland, Frankrijk, Luxemburg en Nederland. Dit akkoord bevatte de geleidelijke afschaffing van de controles aan de gemeenschappelijke binnengrenzen van de verdragsluitende partijen, alsook een hele rist maatregelen om de negatieve gevolgen hiervan tegen te gaan. Enkele van deze maatregelen hadden betrekking op het drugsbeleid. Zo stelde artikel 8 van het Schengenakkoord dat de lidstaten verplicht waren “op hun grondgebied de illegale handel in verdovende middelen met kracht te bestrijden en hun acties dienaangaande op efficiënte wijze te coördineren” (Akkoord van Schengen, 2000). In artikel 9 werd vervolgens bepaald dat zij op korte termijn de onderlinge politie- en douanesamenwerking dienden te versterken. In artikel 19 staat dat zij op lange termijn zullen streven naar een harmonisatie van de wetgevingen en wettelijke voorschriften, met name op het gebied van verdovende middelen. Het Akkoord zet aldus een breed en algemeen kader uit waarbij, met betrekking tot verdovende middelen, de bestrijding van illegale handel op eigen grondgebied door interstatelijke samenwerking centraal staat. Het Akkoord bevat echter noch een definitie van ‘verdovende middelen’, noch een verwijzing naar teelt of andere handelingen betreffende cannabis – de teelt van cannabis was toen geen wijdverspreid verschijnsel in Europa (Van Kempen & Fedorova, 2014).

De Overeenkomst ter uitvoering van het Schengen Akkoord van 14 juni 1985 (Schengen Uitvoeringsovereenkomst of SUO, 2000) besteedt in hoofdstuk zes specifiek aandacht aan verdovende middelen, daaronder begrepen cannabis. Het VN-drugscontrolesysteem vervult hier een bepalende rol. Dit komt tot uitdrukking in artikel 71 lid 1 SUO. In deze bepaling staat dat de lidstaten zich ertoe verbinden om “met inachtneming van bestaande verdragen van de Verenigde Naties, alle maatregelen te treffen welke met het oog op het tegengaan van de sluikhandel in verdovende middelen en psychotrope stoffen vereist zijn”. Voor de definitie en de legale status

van cannabis moet aldus naar de VN-drugsverdragen worden teruggegrepen. Volgens artikel 71 lid 2 SUO zijn de Schengenstaten verplicht om "de illegale uitvoer […] alsmede de verkoop, verstrekking en aflevering" van cannabis "bestuurlijk en strafrechtelijk tegen te gaan". Dit betekent dat de lidstaten verplicht zijn om deze handelingen strafbaar te stellen. Volgens Van Kempen en Fedorova (2014) impliceert dit artikel niet dat "in elk concreet geval strafvervolging zal moeten plaatsvinden" maar wel dat het "moeilijk vol te houden is dat een lidstaat die nooit strafrechtelijk optreedt – door opsporing, vervolging en bestraffing – aan de verplichtingen van deze bepaling voldoet". In de Uitvoeringsovereenkomst wordt echter nergens gesproken over de teelt of andere productiehandelingen van cannabis. Artikel 71 lid 2 SUO verplicht de lidstaten niet om het bezit van cannabis als zodanig strafbaar te stellen, maar wel om dit te doen voor cannabisbezit ter fine van aflevering (art. 71 lid 1 SUO). Lidstaten dienen de teelt van cannabis dus strafbaar te stellen voor zover die met het oog op de aflevering of uitvoer plaatsvindt. Het kader van de VN-verdragen blijft voor alle andere kwesties omtrent cannabisbezit dus volledig bepalend (Van Kempen & Fedorova, 2014; De Ruyver & Fijnaut, 2014).

Met oog op het liberalere coffeeshopbeleid in Nederland (infra) besloten de Schengenstaten ruimte te laten om van de verplichtingen uit artikel 71 lid 2 SUO af te wijken. In dit verband wordt in de Gemeenschappelijke Verklaring opgenomen in de Slotakte van de Schengen Uitvoeringsovereenkomst (bij artikel 71 lid 2 SUO) bepaald dat:

> alle overeenkomstsluitende partijen de noodzakelijke strafrechtelijke en bestuurlijke maatregelen [nemen] teneinde de illegale in- en uitvoer van die middelen en stoffen in het bijzonder naar het grondgebied van de overige overeenkomstsluitende partijen tegen te gaan.

De Schengenruimte is geleidelijk uitgebreid en omvat nu 22 EU-lidstaten plus IJsland, Noorwegen, Zwitserland en Liechtenstein. De overeenkomst maakt sinds de inwerkingtreding van het Verdrag van Amsterdam integraal deel uit van de EU-verdragen.

II. HET VERDRAG BETREFFENDE DE WERKING VAN DE EUROPESE UNIE VAN 2009 EN HET KADERBESLUIT 2004/757/JBZ

Sinds de oprichting van de Europese Unie vindt men de rechtsgrondslag voor het optreden van de Unie op het gebied van strafbaarstelling en sanctionering van illegale drugshandel in artikel 83 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU), dat in werking trad in december 2009. Dit artikel bepaalt dat in het kader van justitiële samenwerking in strafzaken (hoofdstuk 4 VWEU) het Europees Parlement en de Raad "minimumvoorschriften [kunnen] vaststellen betreffende de bepaling van zware feiten en sancties in verband met vormen van bijzonder zware criminaliteit [waaronder illegale drugshandel] met een grensoverschrijdende dimensie die voortvloeit uit de aard of de gevolgen van deze strafbare feiten of uit een bijzondere noodzaak om deze op gemeenschappelijke basis te bestrijden" (art. 83 lid 1 VWEU).

In dit kader is ook het Kaderbesluit 2004/757/JBZ van de Raad van 25 oktober 2004 betreffende de vaststelling van minimumvoorschriften met betrekking tot de bestanddelen van strafbare feiten en straffen belangrijk voor de bestrijding van de illegale drugshandel (hierna ook: Kaderbesluit). Dit is het belangrijkste instrument in het kader van de harmonisatie van de wetgeving en praktijk van de EU-lidstaten met betrekking tot illegale drugshandel. Ook het Kaderbesluit bouwt voort op de VN-drugsverdragen. Het is erop gericht het Schengenacquis in strafrechtelijk opzicht verder te ontwikkelen. Het Kaderbesluit bepaalt dat niet alleen de uitvoer, maar ook de productie ervan bestraft moeten worden. Zo stelt artikel 2 dat

> 'Strafbare feiten op het gebied van de illegale handel in drugs en precursoren':
> Iedere lidstaat neemt de nodige maatregelen opdat de volgende opzettelijke gedragingen bestraft worden wanneer daarvoor geen rechtvaardigingsgrond aanwezig is:

> a) het produceren, vervaardigen, extraheren, bereiden, aanbieden, te koop stellen, distribueren, verkopen, afleveren, ongeacht de voorwaarden, verhandelen, doorvoeren, vervoeren, in- of uitvoeren van drugs;
> b) het kweken van papavers, cocaplanten of cannabisplanten (…).
> (Raad van de Europese Unie, 2004; zie ook Van Kempen en Fedorova, 2014)

Dit stelt ook de teelt van cannabisplanten die nog geen bloeiende en vruchtdragende toppen en hars bevatten reeds als voltooid delict strafbaar. Aldus, concluderen Van Kempen en Fedorova (2014: 121),

> bevestigt ook het Kaderbesluit de strafbaarstellingsverplichtingen die uit het VN Sluikhandel Verdrag voor wat betreft cannabisteelt voortvloeien. Het voegt daar dan bovendien de harmonisering van sancties aan toe. De strafbaarstellingsverplichtingen in het Kaderbesluit brengen met zich dat legalisering of decriminalisering van cannabisteelt, -aanvoer en -handel gericht op recreatief gebruik niet mogelijk is. (zie ook De Ruyver en Fijnaut, 2014: 79-80)

III. DE EUROPESE DRUGSSTRATEGIE VOOR 2013-2020

Voor het huidige drugsbeleid is de *EU Drugs Strategy 2013-2020* het belangrijkste document op Europees vlak (Raad van de Europese Unie, 2012). Deze 'strategie' bevat het overkoepelende politieke kader en de prioriteiten voor het Europees drugsbeleid voor de periode 2013-2020. Het werd gelanceerd samen met het Actieplan inzake drugs voor de jaren 2013-2016, dat de doelstellingen van de strategie specifieert en operationaliseert. In navolging van eerdere documenten benadrukken deze twee documenten het terugdringen van de vraag naar drugs en de vermindering van het aanbod als de twee belangrijkste werkpunten. Voor wat betreft de vermindering van het aanbod wordt in het bijzonder getracht om te komen tot een meetbare daling in de beschikbaarheid van illegale drugs door een verstoring van illegale drugshandel, de ontmanteling van de criminele groepen die betrokken zijn bij de drugsproductie en/of -handel, een efficiënt gebruik van het strafrechtelijk systeem, een effectieve informatiegestuurde wetshandhaving en een toename in de uitwisseling van informatie (Raad van de Europese Unie, 2012). Deze aanbodgerelateerde doelstelling wordt gespecifieerd in elf prioriteiten, waarvan er drie in het bijzonder van belang zijn voor deze visietekst. De eerste prioriteit heeft betrekking op het "verminderen van de grensoverschrijdende en intra-EU-vervaardiging van illegale verdovende middelen, de smokkel en de handel daarin en de distributie en verkoop daarvan, het faciliteren van activiteiten met het oog daarop, alsook terugdringen van de sluikhandel in drugsprecursoren, pre-precursoren en andere essentiële chemische stoffen die bij de vervaardiging van illegale verdovende middelen worden gebruikt." (Raad van de Europese Unie, 2012: 6).

Deze prioriteit ligt volledig in lijn met de beperkende benadering van de VN. De twee andere prioriteiten laten echter een zekere interpretatieruimte voor de lidstaten door te bepalen dat het drugsbeleid effectiever dient te worden gemaakt door meer aandacht te besteden aan beleidsevaluatie en -analyse en door alternatieve beleidsinitiatieven voor gebruikers te promoten:

> De Unie streeft naar een doeltreffender beleid inzake vermindering van het drugsaanbod, door de evaluatie en analyse van het beleid aan te scherpen en aldus een beter inzicht te krijgen in drugsmarkten, drugsgerelateerde misdrijven en de doeltreffendheid van drugsgerelateerde rechtshandhavingsreacties.
> (...) Om criminaliteit en recidive te voorkomen en de efficiëntie en effectiviteit van het strafrechtsysteem te verbeteren, met inachtneming van de evenredigheid, stimuleert de Unie waar nodig het gebruik, de monitoring en de doeltreffende uitvoering van drugsmaatregelen en -programma's, waaronder doorverwijzing na arrestatie en passende alternatieven voor dwangmaatregelen (zoals onderwijs, behandeling, rehabilitatie, nazorg en herintegratie in de maatschappij) voor drugsgebruikende delinquenten. (Raad van de Europese Unie, 2012: 6)

Chatwin (2014) en De Ruyver en Fijnaut (2014) benadrukken terecht dat het Europees drugsbeleid tot stand komt in nauwe samenwerking tussen de Europese instellingen en de lidstaten. Dit houdt ook in dat geen enkele lidstaat het beleid naast zich neer kan leggen zonder zijn geloofwaardigheid te verliezen.

IV. DE STUDIES VAN VAN KEMPEN EN FEDOROVA

Van Kempen en Fedorova hebben in 2014 en 2016 in opdracht van het Nederlandse Ministerie voor Veiligheid en Justitie twee grondige analyses gepubliceerd over de toelaatbaarheid van de cannabisteelt voor recreatief gebruik in het licht van de VN-drugsverdragen en EU-regelgeving inzake drugs (2014) en de positieve mensenrechtenverplichtingen (2016).

In de eerste studie analyseerden ze naast de eerder besproken verdragen en besluiten ook de jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie, dat vanaf eind december 2014 volledige bevoegdheid verkreeg over de toepassing van het strafrecht en de politiële en justitiële samenwerking. Alhoewel er tot dusver nog geen arrest van het Hof is aangaande deze samenwerking, concluderen Van Kempen en Fedorova (2014) dat het Kaderbesluit van 2004 ook voor illegale drugshandel een vervolgingsverplichting bevat indien gelijkwaardige of effectieve handhaving dit vereist. Gezien de huidige jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie en de ernst die het toekent aan drugshandel, is voor drugsfeiten die volgens EU-recht verplicht strafbaar moeten worden gesteld (cf. supra) in beginsel zelfs een meer absolute vervolgingsplicht van toepassing indien het om ernstige feiten gaat. Aan de hand van deze juridische analyse concluderen ze, net zoals De Ruyver en Fijnaut (2014), dat er in het huidige Europese beleid geen ruimte is voor de volledige legalisering van cannabis.

In het tweede onderzoek stellen Van Kempen en Fedorova (2016b) echter, in lijn met meerdere voorvechters van een hervorming van het drugbeleid, dat de beoordeling kan, en zelfs moet veranderen, als men de kwestie niet alleen vanuit het interne juridische perspectief maar ook vanuit het externe perspectief van mensenrechtenverdragen behandelt. Hierbij verwijzen ze naar het Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten, het Verdrag inzake burgerrechten en politieke rechten, het Europees Sociaal Handvest en het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens. Vanuit dit externe perspectief lijkt er wel ruimte te zijn voor een (gereguleerde) legalisering van cannabisteelt en -handel ten behoeve van de recreatieve gebruikersmarkt. Van Kempen en Fedorova (2016b) argumenteren dat het recht op gezondheid, het recht op leven, het recht op menselijke behandeling en het recht op privéleven positieve verplichtingen voor staten met zich meebrengen. Als de staten kunnen bewijzen dat het gereguleerd toestaan van cannabisteelt en -handel voor recreatief gebruik nauwer aansluit bij die positieve mensenrechtenverplichtingen dan het huidige beleid, dan hebben deze positieve verplichtingen die voortvloeien uit het internationaal recht voorrang op de verplichtingen uit de VN-drugsverdragen. Van Kempen en Fedorova (2016b) benadrukken wel dat de legalisering en regulering van cannabisteelt en -handel alleen gerechtvaardigd zijn indien daarnaast ook aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

> De beslissing tot zodanige regulering moet een maatschappelijk draagvlak hebben en op nationaal democratische besluitvorming steunen.
> (…) Er moet sprake zijn van een gesloten systeem zodat het buitenland geen nadeel van de regulering ondervindt.
> (…) De staat is verplicht tot een actief ontmoedigingsbeleid van cannabisgebruik.
> (Van Kempen en Fedorova, 2016a)

Als aan al deze voorwaarden is voldaan, dan hebben staten ook volkenrechtelijk voldoende ruimte om tot legalisering over te gaan, in weerwil van de verplichtingen onder de drugsverdragen. Van Kempen en Fedorova's (2016b) tweede onderzoek biedt dus een nieuw perspectief op basis van de mensenrechten.

D. BESLUIT

Het restrictieve Belgische cannabisbeleid haalt zijn inspiratie en formele rechtvaardiging uit het internationale drugbeheersingsregime dat vorm heeft gekregen sinds het begin van de 20ste eeuw. Drie VN-verdragen – die achtereenvolgens in 1961, 1971 en 1988 voor ondertekening werden opengesteld – vormen nog steeds de pijlers waarop het beleid in kwestie rust. Geen van deze drie biedt echter de ruimte voor zelfs maar een gedeeltelijke regulering van de cannabismarkt. Meer nog: volgens deze verdragen dient elk contact met het product strafbaar te worden gesteld, waaronder bijvoorbeeld ook het bezit met het oog op persoonlijk gebruik. De enige uitzondering hierop betreft de situatie waar er sprake is van 'medisch en wetenschappelijk onderzoek'.

Art. 3, §2 van het Verdrag van 1988 biedt echter wel een 'ontsnappingsclausule'. Daarin wordt namelijk gesteld dat de bestraffing door de staat van "het bezit, de aankoop of de teelt van verdovende middelen of psychotrope stoffen voor persoonlijk gebruik" moet gebeuren "met inachtneming van de grondwettelijke beginselen en de grondbeginselen van haar rechtsstelsel". Volgens sommige wetenschappers en bepaalde landen (zoals Nederland) impliceert deze clausule dat landen niet verplicht zijn om strafbepalingen uit te vaardigen omtrent het bezit, de aankoop en de kweek voor persoonlijke consumptie, voor zover zij dit ongrondwettelijk achten. Deze 'ontsnappingsclausule' zou dus ook perspectieven kunnen bieden om gebruikers toe te laten cannabis voor persoonlijk gebruik te kweken binnen kleine, gesloten gemeenschappen (zogenaamde cannabis *social clubs*).

In het licht van een mogelijke hervorming van het cannabisbeleid moet rekening worden gehouden met het huidige Europese kader. Dit bestaat tot op de dag van vandaag vooral uit de volgende componenten:

- het Akkoord van Schengen en de Uitvoeringsovereenkomst bij dit akkoord, die sinds de inwerkingtreding van het Verdrag van Amsterdam in 1999 integraal deel uitmaken van de EU-verdragen;
- het Kaderbesluit van de Raad van 25 oktober 2004 betreffende de vaststelling van minimumvoorschriften met betrekking tot de bestanddelen van strafbare feiten en straffen belangrijk voor de bestrijding van de illegale drugshandel;
- de EU Drugs Strategy 2013-2020.

Deze teksten bouwen alle voort op de geest van de bovengenoemde VN-verdragen inzake drugs. Ook volgens deze documenten is de legalisering van cannabisteelt, net als de aanvoer en handel gericht op recreatief gebruik, zodoende niet mogelijk.

Ondanks dit strikte wetgevend kader hebben verschillende jurisdicties buiten Europa hun cannabisbeleid radicaal hervormd tijdens het laatste decennium. Ook Nederland heeft al sinds de jaren 1970 groen licht gegeven voor de verkoop van cannabis in coffeeshops en meerdere EU-lidstaten hebben stappen ondernomen om alle gebruiksgerelateerde drugsfeiten te decriminaliseren (infra).

Volgens sommige wetenschappers en voorvechters van een hervorming van het drugbeleid kunnen landen vanuit het perspectief van de mensenrechtenverdragen worden ontheven van de verplichtingen die de VN en de Europese verdragen in het leven hebben geroepen. De door deze verdragen erkende rechten – zoals het recht op gezondheid, het recht op leven, het recht op een menselijke behandeling en het recht op privéleven – brengen voor staten namelijk enkele positieve verplichtingen op het vlak van mensenrechten met zich mee. Indien staten kunnen aantonen dat het gereguleerd toestaan van cannabisteelt en -handel voor recreatief gebruik beter zou aansluiten bij dergelijke verplichtingen dan het huidige beleid, dan hebben deze positieve verplichtingen die voortvloeien uit het internationaal recht voorrang op de verplichtingen uit de VN-verdragen inzake drugs.

6. DE HERVORMINGEN VAN HET CANNABISBELEID IN VERSCHILLENDE RECHTSGEBIEDEN

Het is bijna ironisch dat de goedkeuring van het Enkelvoudige Verdrag spoedig gevolgd werd door een toenemende populariteit en gebruik van illegale drugs – met name cannabis – onder westerse jongeren. Cannabis werd eerst in de Verenigde Staten en vervolgens in Europa de meest frequente drug vooral bij diegenen die deelnamen aan de opkomende tegenculturele bewegingen. Ondanks het feit dat drugbeheersingsactiviteiten zich sinds de jaren 1960 met name hierop richtten, wat resulteerde in strafrechtelijke veroordelingen, boetes en zelfs gevangenisstraffen voor vele vooral jonge mensen, blijft cannabis tot aan de dag van vandaag de meest frequent gebruikte illegale drug.

Zoals we hierboven al aangegeven hebben, zal het inzicht dat de oorlog tegen drugs definitief verloren is, niet via de grote, transnationale organisaties en bureaucratieën binnensijpelen (Cohen, 2003). Het is via koersveranderingen in het lokale en nationale beleid dat de uitgangspunten van de *war on drugs* ontkracht zullen worden, en dat hebben veel landen ondertussen goed begrepen (Levine, 2003; Teurlings & Cohen, 2005; Chatwin, 2007). Overal ter wereld ondervindt men dezelfde problemen, en in tal van landen wordt actief gezocht naar manieren om het pad van de *war on drugs* te verlaten. In verschillende landen is een debat omtrent de doelen, de (in)effectiviteit en de onbedoelde gevolgen van het gevoerde cannabisbeleid ontstaan. Op diverse plekken werd geëxperimenteerd met min of meer expliciete afwijkingen van de letter en de geest van de drie VN-verdragen.[13] Steeds meer landen, regio's en steden testen de plooibaarheid van de internationale verdragen uit, omdat ze meer inzicht verwerven in het complexe karakter van het drugsfenomeen en de mogelijke strategieën om ermee om te gaan (Bewley-Taylor, 2003; Roberts et al., 2005). Zij willen niet langer afwachten wanneer en hoe de internationale verdragen en afspraken zullen worden herzien, ze willen zo snel mogelijk een beleid ontwikkelen dat hen toelaat greep te krijgen op het fenomeen en de problematische kanten ervan (Bewley-Taylor, 2003). In deze paragraaf beschrijven we achtereenvolgens de 'stille revolutie' van decriminalisering en depenalisering van cannabis in vele landen, het Nederlandse coffeeshopmodel, de medicinale marihuana-modellen, de opkomst van cannabis *social clubs*, de legaliseringsprojecten in verschillende Amerikaanse staten, en het Uruguyaanse cannabismodel.

A. DECRIMINALISERING EN DEPENALISERING VAN CANNABISGEBRUIK

Sinds de jaren 1970 hebben verscheidene rechtsgebieden de strafrechtelijke sancties voor het bezit van kleine hoeveelheden cannabis teruggeschroefd. Het terugdringen van dergelijke straffen wordt met een term uit het Engels 'depenalisering' genoemd. Decriminalisering impliceert eerder de volledige opheffing van de criminele status van cannabisgebruik, wat zelden voorkomt, ten minste *de jure*. In het Nederlandstalig debat worden de twee termen, depenalisering en decriminalisering, door elkaar gebruikt. Voor de legalisering van cannabis in Uruguay en in enkele staten van de VS in 2012-2013 hebben beide termen betrekking gehad op een hele waaier van beleidsmaatregelen ten aanzien van cannabisgebruik in landen waar het aanbod van cannabis voor recrea-

[13] Verscheidene westerse landen hebben reeds eind de jaren 1960 en 1970 ad-hoc-commissies aangesteld om illegaal druggebruik en het beleid daaromtrent te onderzoeken: het VK (*Advisory Committee on Drugs Dependence*, het zogenaamde *Wootton Report*, 1969), Nederland (Commissie Baan, 1970 en Commissie Hulsman, 1971), de VS (*The Shafer Commission*, 1972), Canada (*The Commission of Inquiry into the Nonmedical Use of Drugs*, algemeen bekend als *Le Dain Commission*, 1973) en Australië (*Senate Social Committee on Social Welfare*, 1977). Volgens Bewley-Taylor et al. (2014, p. 27-28), kwamen deze commissieverslagen "veelal tot dezelfde conclusies. Cannabis was geen ongevaarlijke psychoactieve substantie, maar vergeleken met andere drugs werden de risico's overdreven." Bovendien gaven vele waarnemers aan dat er een algemene overeenstemming bestond dat "de gevolgen van criminalisering van cannabis mogelijk excessief geweest waren en de middelen zelfs contraproductief" (Room et al., 2008, p. 96; Ballotta et al., 2009, p. 106-109). De verslagen hadden slechts geringe invloed op de internationale debatten rond drugbeheersing, maar gaven desondanks aanleiding tot een aantal lichte afwijkingen van de nultolerantie-benadering van de verdragen.

tionele doeleinden nog altijd wettelijk verboden blijft. De oorspronkelijke decriminaliserende beleidsmaatregelen hebben dus geen betrekking op de aanpak van de leveranciers van cannabis in specifieke landen; ze maken enkel onderscheid in de behandeling van degenen die in het bezit van cannabis (met intentie tot het gebruik) worden aangetroffen.

Twaalf staten van de VS hebben in de jaren 1970 de strafrechtelijke sancties voor het bezit van kleine hoeveelheden cannabis afgeschaft of substantieel teruggedrongen. Die liberaliseringsbeweging eindigde abrupt in 1978 en geen enkele staat initieerde decriminalisering in de daaropvolgende 20 jaren. De afgelopen jaren heeft een handvol staten van de VS – waaronder Californië in 2011 en Vermont in 2013 – het bezit van kleine hoeveelheden marihuana volledig gedecriminaliseerd (Caulkins et al., 2015).

In Europa zijn Italië (sinds 1995, hoewel er van 1990 tot 1993 een hercriminalisering plaatsvond), Spanje (sinds 1983) en Portugal (sinds 2001) voorbeelden van landen die volledige decriminalisering als beleidsoptie verkozen (EMCDDA, 2012).[14] In andere landen is de situatie minder eenduidig. In Nederland en Duitsland bijvoorbeeld blijft het bezit voor persoonlijk gebruik juridisch gezien een strafbaar feit, maar de feitelijke richtlijnen voor politie en justitie zijn gericht op het vermijden van bestraffing, wat ook geldt voor boetes en andere administratieve sancties wanneer de hoeveelheid onbeduidend of voor persoonlijk gebruik is (bv. Schäfer & Paoli, 2006). Ondanks de verschillen in juridische benaderingen van cannabis binnen Europa, concludeert het *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA, 2012) na een beschouwing van EU-beleidskeuzes omtrent cannabis dat er een gemeenschappelijke trend is onder de lidstaten in de ontwikkeling van alternatieve maatregelen voor strafrechtelijke vervolging in gevallen van gebruik en bezit van kleine hoeveelheden cannabis voor persoonlijk gebruik en dat deze trend geen negatieve impact heeft gehad op cannabisconsumptie en de gerelateerde schade ervan. Boetes, waarschuwingen, voorwaardelijke straffen, vrijstelling van straffen en therapie genoten de voorkeur van de meeste Europese rechtssystemen. Een interessant punt is dat in deze gevallen cannabis in het bijzonder frequent onderscheiden werd van andere drugs en een speciale behandeling kreeg: ofwel door de wet, door richtlijnen van de vervolgingsinstanties, of door de rechterlijke macht.

De voorzichtigheid gebood het EMCCDA (2012) echter eveneens te benadrukken dat “arrestaties door de politie n.a.v. drugmisdrijven – met name gerelateerd aan cannabis en vooral gebruikersdelicten – toenemen in de meeste Europese landen”. Depenalisering of volledige decriminalisering van cannabisbezit vond evenzeer plaats in andere continenten, vooral in enkele Australische staten en territoria, alsmede in Latijns-Amerika. In sommige gevallen is ook het kweken van een beperkte hoeveelheid planten voor persoonlijk gebruik inbegrepen in deze kleine afwijkingen van de VN-verdragen (Bewley-Taylor, 2012; Rosmarin & Eastwood, 2012).

In een zeer recent rapport (‘A quiet revolution: drug decriminalisation across the globe’) beschrijven Eastwood, Fox & Rosmarin (2016) de modellen van decriminalisering (breed begrepen, inclusief depenalisering) zoals die in 25 verschillende landen werden geïmplementeerd: Argentinië, Armenië, Australië, België, Chili, Colombia, Costa Rica, Kroatië, Tsjechië, Ecuador, Estland, Duitsland, Italië, Jamaica, Mexico, Nederland, Paraguay, Peru, Polen, Portugal, Rusland, Spanje, Zwitserland, Amerikaanse staten zoals Californië, en Uruguay.

De proliferatie van deze initiatieven over de hele wereld toont aan dat depenalisering en decriminalisering een haalbare en succesvolle beleidsoptie is voor veel landen. Decriminalisering heeft niet tot rampzalige situaties geleid, zoals velen hadden voorspeld en blijven voorspellen. Het rapport van Eastwood et al. (2016) toont aan dat het handhavingsbeleid inzake drugs van een land weinig correlatie vertoont met de omvang van het drugsgebruik en -misbruik in een jurisdictie. Landen met strenge criminaliseringssystemen vertonen in sommige gevallen de hoogste prevalentiecijfers inzake drugsgebruik ter wereld, in tegenstelling tot landen die een decriminaliseringsbeleid voerden en de laagste prevalentiecijfers hebben. Meer dan 50 jaar geleden werd de structuur van het huidige drugsverbod geïnstalleerd, maar we mogen niet vergeten dat sommige landen nu al meer dan

[14] Deze drie landen hebben alle psychoactieve stoffen gedecriminaliseerd, niet enkel cannabis.

40 jaar ervaring hebben met een vorm van decriminalisering van drugs. Van deze landen kunnen we evenveel leren omtrent de handhaving van een drugsbeleid als van landen met een regime van agressieve drugsprohibitie. Het is belangrijk om de ervaringen van deze landen grondig te bestuderen en te beluisteren.

B. HET NEDERLANDSE COFFEESHOP-SYSTEEM

I. DE EVOLUTIE VAN HET NEDERLANDSE GEDOOGBELEID

Na een revisie van het Opiumverdrag in 1976 en de Richtlijnen voor het onderzoek en de vervolging in 1979 heeft Nederland een beperkte detailhandel toegelaten van cannabis voor recreationeel gebruik, een besluit dat uiteindelijk leidde tot de institutionalisering van de zogenaamde 'coffeeshops' (Blickman & Jelsma, 2009; Chatwin, 2003; Decorte & Solinge, 2006; Korf, 2002; 2008; 2011; Ooyen-Houben, 2006). Volgens deze regeling blijft het bezit van cannabis een strafbaar feit, maar de overheid hanteert een gedoogbeleid en heeft richtlijnen opgesteld omtrent het gebruik van discretionaire bevoegdheden. Daarin werd voorgeschreven dat de laagste juridische prioriteit zou moeten worden gegeven aan het onderzoeken en vervolgen van zaken met betrekking tot cannabis voor persoonlijk gebruik. Hierdoor kunnen volwassenen cannabis kopen (en gebruiken) in geautoriseerde coffeeshops zonder het risico te lopen gearresteerd te worden

In de richtlijnen worden de voorwaarden voor de verkoop van cannabis in coffeeshops nader gespecificeerd. De drempel voor wat betreft de toegestane hoeveelheid die per transactie mocht worden aangekocht, was destijds 30 gram. Echter, in 1996 werd deze drempel verlaagd naar vijf gram gezien de problemen met het drugstoerisme (Ooyen-Houben, Bieleman, & Korf, 2014; McCoun & Reuter, 2001). De activiteiten van de coffeeshops werden sinds 1991 gereguleerd aan de hand van de AHOJ-G regels (Fijnaut & De Ruyver, 2014; Korf, 2002). Analoog met de letters in dit acroniem betreft het regels omtrent het verbod op reclame ('Affichering'); het verbod op de verkoop van harddrugs ('Harddrugs'); het vermijden van overlast ('Overlast'); het verbod op de verkoop aan jongeren ('Jongeren') en het verbod om per transactie de maximale afleverhoeveelheid van 5 gram te overschrijden ('Grote hoeveelheden') (Korf, 2002, 2008; MacCoun, 2013; Monshouwer et al., 2011; Ours, 2011). Daarnaast is het de coffeeshops momenteel toegestaan een hoeveelheid van maximaal 500 gram cannabis in voorraad te hebben.

De Nederlandse autoriteiten en de meeste wetenschappers beweren dat het Nederlandse model in overeenstemming is met de internationale drugsverdragen, alhoewel deze verdragen de criminalisering van het kweken van cannabis, het bezit ervan en de handel erin voor niet-medische doeleinden voorschrijven. Observanten zijn dan ook van mening dat beide verdragen worden nageleefd in de Nederlandse wetgeving. Zowel de Nederlandse autoriteiten als vele wetenschappers wijzen op de ontsnappingsclausule van het VN verdrag van 1988 om de grondwettelijke beginselen en de grondbeginselen van hun rechtsstelsel in acht te nemen voor wat betreft het bezit, de aankoop en de kweek voor persoonlijke consumptie (zie hierover ook hoofdstuk 5) — wat tevens benadrukt werd in een voorbehoud dat Nederland maakte ten tijde van de ondertekening (Van Laar, Cruts, van Ooyen-Houben, Croes, van der Pol, Meijer, & Ketelaars, 2014).

Ondanks het voorbehoud van onder andere het machtige International Narcotics Control Board, een onafhankelijke dienst van de VN die de implementatie van de drie VN-verdragen controleert, valt het te betwisten of de ontsnappingsclausule wel degelijk kan worden gerekt tot de verkoop en het bezit van hoeveelheden voor commerciële doeleinden, wat *de facto* is toegestaan in het coffeeshop-systeem (Fijnaut & De Ruyver, 2014; Bewley-Taylor et al., 2014). Sterker nog, het VN-verdrag van 1988 (in Art. 3 §4,a) beperkt op expliciete wijze de toepasbaarheid van discretionaire bevoegdheden binnen de nationale wetgeving omtrent strafbare feiten in verband met illegale drughandel.

Het Nederlandse systeem ontvangt veel lof in de academische en juridische literatuur voor het behalen van zijn oorspronkelijke beleidsdoel, met name het scheiden van de markt voor softdrugs van die voor harddrugs (McCoun & Reuter, 2001; 2011). Op deze manier trachtte men dan ook het *gateway effect* te voorkomen, waarbij softdruggebruikers hun toevlucht zoeken tot de zwarte markt met alle gevolgen van dien (MacCoun & Reuter, 2001b; MacCoun, 2011; Ooyen-Houben, 2006; Reinarman, 2009).

Naast de voordelen die een scheiding van de markt voor soft- en harddrugs met zich meebrengt, lijkt de aanwezigheid van coffeeshops geen significante impact te hebben op consumptiegewoonten. Korf (2008) concludeert hieromtrent dat de trends voor cannabisgebruik in Nederland gelijk lopen met die in andere Europese landen. Het cannabisgebruik zat in Nederland sinds 1976 in de lift, maar deze groei lijkt in overeenstemming met bredere Europese trends. Ten slotte kan erop worden gewezen dat de prijzen van cannabis na de introductie van het model relatief hoog zijn gebleven. Dit heeft te maken met het ongewone hybride model waarbij op nationaal niveau het gebruik van cannabis *de facto* wordt gelegaliseerd, maar waarbij in Nederland en de rest van Europa de teelt van en de groothandel in cannabis nog steeds verboden zijn (MacCoun, 2011). Dit systeem zorgt ervoor dat de coffeeshop-uitbaters zich min of meer in een grijze zone bevinden.

Het drugsysteem is desondanks de afgelopen twintig jaar bekritiseerd omwille van twee redenen. Ten eerste hebben de coffeeshops onbedoeld het drugtoerisme – voornamelijk vanuit de buurlanden – in de hand gewerkt met heel wat overlast in een aantal Belgische en Nederlandse grensgemeenten tot gevolg. De tweede kritiek is fundamenteler van aard en heeft betrekking op het zogenaamde 'achterdeurprobleem'. Het oorspronkelijke idee dat coffeeshops via de beruchte achterdeur zouden worden bevoorraad door idealistisch geïnspireerde hobbytelers, is de laatste decennia onhoudbaar gebleken. Dat heeft onder meer te maken met de stijgende vraag naar cannabis, maar evenzeer met de repressieve aanpak van de cannabisteelt, waardoor de cannabisindustrie 'crimineler' werd. Hoewel de verkoop van cannabis aan consumenten in coffeeshops wordt getolereerd, blijft het leveren aan coffeeshops illegaal en wordt dit gedaan door criminele netwerken en organisaties die steeds machtiger lijken te worden (Fijnaut & De Ruyver, 2014). Bovendien stimuleert de vraag van coffeeshops (en hun klanten) noodzakelijkerwijs de cannabiskweek in Nederland en enkele van zijn buurlanden. Zo is een deel van de productie van cannabis bedoeld voor de Nederlandse markt uitgebreid naar België en Duitsland, en mogelijk ook verplaatst vanwege de toenemende inspanningen van de Nederlandse wetshandhavingsinstanties (zie o.a. Paoli, Decorte & Kersten, 2015). Een bijkomende zwakte in het Nederlandse systeem is dat het geen kwaliteitscontroles toelaat of etiketteringsnormen voorschrijft met betrekking tot de verkochte cannabis (Caulkins et al., 2015; Depla, Everhardt & van Gijzel, 2014).

Mede met het oog op de aanpak van deze problemen is het aantal coffeeshops sterk teruggedrongen (Van Dijk, 1997; Korf, 2002; Blom, 2006; van der Veen, 2009). Voorheen waren er meer dan 1.000 coffeeshops, terwijl er nu nog enkele honderden overblijven (Ooyen-Houben, Bieleman & Korf, 2014). Gezien de stijgende vraag naar cannabis en het dalende aantal coffeeshops, mag het niet verwonderen dat de druk op de resterende coffeeshops wel moést stijgen: een groter klantenbestand dwingt de coffeeshopuitbaters namelijk tot het aanleggen van grotere voorraden. Het gevolg: nauwere relaties met grootschalige producenten, méér overlast rond de coffeeshops en sterkere aanzuigeffecten op mensen die in de nabijheid van de coffeeshops andere drugs willen slijten. En ook: hoe minder coffeeshops in de buurt, hoe talrijker het aantal onvergunde, illegale verkooppunten van cannabis (Wouters & Korf, 2009). Vanaf 1 januari 2012 werden ook twee andere restrictieve veranderingen in het tolerantiebeleid t.a.v. Nederlandse coffeeshops ingevoerd. Coffeeshops waren sindsdien verplicht om twee bijkomende criteria in acht te nemen: het privéclub- en het ingezetenencriterium. Dienovereenkomstig was het coffeeshops enkel toegestaan om geregistreerde leden toe te laten en aan hen cannabis te verkopen. Daarbij moesten zij een controleerbaar ledenbestand onderhouden en was het enkel Nederlandse ingezetenen toegestaan om lid te worden en daarmee de Nederlandse coffeeshops te betreden. Het privéclubcriterium werd echter na enkele maanden reeds afgeschaft in november 2012. Het ingezetenencriterium bleef van kracht, maar het besluit om het al dan niet toe te passen wordt overgelaten aan de lokale autoriteiten. De eerste evaluaties tonen aan dat gemeenten aanzienlijk verschillen in de mate van handhaving van dit criterium (van Ooyen et al., 2014).

II. HET HUIDIGE DEBAT

Ondanks de recente beleidsveranderingen zijn coffeeshops de afgelopen jaren onder vuur komen te liggen vanuit beide kanten van het debat rond drugsbeleid.

Sinds de jaren 1990 hebben een aantal criminologen erop gewezen dat de overheid eigenhandig een illegale markt heeft afgeschermd en bevorderd door de detailhandel lange tijd te gedogen. De onderzoeksgroep van Fijnaut, die in opdracht van de parlementaire Enquêtecommissie Opsporingsmethoden (1995) onderzoek heeft verricht naar georganiseerde criminaliteit in Nederland, concludeerde reeds in 1995 dat de autochtone plegers van georganiseerde criminaliteit zich in de luwte van het gedoogbeleid hebben kunnen ontwikkelen tot succesvolle illegale ondernemers. 'Hollandse netwerken' hielden zich toen al niet alleen bezig met de import van hasj, maar ook met de productie en export van nederwiet, ecstasy en andere synthetische drugs. Aan het einde van een uitgebreid onderzoek concludeerden ook Bovenkerk en Hogewind in 2003 dat de coffeeshops niet langer werden bevoorraad door de "vriendelijke thuistelers die hun surplus verkopen aan de achterdeur van de plaatselijke coffeeshop," maar door een branche waarin een "ondubbelzinnig crimineel element" is binnengeslopen (Bovenkerk en Hogewind, 2003, p. 143).

Sindsdien is het duidelijk geworden dat er in Nederland een erg succesvolle cannabisindustrie is ontstaan en dat deze industrie ook liquidaties en andere vormen van geweldscriminaliteit, corruptie en aanzienlijke schade voor de samenleving en het milieu met zich heeft meegebracht. Met bezorgdheid liet de Adviescommissie Drugsbeleid – die in 2009 door de Nederlandse overheid werd opgericht onder het voorzitterschap van Van de Donk – optekenen dat:

> De productie van cannabis zich sterk ontwikkeld [heeft] met behulp van moderne teelttechnieken, waarmee grootschalig een hoogwaardig aanbod kon worden gecreëerd voor binnenlandse consumptie en voor de export. Inmiddels is de cannabisproductie niet alleen meer in ons land geconcentreerd maar is, vaak georganiseerd door al even ondernemende als criminele organisaties, ook naar andere Europese landen overgebracht. (Adviescommissie, 2009, p. 19)

Op basis van deze ontwikkelingen concludeerde Henk van de Bunt in 2006 dat "het argument dat de cannabismarkt door het gedoogbeleid uit de hoek van de marginaliteit en criminaliteit gehaald zou kunnen worden, onjuist gebleken is," gevolgd door de opmerking dat "het gedoogbeleid kraakt in zijn voegen en schuurt aan alle kanten" (Van der Bunt, 2006, p. 20).

Een aantal wetenschappers gaan nog verder en benadrukt dat "de coffeeshops niet alleen aan de 'voordeur' en aan de 'achterdeur' een probleem zijn, maar dat ook de tussenbouw niet deugt" (Fijnaut & De Ruyver, 2014, p. 270). Meerdere onderzoeks- en overheidsprojecten wijzen erop dat een aanzienlijk aantal coffeeshophouders over criminele antecedenten beschikt (zie Snippe et al., 2004). De beste bewijzen hiervoor worden aangeleverd door het project 'Landelijke Screening Coffeeshops'. Dit project werd tijdens de periode 2011-2014 uitgevoerd door het Landelijk Bureau bij het Nederlandse Ministerie van Veiligheid en Justitie dat ook instond voor de verlening van adviezen in het kader van de uitvoering van de Wet bevordering integriteitsbeoordelingen door het openbaar bestuur (wet Bibob). Voor de jaren 2012 en 2013 werden er in totaal 110 coffeeshops gescreend. In 54 gevallen werd er een advies afgeleverd aan de betrokken lokale overheid. In drie van deze gevallen werd geconcludeerd dat er sprake was van "een mindere mate van gevaar" en in 38 gevallen dat er een "ernstig gevaar" was voor misbruik van de verleende vergunningen en slechts in dertien gevallen werd gemeld dat er "geen gevaar" bestond (Landelijk Bureau Bibob, 2014, zoals samengevat in Fijnaut en De Ruyver, 2014, p. 270).

Omwille van deze argumenten en gezien de toenemende commercialisering van de coffeeshops concluderen Fijnaut en De Ruyver dat de coffeeshops "voor grote problemen in de Nederlandse samenleving hebben gezorgd"

en pleiten ze voor “de algehele afschaffing van de coffeeshops” (Fijnaut & De Ruyver, 2014, p. 269 en 271). Ook de aanbevelingen van de Adviescommissie Van de Donk gingen dezelfde richting uit, alhoewel deze commissie niet pleitte voor een verbod van de coffeeshops. Terwijl de commissie meerdere beleidsscenario’s uittekende, ging haar voorkeur evenwel uit naar een soort van besloten coffeeshopsysteem met een geregelde achterdeur, waarin de coffeeshops tot clubs “met een scherp afgebakend en redelijk stabiel ledenbestand” worden omgevormd en dus “lokale voorziening[en worden] voor de eigen lokale of regionale consument” (Adviescommissie, 2009, p. 46 en 49).

Verschillende andere wetenschappers en vertegenwoordigers van de overheid pleiten integendeel voor een volledige legalisering, alhoewel ze grotendeels akkoord gaan met de voorgaande analyse en ze ook gedreven worden door een groeiende onvrede met de huidige situatie. In dit licht ondertekenden de burgemeesters van 35 Nederlandse steden (waaronder Utrecht, Groningen, Amsterdam en Rotterdam) in 2014 bijvoorbeeld een manifest waarmee zij zich voorstander toonden van een legalisering en regulering van de cannabiskweek, wat flagrant in strijd is met de VN-verdragen (Depla et al., 2014). Het aantal burgemeesters dat het manifest ondertekende steeg in oktober 2015 tot 60 (VOC, 2016b). Het grondgebied dat onder de bevoegdheid van deze burgemeesters valt, bevat 79,89% van het totale aantal coffeeshops in Nederland (VOC, 2016b). Hun verzoek wordt gemotiveerd aan de hand van problematische neveneffecten die steden door toedoen van het huidige beleid ervaren op vlak van de gezondheid van de cannabisgebruikers, de veiligheid van de wijken en de georganiseerde criminaliteit (Fijnaut & De Ruyver, 2014). Wat de gezondheid van de cannabisgebruikers betreft, merken de burgemeesters erg veel schadelijke gevolgen op (Fijnaut & De Ruyver, 2014). Er is immers geen toezicht op het productieproces, wat de kwaliteit van de cannabis niet ten goede komt. Om deze reden pleiten ze voor meer controle, bijvoorbeeld in de vorm van een samenwerking met gecertificeerde telers of via het opstellen van bepaalde kwaliteitseisen (Depla et al., 2014). Daarnaast wordt de veiligheid van de wijken bedreigd door de overvloed aan illegale plantages. Deze problemen zouden eveneens weggewerkt kunnen worden aan de hand van de regulering van de teelt (Depla et al., 2014). Ten slotte, wat de georganiseerde criminaliteit betreft, dienen de bovenvermelde illegale plantages te verdwijnen om zo de criminele samenwerkingsverbanden eveneens te ontmantelen (Depla et al., 2014). Een combinatie van een meer transparante en gereguleerde markt enerzijds en een streng optreden tegen illegale telers anderzijds, lijkt voor hen de beste optie. De burgemeesters vragen daarbij toestemming aan de minister van Veiligheid en Justitie om te experimenteren met verscheidene vormen van toegestane cannabisproductie en groothandel (De Graaf, 2013).

In mei 2016 verscheen de studie ‘Internationaal recht en cannabis II’, geschreven door Van Kempen en Fedorova, twee juristen van de Nijmeegse Radboud Universiteit. Deze studie beschreven we hoger reeds in detail (zie hoofdstuk 5. C. IV). Deze twee juristen beargumenteren dat vanuit het perspectief van de mensenrechten (het recht op gezondheid, het recht op leven, het recht tegen onmenselijke behandeling en het recht op privéleven) wel degelijk juridisch gezien ruimte bestaat voor een gereguleerde cannabisteelt en -handel (Van Kempen & Fedorova, 2016b). Mensenrechten dienen gerespecteerd te worden, meer nog: er zijn positieve verplichtingen aan verbonden (Van Kempen & Fedorova, 2016b). Een belangrijke verwijzing in dit rapport naar de Commissie Van de Donk betreft de voorkeur voor een gesloten systeem. Het rapport formuleert immers dat de gereguleerde markt geen negatieve gevolgen mag hebben voor andere landen die vast willen houden aan een repressieve aanpak (Van Kempen & Fedorova, 2016b). Voor het Verbond voor de Opheffing van het Cannabisverbod (VOC) opent deze juridische analyse de deur voor het reguleren van de cannabisteelt (VOC, 2016a).

Ook de rechters lijken recent een statement te hebben willen maken: zowel in Den Bosch als in Den Haag legden de rechters enkele bevoorraders van coffeeshops géén straf op, hoewel ze veel meer dan de gedoogde handelsvoorraad aan cannabis hadden liggen. Volgens sommigen lijken de vonnissen een signaal dat ook de rechterlijke macht klaar is met de dure, tijdrovende gevolgen van de door willekeur gestuurde Nederlandse softdrugsbestrijding (Derkzen & Lensink, 2013).

Overigens dient te worden opgemerkt dat Nederland al eerder dicht bij een legalisering of ten minste het gedogen van de 'achterdeur' heeft gestaan. In het artikel 'Internationaal is reguleren van wiet geen probleem' in *Vrij Nederland* (30 november 2013) vertelt criminoloog Jan van Dijk dat binnen het ministerie van Justitie midden de jaren 1990 plannen bestonden om de cannabisteelt onder overheidstoezicht te brengen (Derkzen & Lensink, 2013: 10-12). D66-bewindslieden als Winnie Sorgdrager (Justitie), Els Borst (Volksgezondheid, Welzijn, Sport) en Jacob Kohnstamm (Binnenlandse Zaken) waren toen al voorstander van regulering. Criminoloog Jan van Dijk was directeur strategie op het ministerie van Justitie, en het College van procureurs-generaal ging 'ginnegappend' akkoord. Regeringsadviseurs hadden zelfs contacten met potentiële 'staatstelers', en er werd ook een denktank opgericht met daarin advocaten, accountants en drugsbaronnen. Echter: toen de ideeën uitlekten, was er hevig protest van de Franse president Jacques Chirac, waarop toenmalig premier Wim Kok, D66-minister van Buitenlandse zaken Hans van Mierlo en topambtenaar Joris Demmink (de toenmalige invloedrijke directeur-generaal op Justitie) de plannen van tafel veegden.

Ondanks het aantal burgemeesters dat het manifest ondertekende, bleef het Nederlandse kabinet Rutte II (2012-2017) van mening dat legalisatie niet de beste oplossing was voor de hogervermelde problemen. Men gaf eerder de voorkeur aan "het doorzetten van een krachtige aanpak" tegen cannabisproductie en -handel.[15] In september 2016 meldde de oppositiepartij D66 evenwel dat er zich ondertussen een kamermeerderheid leek af te tekenen die gewonnen was voor een gereguleerde wietteelt onder controle van de overheid. De partij werkte toen aan een initiatiefwet die dat mogelijk moest maken. Het plan was dat de productie strafbaar blijft, maar dat de teelt bij gecontroleerde telers niet langer wordt vervolgd. Eenzelfde gedoogconstructie wordt momenteel gehanteerd met de verkoop van cannabis in coffeeshops. In het wetsvoorstel staat dat coffeeshophouders wiet aankopen van 'vergunninghouders' die in een gesloten systeem telen. Telers moeten dan ook belasting gaan betalen. Verder komt er controle op de kwaliteit van cannabis, wat ook de gezondheidsrisico's moet beperken. De initiatiefwet van D66 haalde in februari 2017 een meerderheid in de Tweede Kamer (PvdA, SP, GroenLinks, Partij voor de Dieren, 50Plus, VNL, Denk en kamerlid Monasch stemden voor de initiatiefwet van D66), maar in de Eerste Kamer bleef een meerderheid van CDA, ChristenUnie, SGP, PVV en VVD tegen de wet gekant.

In oktober 2017 volgde plots een opmerkelijke doorbraak: toen raakte bekend dat de kersverse nieuwe Nederlandse regering (samengesteld uit D66, VVD, CDA en ChristenUnie) gaat toestaan dat in een aantal gemeenten legale wiet wordt verspreid. De overheidswiet zal landelijk worden geteeld: één organisatie krijgt van de overheid een vergunning om de overheidswiet te telen. Het verantwoordelijke ministerie gaat nog verder uitwerken hoe en wie dat precies gaat regelen. De cannabis zal vervolgens worden verspreid onder zes tot tien gemeenten. Het is een proef om te kijken of met legale teelt de criminaliteit afneemt en de wiet minder schadelijke stoffen kan bevatten. Gemeenten kunnen zichzelf aanmelden voor het experiment. De bedoeling is dat vooral middelgrote en grote steden meedoen. Dit experiment met legale teelt is na tientallen jaren van felle politieke discussies een opmerkelijke doorbraak.

C. MEDICINALE MARIHUANAPROGRAMMA'S

Een heel uiteenlopend gamma aan modellen voor het aanbieden van cannabis om medische redenen werd in de praktijk opgezet (Kilmer et al., 2013). Deze modellen, die weliswaar ontwikkeld werden met het oog op de distributie van cannabis voor medische doeleinden, vertonen evenwel enige overlap met modellen voor de distributie van cannabis voor recreatief gebruik en dit met betrekking tot de wijze waarop het aanbod is georganiseerd. In sommige gevallen hebben bepaalde jurisdicties (enkele Amerikaanse deelstaten, en ook Canada) bijvoorbeeld modellen ontwikkeld voor thuisteelt waarbij het product ook voor medicinaal gebruik geschikt is (Clarke & Mentkowski, 2015; Pacula, Powell, Heato, & Sevigny, 2015; Penn, 2014). Sinds kort zijn in België ook

[15] Tweede Kamer, 2013-2014, 24077, nr. 315

cannabis social clubs (zie verder) ontstaan die cannabis aanbieden voor medicinale gebruikers en voor niet-medicinale of recreatieve gebruikers. Sommige cannabis social clubs richten zich exclusief op het aanbieden van cannabis om medicinale redenen (Decorte, 2015). In andere gevallen wordt cannabis ook geleverd aan dispensaria voor medicinale cannabis, aan zogenaamde '*compassion clubs*' (dit zijn non-profit organisaties die medicinale cannabis verstrekken aan patiënten; ze bestaan o.m. in de VS en in Canada) of aan apotheken (bv. in Canada, Tsjechië, Israël, Nederland, en in verschillende Amerikaanse deelstaten) (Clarke & Mentkowski, 2015; Kilmer et al., 2013; Pacula et al, 2015; Penn, 2014). In sommige gevallen is de toegang tot het cannabisaanbod beperkter dan bij niet-medicinale modellen, omdat bijvoorbeeld een geldig voorschrift van een huisarts vereist is, en soms wordt cannabis enkel voor op voorhand vastgestelde medische aandoeningen verstrekt (bv. in het kader van een kanker- of HIV-behandeling). In andere jurisdicties wordt de toegang tot cannabis voor medisch gebruik minder streng gecontroleerd. In sommige landen is het aanbod van cannabis ook beperkt tot een specifiek product of geneesmiddel dat op cannabis gebaseerd is, zoals bijvoorbeeld Sativex (dat is bijvoorbeeld het geval in België).

Enkele van deze modellen hebben ondertussen het voorwerp uitgemaakt van evaluatiestudies, in het bijzonder in de VS (Cerdá, Wall, Keyes, Galea, & Hasin, 2012; Harper, Strumpf, & Kaufman, 2012), maar omdat ze onderling bijzonder veel verschillen vertonen en deze Amerikaanse modellen vooral op medicinaal gebruik gericht zijn (wat niet de centrale focus van deze visietekst is), gaan we niet dieper op dit evaluatieonderzoek in.[16] In hoofdstuk 8 formuleren we wel een aantal aandachtspunten en aanbevelingen inzake de verstrekking van medicinale cannabisproducten.

D. CANNABIS SOCIAL CLUBS IN SPANJE, BELGIË EN ELDERS

Cannabis social clubs (CSC's) zijn verenigingen zonder winstoogmerk van volwassen cannabisgebruikers die collectief cannabis kweken en delen voor eigen gebruik (Decorte, 2015; Kilmer et al. 2013; Caulkins et al., 2012). De laatste jaren kwam dit coöperatief model van cannabisproductie- en distributie steeds meer aan bod in het internationale debat rond drugsbeleid, waarbij het werd voorgesteld als een intermediair model tussen verbod en legalisering (Bewley-Taylor et al., 2014; Caulkins et al., 2012; Decorte, 2014). Ondanks het feit dat er rond cannabis social clubs geen duidelijke internationale of nationale regulering bestaat, is dit type van verenigingen de laatste jaren in een groot aantal Europese landen (België, Slovenië, Spanje, enz.)[17] ontstaan, én vond het ook ingang in enkele Zuid-Amerikaanse landen (Argentinië, Chili, Colombia, enz.) (Decorte, 2015). In de meeste gevallen passen de clubs naar eigen zeggen de nationale wetgeving toe, en/of handelen ze in overeenstemming met belangrijke gerechtelijke beslissingen, en dit alles binnen een kader van een *de facto* decriminaliseringbeleid in het eigen land. Vaak maken de clubs ook gebruik van de onverschilligheid of afwezigheid van een reactie van overheidswege (Bewley-Taylor et al., 2014; Decorte, 2015).

In **Uruguay** werd met Wet nr. 19.172 d voorzien in de wettelijke regeling van dit soort cannabisverenigingen. Volgens deze wet mogen de clubs 15 tot 45 leden tellen, en krijgen ze de toestemming om cannabis te produceren en onderling te distribueren, zolang ze de limiet van 99 planten niet overschrijden. Een lid van een cannabisclub mag er jaarlijks niet meer dan 480 gram ontvangen (Kilmer et al., 2013). Alleen Uruguayaanse ingezetenen (van 18 jaar of ouder) of mensen met een vaste verblijfplaats kunnen zich bij een cannabis social club aansluiten. De nieuwe overheidsinstelling *'Instituto de Regulacion y Control del Cannabis'* (IRCCA) is verantwoordelijk voor het beheren van het nationaal register van de clubs en het monitoren van hun activiteiten. We komen later nog terug op dit Uruguayaanse cannabismodel.

---

16 Voor een voorbeeld, zie: Pacula, R. L., Powell, D., Heaton, P., & Sevigny, E. L. (2015). Assessing the effects of medical marijuana laws on marijuana use: the devil is in the details. *Journal of Policy Analysis and Management, 34*(1), pp. 7-31.

17 De Europese Coalitie voor Rechtvaardig en Effectief Drugsbeleid (ENCOD) publiceerde een index van Europese Cannabis Social Clubs. Meer informatie is te verkrijgen op http://cannabis-social-clubs.eu/csc-directory (laatst bezocht op 13 maart 2015).

In **Spanje** zijn de bestaande cannabis social clubs niet het resultaat van een hervorming van de wetgeving, maar van een zogenaamde grijze zone in de lokale wetgeving (Alonso, 2011; Arana & Sanchez, 2011; Kilmer et al., 2013; Sanchez & Navarro, 2000). Volgens de rechtspraak van de Hoge Raad en de juridische analyses van universitaire deskundigen kan de huidige Spaanse wetgeving geïnterpreteerd worden als zijnde tolerant tegenover 'gezamenlijke consumptie' en kweek (in een private ruimte) voor persoonlijk gebruik (Arana & Sanchez, 2011; Kilmer et al., 2013; Room et al., 2010), op voorwaarde dat aan een aantal voorwaarden is voldaan.[18]

Sinds de jaren 1990 zijn in Spanje honderden cannabis social clubs ontstaan, vooral in Catalonië en het Baskenland), die zichzelf aanvankelijk bestempelden als 'cannabisassociaties' (Alonso, 2011; Arana & Sanchez, 2011). Zij opereren binnen een onduidelijk juridisch kader, wat vaak leidde tot de inbeslagname van hun cannabisplanten en de arrestatie van hun bestuursleden, aangezien verdere wetgeving om dit productie- en distributiemodel te reguleren maar niet werd ingevoerd (Arana & Sanchez, 2011; Blickman, 2011; Kilmer et al., 2013; Pepper, 2011).

Verder wordt er ook melding gemaakt van het ontstaan van meer commercieel gerichte cannabis clubs, vooral in Barcelona, die wellicht functioneren volgens andere principes dan die van het coöperatieve clubmodel zonder winstoogmerk, hoewel deze organisaties zich toch als dusdanig profileren. Spaanse activisten, de clubs en hun federaties (bv. de Federatie van Cannabis Associaties – FAC) hebben verschillende gelegenheden te baat genomen om te pleiten voor de introductie van een nationale/regionale regelgeving rond het model. Op deze manier willen zij de rechtsonzekerheid opheffen en duidelijke spelregels invoeren omtrent de manier waarop cannabis social clubs hun activiteiten zouden moeten organiseren. Momenteel worden in Baskenland en Catalonië voorstellen voor een verordening voorgelegd en besproken op regionaal niveau (Bewley-Taylor et al., 2014).

Zowel het ontstaan als de ontwikkeling van de cannabisclubs in **België** vertonen grote gelijkenissen met de Spaanse clubs. Een gemeenschappelijke beleidslijn van het Ministerie van Justitie en het College van Procureurs-Generaal bepaalde in 2005 dat het bezit van maximaal drie gram of één gekweekte cannabisplant de laagste vervolgingsprioriteit zou krijgen.[19] Een jaar later werd de eerste cannabisclub in België, vzw Trekt Uw Plant, opgericht, met het argument dat haar activiteiten in overeenstemming waren met de beleidslijn van 2005. Toch werd 'Trekt Uw Plant' twee keer[20] voor de rechter gedaagd en confisqueerde de politie ook de cannabisplanten van de club (Kilmer et al., 2013). Deze procedures resulteerden evenwel niet in de veroordeling van de clubleden, noch leidden zij tot de opheffing van de club. De club is ondertussen al sinds 2010 operationeel zonder verdere tussenkomst van de wetshandhavingsautoriteiten. In 2013 werden andere clubs opgericht in België: in Hasselt (Mambo Social Club), in Luik (Ma Weed Perso), in Andenne (WeedOut) en in Namen (Sativa). Enkele daarvan vormen nu het voorwerp van een gerechtelijke procedure, maar dit belette niet dat er ondertussen nog een drie- of viertal clubs werden opgericht.

Een eerste verkennende studie naar de cannabisclubs in België werd uitgevoerd door Decorte (2015; 2014) en gebeurde op basis van interviews met de leden van de raad van bestuur van elke club, een analyse van de interne documenten van de clubs (waaronder het lidmaatschapsformulier, de protocollen voor de cannabiskweek, de overeenkomsten tussen de clubs en hun telers, enz.) en van hun websites, van de mediaberichtgeving over de clubs in de Belgische pers, en van de internationale literatuur. Het onderzoek is opgevat als een SWOT-analyse en bespreekt zowel de (interne) sterktes en zwaktes, de (externe) opportuniteiten, alsook de bedreigingen van het model zoals het in België ontstond.

---

[18] De CSC's zouden bijvoorbeeld gesloten moeten zijn voor het publiek en toegang zou alleen mogen worden verleend aan leden. Voor een uitgebreid overzicht hiervan en andere voorwaarden voor het functioneren van CSC's, geëvalueerd door eerder uitgevoerde juridische analyses, zie: Sanchez & Navarro, 2000; Ripolles & Sanchez, 2012.

[19] Wanneer dat bezit van cannabis geen verzwarende omstandigheden of ordeverstoringen als gevolg had. Cannabisproductie- of bezit blijft desondanks verboden volgens de nationale wetgeving en wordt gezien als een strafbaar feit.

[20] Voor meer informatie omtrent deze uitspraken, zie Kilmer et al. (2013).

Uit deze voorlopig enige studie bleek dat de Belgische cannabis clubs een jaarlijkse lidmaatschapsbijdrage aanrekenen en een aantal voorwaarden voor lidmaatschap hebben opgesteld. Volgens deze voorwaarden moeten leden van CSC's reeds cannabisgebruikers zijn en in België verblijven. De vastgestelde minimumleeftijd varieert: 18 jaar of ouder, in andere Clubs 21 jaar of ouder. Ondanks het feit dat sommige van deze clubs (bv. Mambo Social Club en Ma Weed Perso) ook strafvervolging boven het hoofd hing, zijn aanhangers van het model blijven strijden voor het model en voor een verandering in de wetgeving van het land.

In principe hebben de Belgische vzw's geen winstoogmerk en verdelen ze enkel cannabis onder geregistreerde leden, die al regelmatige gebruikers moeten zijn voor ze lid worden. De clubs hebben ook consumptielimieten en elke winst wordt opnieuw in de organisatie geïnvesteerd. De leden moeten in België verblijven en de clubs slagen er naar eigen zeggen vrij goed in om het risico op drugstoerisme (een probleem dat de Nederlandse coffeeshops aan de Belgische grens hebben ondervonden) en op het doorverkopen van cannabis aan niet-leden (ook minderjarigen) te beperken. Daarbij dient opgemerkt te worden dat de CSC's momenteel niet van overheidswege gereguleerd en geïnspecteerd worden: duidelijke regulering van overheidswege zou het mogelijk kunnen maken om daadwerkelijk te verifiëren of de clubs zich aan de bovenstaande principes houden.

Verder fungeren de meeste Belgische CSC's als een systeem waarin cannabis niet zo gemakkelijk te verkrijgen is. De vzw's eisen dat de leden een registratieprocedure met enkele controlemechanismen doorlopen. De leden kunnen niet dagelijks of wekelijks langskomen, maar moeten de volgende 'ruilbeurs' afwachten. Nieuwe leden moeten vaak enkele weken of maanden wachten vooraleer ze hun eerste cannabis ontvangen. De clubs zijn in die zin minder zichtbaar en 'uitnodigend' dan de Nederlandse coffeeshops.

Zowat alle clubs kweken volgens een protocol dat kwekers verplicht om cannabis op een biologische manier te verbouwen. Op de zwarte markt hebben consumenten helemaal geen controle over het productieproces en bijgevolg over de kwaliteit, de sterkte en de prijs van de middelen. CSC's hebben naar eigen zeggen een relatief directe controle over de variëteiten die geteeld worden, over de kweektechnieken, en over de kwaliteit en de sterkte (het THC-gehalte) van de cannabis. Enkel aan de hand van onafhankelijke toxicologische analyses kan blijken of de kweekprocedures die de CSC's toepassen een voldoende garantie bieden inzake de kwaliteit en de sterkte van de cannabis. De vzw's geven toe dat niet alle kwekers voldoende 'professioneel' zijn en dat de kwaliteitscontroles oppervlakkig zijn. De CSC's zijn vragende partij voor ondersteuning vanwege geneeskundige en toxicologische deskundigen.

Een gereguleerd en veralgemeend systeem van CSC's kan volgens de initiatiefnemers in economisch opzicht verschillende voordelen opleveren. Een regulering van het CSC-model kan werkgelegenheid creëren en extra bijdragen voor de sociale zekerheid opleveren. Verder stimuleren de CSC's naar eigen zeggen onrechtstreeks de activiteiten van economische sectoren die de clubs diensten en materiaal aanbieden (bv. meststoffen, kweekmateriaal, serres, transport, juridisch advies, etc.). Het grootste deel van het geld dat momenteel door gebruikers op de zwarte markt wordt uitgegeven, zou kunnen worden omgezet in uitgaven die door de overheid belast kunnen worden en tot hogere btw-inkomsten leiden (Somers, 2011). Het CSC-model kan misschien de overheidsuitgaven reduceren voor de controle van de cannabismarkt en voor het straffen van wie met het oog op winst cannabis produceert of verkoopt.

De Belgische CSC's verzwakken de zwarte markt momenteel slechts in beperkte mate: ze onttrekken er ongeveer enkele honderden potentiële klanten aan. Als de CSC-beweging in België uitdijt, en als de clubs een gereguleerd alternatief worden, kan wellicht een significant effect op de zwarte markt worden verwacht. De clubs kunnen bovendien bijdragen tot een reductie van de problemen met betrekking tot de illegale markt, zoals bv. de stijging van het THC-gehalte, de versnijding en vervuiling van cannabis, de prijzen, het systemisch geweld, de straathandel en andere vormen van illegale handel.

Cannabisactivisten beweren dat de clubs een belangrijke rol zouden kunnen spelen in de preventie en de vroegtijdige detectie en doorverwijzing van problematische cannabisgebruikers naar behandel- en preventiestructuren (Somers, 2011). Zij monitoren de consumptie van hun leden, en zoeken naar eigen zeggen contact met hulpverlenings- of preventieorganisaties. Volgens de clubs weigeren hulpverleningsprofessionals omwille van het huidige wettelijke klimaat de krachten te bundelen. Of de CSC's in gerichte preventiecampagnes (bv. bij antirookcampagnes of acties in verband met andere gezondheidsproblemen) een belangrijke partner zouden kunnen worden, hangt onder meer af van de vraag of de clubverantwoordelijken over de vereiste kwalificaties beschikken. In ieder geval ontwikkelen de meeste clubs nu reeds flyers met productinformatie en 'tips voor veilig gebruik' ten behoeve van hun leden. Samenwerking met professionals inzake schadebeperkende maatregelen en hulpverlening zou kunnen bijdragen tot daadwerkelijke preventie en doorverwijzing van probleemgebruikers.

Lokale ordehandhavers ondernamen reeds verschillende pogingen om de CSC's strafrechtelijk te vervolgen. De recente geschiedenis van de Belgische (en Spaanse) CSC's toont dat de meeste groepen blijven bestaan, ondanks politie-interventies en rechterlijke uitspraken (Vandenbergh, 2013; Spoormakers, 2013). Een formele en definitieve veroordeling zou gebruikers kunnen ontmoedigen om lid te worden, maar het is tevens niet ondenkbaar dat de clubs 'ondergronds' gaan.

Een andere bedreiging voor het model is de opkomst van zogenaamde 'schaduwclubs': criminele ondernemers die doelbewust de façade van een social club gebruiken als dekmantel voor het winstgericht produceren en verkopen van cannabis (zie voor gelijkaardige ontwikkelingen in Spanje: Bewley-Taylor et al., 2014). Hoewel er nog maar enkele incidenten zijn geweest, baren systemisch geweld van criminele ondernemers of kwaadwillige individuen de clubs meer zorgen dan politie-interventies (Spoormakers, 2013).

Een belangrijke zwakte in het Belgische CSC-model betreft het verschil in de huisregels, de structuren en de organisatie. De clubs hanteren verschillende minimumleeftijden (18 en 21 jaar) en consumptiegrenzen. Sommige clubs zijn (nog) klein (13 leden), andere zijn behoorlijk groot (237 leden) en de productie en distributie van cannabis gebeurt op een andere manier. Vier van de vijf clubs tellen een klein aantal 'medicinale gebruikers'. Vaak hanteren ze minder strikte regels (bijvoorbeeld geen consumptielimiet) voor de leden die over een medisch attest beschikken dat bewijst dat ze aan een ziekte lijden waarvoor het gebruik van cannabis wordt aangeraden. Gezien het ontbreken van een goede samenwerking en informatie-uitwisseling tussen de CSC's en medische deskundigen, blijft het de vraag of het een goed idee is om medicinale marihuana en recreatieve cannabis te vermengen. Ten slotte bestaat het risico dat de CSC's naar winstgerichte organisaties evolueren.

Een belangrijke kwestie voor academici en beleidsmakers is of de factoren die het clubmodel bedreigen en de interne zwaktes van de clubs door middel van overheidsregulering in sterktes en opportuniteiten kunnen worden omgezet. Regulering van overheidswege zou een juridische bescherming voor de clubs en een raamwerk voor kwaliteitscontrole, veilige en betrouwbare cannabisproductie, -transport en -distributie door de CSC's kunnen bieden. Regulering zou ook gunstige voorwaarden kunnen creëren voor een verbetering van de transparantie en een professionalisering van de cannabisproductie in de clubs. De structuren, de organisatie en de huisregels zouden beter gestandaardiseerd kunnen worden. Door het afdwingen van duidelijke normen en sancties (bijvoorbeeld een maximum aantal leden, een maximale productiecapaciteit en/of THC-waarde voor cannabis, of een maximumbedrag dat een staflid kan verdienen), zou de overheid de stabiliteit van en het vertrouwen in de CSC's kunnen stimuleren. Ze zou kunnen voorkomen dat de clubs winstgerichte organisaties worden, én een leerrijk experiment inzake alternatieve regulering van cannabis kunnen opzetten, op maat van de lokale context. Aan de andere kant moeten de CSC's voldoende openstaan voor de professionalisering van hun protocollen en hun organisatie. Zij moeten bemoeienis van overheidswege accepteren, en eventuele wettelijke restricties en sancties aanvaarden. Beslissen de Belgische autoriteiten om de clubs te blijven criminaliseren of de zaken op hun beloop te laten, en het CSC-model niet te reguleren, dan is het erg waarschijnlijk dat de Belgische CSC's onder de radar zullen verdwijnen, of dat het model 'besmet raakt' en dezelfde weg als de Spaanse clubs opgaat.

Een tweede onderzoek naar de cannabis social clubs in België ging, met de steun van het Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek (FWO), in maart 2015 van start en is nog niet afgerond. De studie richt zich op drie dimensies: a) de organisatie, de structuur en het dagelijks functioneren van de cannabisclubs; b) de socio-demografische eigenschappen en het gebruikspatroon van de leden van de clubs; en c) de cannabis geproduceerd door de cannabisclubs.[21]

E. HET COMMERCIËLE MODEL IN ENKELE AMERIKAANSE DEELSTATEN

In verschillende Amerikaanse deelstaten is ondertussen een competitief, gereguleerd marktmodel ontstaan: in de staten Colorado en Washington in 2012, in Oregon en Alaska in 2014 (Caulkins et al., 2013; Crick et al, 2013; Kilmer et al., 2013; Marshall, 2013; McGreal, 2014; Room, 2014). Deze legalisering was telkens het gevolg van een democratisch beslissingsproces door middel van een referendum (in concreto Amendement 64 in Colorado, Initiatief 502 in Washington, Maatregel 91 in Oregon en Maatregel 2 in Alaska) (Crick et al, 2013; Graham, 2015; Kilmer et al, 2013; McGreal, 2014; Pardo, 2014). De kiezers van vier andere staten – California, Massachusetts, Maine en Nevada – hebben in november 2016 ook het aanbod van cannabis voor recreatieve doeleinden gelegaliseerd. Aangezien het legaliseringsproces in deze staten en in Oregon en Alaska zich nog in een beginfase bevindt, en er meer informatie beschikbaar is omtrent de initiatieven in Washington en Colorado, zullen we ons richten op deze laatste twee gevallen.

Twee verschillende staatsagentschappen hebben de taak gekregen om de industrie te vergunnen en te reguleren: in Colorado ligt de verantwoordelijkheid bij het Ministerie van Financiën, terwijl in Washington de State Liquor Control Board (de overheidsinstantie die de wetten omtrent alcohol, tabak en cannabis handhaaft) als bevoegd agentschap werd aangeduid (Caulkins et al, 2015a; Crick et al, 2013; Kilmer et al, 2013; Pardo, 2014). In beide staten is het aanbodmodel gebaseerd op een systeem van vergunningen. De staat Colorado maakt gebruik van een verticale vergunningsstructuur (d.w.z., een ondernemer kan een vergunning krijgen, en tegelijkertijd teler en kleinhandelaar zijn). Dat is niet mogelijk volgens de wetgeving in Washington: “een individu mag een dubbele vergunning hebben voor het produceren én bewerken van marihuana, maar producenten en bewerkers kunnen geen vergunning bekomen voor de kleinhandel in marihuana, en ze mogen ook geen directe of indirecte financiële belangen hebben bij een vergunde kleinhandelaar in marihuana.” (Crick et al, 2013; Graham, 2015, p. 155; Pardo, 2014). Washington heeft zowel het aantal kleinhandelszaken (oorspronkelijk tot 334) als de totale productielimiet (tot 180.000 vierkante meter) beperkt (Kilmer et al, 2013; Pardo, 2014).

In beide staten is ook een monitoringssysteem *from seed to sale* (van zaad tot verkoop) geïntroduceerd. Dat betekent dat “telers, bewerkers en verkopers de raad (in het geval van Washington is dat de Liquor Control Board) moeten informeren over alle transacties, en dat ze moeten bijhouden wanneer gewassen vernietigd of geoogst worden” (Crick et al., 2013; Pardo, 2014). In beide jurisdicties mogen de kleinhandels in cannabis geen andere producten verkopen, en consumptie in de zaak is niet mogelijk (Caulkins et al., 2015a; Pardo, 2014; Room, 2014). Colorado en Washington leggen ook enkele voorwaarden op met betrekking tot de etikettering, zoals het plaatsen van boodschappen over de risico’s of een indicatie over het THC-gehalte (Room, 2014). Ook in verband met reclame zijn restricties geïntroduceerd, bijvoorbeeld het verbod op misleidende verklaringen of het toelaten van slechts één uithangbord per kleinhandelszaak (Crick e.a., 2013; Room, 2014).

Inzake taxatie voorziet Washington een belasting van 25% op het niveau van productie, verwerking en kleinhandel (Caulkins, Andrzejewski & Dahlkemper, 2013; Crick et al, 2013; Kilmer et al, 2013; Room, 2014). In Colorado is er zowel een accijnsbelasting van 15% op het niveau van de groothandel als een belasting van 10% voor kleinhandelaars, naast de bestaande lokale omzetbelastingen (Crick et al., 2013; Kilmer et al., 2013; Pardo, 2014). Een deel van de belastinginkomsten is bestemd voor initiatieven rond voorlichting, onderzoek en hulpverlening met

[21] Voor bijkomende informatie over deze studie, zie www.ugent.be/re/cssr/en/research-groups/isd/projects.htm/cannabissocialclubsbelgiumfwo.htm (laatst bezocht 2 april 2017).

betrekking tot cannabis (Crick e.a., 2013; Pardo, 2014; Room, 2014). De prijzen van cannabis in deze modellen worden door de markt bepaald (Caulkins e.a., 2013). Noch Colorado, noch Washington hebben een gebruiksregister ontwikkeld en dus is het mogelijk dat individuen, zowel binnen de staat als buiten de staat, naar meerdere kleinhandelszaken rijden, waar ze dan telkens de maximaal toegelaten hoeveelheid kopen en uiteindelijk het product bundelen om te exporteren buiten de staat (Pardo, 2014).

Een rapport over de (aanvangsfase van de) implementatie van het model in Colorado is positief en legt hoofdzakelijk de nadruk op zes regulerende aspecten die van belang zijn: 1) het monitoringssysteem 'van zaad tot verkoop'; 2) het geïntegreerde marktmodel; 3) de beperkingen die aan nieuwe marktspelers worden opgelegd; 4) de limiet op de toegestane hoeveelheid voor verkoop; 5) de veiligheidsvoorwaarden voor houders van vergunningen; en 6) het belastingsysteem (Graham, 2015; Hudak, 2014). Terzelfdertijd wijst Hudak (2014) op het feit dat een aantal aspecten toch nog verscherpte aandacht vereisen, zoals de reglementering in verband met eetbare cannabisproducten en die betreffende de thuisteelt en het drugstoerisme. De bevolkingsenquêtes over de consumptie van marihuana en andere illegale drugs tonen tot nu toe geen stijging in het cannabis- of algemeen drugsgebruik in de staten Colorado en Washington – een gegeven dat de experten verklaren vanuit het feit dat cannabis al ruim beschikbaar was in deze twee staten voor de officiële legalisatie. Een recente studie toont een forse toename van de 13- tot 21-jarigen die in Colorado met een cannabisgerelateerde diagnose of een voor cannabis positieve urinetest bij de eerstehulpdiensten zijn opgenomen: van 1,7 per 1.000 patiënten in 2009 tot 4 per 1.000 in 2015 (AAP, 2017; zie ook Ammerman et al., 2015). Aangezien het competitieve, gereguleerde marktmodel nog maar net in Colorado en Washington werd geïnstalleerd, is het nog te vroeg om conclusies te trekken over de resultaten van dit beleid.

F. HET CANNABISMODEL IN URUGUAY

Zoals reeds vermeld aanvaardde Uruguay op het einde van 2013 nieuwe wetgeving (met name de Wet 19.172 en de daaropvolgende voorschriften) en introduceerde het hiermee drie naast elkaar bestaande modellen voor de productie en distributie van cannabis. De consument kan door de staat geproduceerde wiet kopen in reguliere apotheken (apotheekhouders met gewetensbezwaren mogen weigeren), in pakjes van 5 en 10 gram. Aangezien de overheid – of een hiervoor aangeduide publieke dienst – in dit geval de rol van 'teler' of 'verdeler' van cannabis niet rechtstreeks op zich kan nemen, werden twee bedrijven vergund om de staatswiet te produceren. Consumenten mogen de wiet ook zelf kweken. Per huishouden mogen er zes planten worden gekweekt, met een maximale oogst van 480 gram per jaar. Daarnaast zijn er de 'sociale cannabisclubs', waarin 15 tot 45 leden samen maximaal 99 planten mogen kweken (Delgado, 2015; Graham, 2015; La Nacion, 2015a; 2015b).

Met de wet 19.172 werd ook voorzien in de oprichting van het *Instituto de Regulacion y Control del Cannabis* (Instituut voor de Regulering en Controle van Cannabis, IRCCA). Dit instituut zal de hoofdbevoegdheid voor de implementatie van de wetgeving (Wet 19.172; Besluit 120/014) krijgen, met inbegrip van het verdelen van vergunningen voor de bevoorrading van cannabis, het beheer van de nationale databank voor cannabisgebruikers en -leveranciers, en de controle en inspectie van alle fasen van de bevoorradingsketen (Graham, 2015). Het IRCCA (2014) riep voor het eerst in augustus 2014 cannabistelers op om zich kandidaat te stellen, waarbij het 22 aanmeldingen ontving (Cibils, 2014; Cortizas, 2015; EFE, 2014; IRCCA, 2015; Walsh & Ramsey, 2015). In oktober 2015 maakte het IRCCA haar beslissing bekend om twee telers een vergunning voor cannabisproductie toe te kennen (Espectador, 2015; IRCCA, 2015).[22] De telers zullen cannabis kweken op staatseigendommen, waarvan de veiligheid 24/7 zal worden gegarandeerd zowel door erkende bedrijven als door de staat zelf (Cibils, 2014; IRCCA, 2014; 2015). De bedrijven kunnen elk tot twee ton cannabis per jaar produceren, waarbij de cannabisvarianten vastgelegd worden door het IRCCA (Cibils, 2014; IRCCA, 2014). De productievergunningen zullen geldig zijn voor een periode van vijf jaar (IRCCA, 2014). De reeds bestaande belastingen op landbouwproducten zullen

[22] De twee succesvolle opdrachtgevers waren Simbiosis en Icorp (Espectador, 2015).

niet toegepast worden op de productie van cannabis (Walsh & Ramsey, 2015). De verspreiding van de geproduceerde cannabis zal plaatsvinden bij erkende apotheken (Wet 19.172; Besluit 120/014).

Dit voorstel zorgde wel voor wat bezorgdheid bij de *Asociacion de Quimica y Farmacia del Uruguay* (Uruguayaanse Associatie voor Apothekers, AQFU). “De verspreiding door apotheken is niet correct aangezien het de publieke perceptie omtrent de risico’s (en schade ten gevolge van cannabisgebruik) vermindert”, aldus de vertegenwoordiger (Eduardo Savio, zoals geciteerd in Wang, 2014). De cannabis zal in pakketjes van 5 tot 10 gram verdeeld worden (Cibils, 2014; IRCCA, 2014). Hij zal verkocht worden aan een prijs van 1,20 dollar zodat die gelijkgesteld wordt met de prijzen van de zwarte markt (El Pais, 2015; Walsh & Ramsey, 2015). De opgestelde prijs door het IRCCA heeft geleid tot enkele vragen in verband met de economische haalbaarheid van het model. Oorspronkelijk verwachtte men een investering van 600.000 tot800.000 dollar. Daarnaast legde het instituut erg strenge regels op omtrent het productieproces en ten slotte zijn een aantal mogelijke extra kosten nog niet volledig vastgelegd (Cortizas, 2015a; 2015b; El Comercio, 2014; El Pais, 2015; Espectador, 2015; IRCCA, 2015; Urgente 24, 2014). Het is bijvoorbeeld momenteel nog niet duidelijk of het cannabistransport van de plantage naar de apotheken enkel een aangelegenheid zal zijn van erkende bedrijven. Pardo (2014) formuleerde eveneens “bezorgdheden over de mogelijkheid van de staat om voldoende inkomsten te genereren om, zoals bepaald bij wet, een handhavingssysteem of onderwijs en preventie te financieren”. Tegelijkertijd kan de relatief lage prijs per gram ook gevolgen hebben voor de mate van gebruik (Walsh & Ramsey, 2015).

De Uruguayaanse situatie sluit niet volledig aan bij het model van een overheidsmonopolie, aangezien de staat niet de enige teler noch de enige verdeler van cannabis is. Toch is er een strikte controle door de staat, aangezien die de prijs per gram bepaalt, alle fasen van de bevoorradingsketen monitort en geen enkele vorm van ‘branding’ of reclame toelaat (Graham, 2015; Pardo, 2014; Walsh & Ramsey, 2015). Aangezien het model momenteel nog volop in ontwikkeling is, zijn veel belangrijke details in verband met de werking van het model nog niet bekend.

G. BESLUIT

Met betrekking tot cannabis werden in de loop van de laatste decennia allerlei experimenten inzake decriminalisering en regulering bedacht en uitgevoerd, zowel op nationaal, regionaal als lokaal vlak. In het rapport *A quiet revolution: drug decriminalisation across the globe* (2016) worden de modellen van decriminalisering in 25 landen beschreven. We beschreven in deze paragraaf verder de ervaringen met het coffeeshopmodel in Nederland en de cannabis social clubs in onder meer Spanje en België. Veel landen hebben een of andere variant van het zogenoemde Alaska-model ingevoerd: een systeem waarbij individuele burgers of huishoudens het recht hebben om zelf een maximaal aantal planten te kweken. Uruguay (een land dat ook de internationale verdragen ondertekende!) reguleerde als eerste ter wereld de volledige productieketen van marihuana. In de Verenigde Staten werd ondertussen in een aantal staten de teelt, de toelevering en de verkoop van cannabis voor recreatieve doeleinden gereguleerd. Ook Canada heeft aangekondigd cannabis in 2017 te reguleren. Overigens hebben in de loop van de laatste vijftien jaar 25 Amerikaanse staten medicinale cannabismodellen geïntroduceerd. Ook andere landen hebben een wettelijk gereguleerd model voor medicinale cannabis (onder meer Canada, Chili, Finland, Groot-Brittannië, Israël, Nederland, Oostenrijk, Spanje en Tsjechië). Veel landen hebben ondertussen begrepen dat koersveranderingen op het lokale of nationale vlak juridisch goed te beargumenteren zijn, op voorwaarde dat daarbij het beleid van andere landen niet in de wielen wordt gereden.

De wereldwijde ervaringen met alternatieve modellen voor de regulering van de productie van cannabis, van de wijze waarop cannabis beschikbaar kan worden gemaakt, van de verkooppunten, en van het gebruik zelf zijn een belangrijke leerschool. Uit elk van die reguleringsexperimenten en -systemen kunnen lessen voor toekomstige experimenten met de legalisering van cannabis worden getrokken. De experimenten met de regulering van cannabis in het buitenland illustreren dat de cannabismarkt niet hoeft te functioneren op basis van commerciële

principes. Er zijn andere opties, waarbij overheidsinstanties of non-profitorganisaties de drugshandel beheren op manieren die de financiële incentives om gebruik te initiëren of te stimuleren buiten spel zetten.

7. DE ERVARINGEN MET LEGALE PSYCHOACTIEVE SUBSTANTIES

Voor de roesmiddelen die tegenwoordig niet gecriminaliseerd worden, of die met andere woorden 'gelegaliseerd' zijn (zoals nicotine, alcohol, cafeïne en een hele resem farmaceutische bereidingen), bestaan uiteraard ook allerlei reguleringsmodellen. Deze modellen vertonen belangrijke verschillen naargelang het product: de regimes voor alcohol en nicotine lopen bijvoorbeeld zeer sterk uiteen en over de tijd heen vertonen ze een hele evolutie. De productie en distributie van alcohol, nicotine en geneesmiddelen (legale middelen) worden grotendeels volgens een vrijemarktprincipe geregeld. Deze modellen illustreren enerzijds voortreffelijk hoe een overheid met een wetgevend instrumentarium regels kan opleggen, waarbij productie, distributie en gebruik niet over de hele lijn moeten worden gecriminaliseerd. Anderzijds heeft de jarenlange ervaring met deze modellen ook uitgewezen dat het commercialiseren van roesmiddelen onbedoelde en ongewenste gevolgen kan hebben. In deze paragraaf gaan we bondig in op deze aspecten. We beginnen met een korte opsomming van de verschillende vormen van schade die kunnen voortvloeien uit de consumptie van alcohol en tabak, de twee meeste bekende en populaire legale roesmiddelen.

A. DE SCHADE VAN TABAK- EN ALCOHOLGEBRUIK

Nog niet zo lang geleden werd roken in zekere mate nog beschouwd als hip en trendy. Het is niet verwonderlijk dat reclame voor rookwaren dan ook inspeelde op deze 'aanlokkelijke' aspecten van het roken. Roken werd lang beschouwd als een uiting van zelfbeschikking en behoorde aldus tot de persoonlijke vrijheid van een individu – een waarde die tot op de dag van vandaag nog steeds hoog in het vaandel wordt gedragen door de tabaksindustrie. Het imago van alcoholische dranken is nog altijd overwegend positief en dan vooral in België, een land met een lange en rijke biertraditie. Toch werden er stilaan meer en meer wetenschappelijke onderzoeken verricht die zwart op wit aantoonden dat roken en overmatige alcoholconsumptie[23] schadelijk zijn voor de gezondheid.

In het geval van tabak werden er vooral vanaf de jaren 1950 studies gepubliceerd die de gezondheidsgevaren van roken in kaart brachten (Keirse, 2002). In eerste instantie gaat het om levensbedreigende gezondheidsproblemen zoals longkanker, hartziekten, chronische bronchitis en de ontwikkeling of verergering van astma en andere ademhalingsproblemen (Boyle et al., 2004; Haustein & Groneberg, 2010). Daarnaast manifesteert de schade ten gevolge van roken zich ook in de vorm van irritatie van de ogen en de neus, de ontwikkeling van hoofdpijn, duizeligheid en misselijkheid, vermoeidheid en concentratiestoornissen, de aantasting van het geur- en smaakvermogen, geurhinder (Martins-Green et al., 2014), tandbederf en stemschade (Blanpain, 2003; Chapman, 2007). Bovendien werd bewezen dat tabaksrook bij passieve rokers dezelfde effecten kan teweegbrengen als bij actieve rokers (Boyle et al., 2004; MacKay & Eriksen, 2002).

Wereldwijd blijft het gebruik van rookwaren tot op de dag van vandaag echter een van de belangrijkste vermijdbare doodsoorzaken. Het aantal sterfgevallen ten gevolge van tabak wordt daarbij geraamd op 6 miljoen per jaar (American Cancer Society & World Lung Foundation, 2015; Boyle et al., 2004; Chapman, 2007; Banks et al., 2015).

Langdurig problematisch alcoholgebruik kan ook aanleiding geven tot ernstige lichamelijke en psychische en/of sociale problemen. Problematisch alcoholgebruik kan verschillende vormen aannemen, waarbij vier types onderscheiden kunnen worden: overmatig of excessief drinken, alcoholmisbruik, 'binge drinken' en alcoholafhankelijkheid of -verslaving (Alcoholhulp, 2017c). Daar waar het problematisch gebruik bij overmatig drinken, of anders gesteld: bij situationeel riskant gebruik, beperkt kan blijven tot één of enkele keren, lopen gebruikers bij de andere types een hoger risico op het ontwikkelen van ernstige lichamelijke, psychische en/of sociale proble-

[23] Maximum 10 consumpties per week wordt vaak gezien als grens van niet-overmatig drankgebruik. Als standaardeenheid wordt een glas bier (250cc) vergeleken met een glas wijn (100cc) of een glas sterke drank (35cc). Alle bevatten zij ongeveer 12g alcohol, wat resulteert in een bloedalcoholgehalte van 0,2 promille bij een man en 0,3 promille bij een vrouw.

men gezien de vaak hogere frequentie van het gebruik. Echter, de mate waarin deze problemen zich manifesteren en de ernst ervan zijn vaak verschillend van persoon tot persoon en bovendien ook afhankelijk van hoeveel men drinkt (Alcoholhulp, 2017c; De Druglijn, 2017b).

Uit cijfergegevens van De Druglijn (2017a) bleek dat in 2013 het alcoholgebruik van 10% van de Vlaamse bevolking bestempeld kon worden als problematisch. Dit percentage is vergelijkbaar met de gegevens uit Nederland: in 2015 was 10,0% van de bevolking van 18 jaar en ouder een zware drinker (11,9% van de mannen en 8,1% van de vrouwen). Wat onder 'problematisch alcoholgebruik' wordt begrepen, kan verschillen van land tot land. Van een dergelijk gebruikspatroon is bijvoorbeeld in de VS voor volwassen mannen sprake wanneer men meer dan vier standaardglazen per dag nuttigt of meer dan 14 standaardglazen gespreid over een hele week (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA], 2017). In Vlaanderen is sinds eind 2015 een nieuwe alcoholrichtlijn van kracht die, rekening houdend met nieuwe inzichten omtrent de gezondheids- en mortaliteitsrisico's van alcohol, een nog strenger advies voorschrijft. Voor zowel volwassen mannen als vrouwen is de grens in Vlaanderen op dit vlak voortaan bepaald op het consumeren van 10 standaardglazen alcohol per week (VAD, 2016).

Overmatig alcoholgebruik kan vele lichamelijke aandoeningen niet alleen verergeren: in bepaalde gevallen is er ook een rechtstreeks verband tussen het ontstaan ervan en de alcoholconsumptie, terwijl in andere gevallen er eerder sprake is van een onrechtstreeks verband tussen beide. Vast staat wel dat er bij meer dan 200 aandoeningen een aantoonbaar causaal verband bestaat tussen overmatige alcoholconsumptie en de genese of de verdere ontwikkeling van het ziektebeeld. Zonder exhaustief te willen zijn, kan men stellen dat het hart (o.a. alcoholische cardiomyopathie, hartritmestoornissen zoals atriale fibrillatie of ventriculaire tachycardie, beroertes, hypertensie, enz.), de lever (o.a. levercirrose en leverfibrose), de hersenen (o.a. een verstoorde werking van de neurotransmitters in de hersenen) en de pancreas (o.a. acute pancreatitis) de organen zijn die vaak het zwaarst te lijden hebben onder problematisch alcoholgebruik. Ook het risico op het ontwikkelen van diverse soorten kanker (o.a. leverkanker, borstkanker, slokdarmkanker en strottenhoofdkanker) gaat aanzienlijk omhoog ten gevolge van langdurig problematisch alcoholgebruik (De Druglijn, 2017b; NIAAA, 2017).

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 2015) schat dat wereldwijd jaarlijks 3,3 miljoen overlijdens in verband kunnen worden gebracht met het schadelijk gebruik van alcohol,[2] een cijfer dat ongeveer 5,9% van alle overlijdens vertegenwoordigt. In het algemeen kan men daarnaast stellen dat ongeveer 5,1% van de wereldwijde ziektelast toe te schrijven valt aan alcoholconsumptie, zoals gemeten en uitgedrukt in 'Disability-Adjusted Life Years' (DALY's).[24] Bovendien kan alcoholgebruik reeds op relatief jonge leeftijd leiden tot de dood of allerlei lichamelijke ongemakken. Binnen de leeftijdscategorie van 20 tot 39 jaar kan bijvoorbeeld een kwart van alle overlijdens toegeschreven worden aan het gebruik van alcohol.

Problematisch alcoholgebruik kan op lange termijn ook aanleiding geven tot psychische of mentale problemen, zoals sombere gevoelens, agressie en impulsiviteit, angst, vergeetachtigheid, slaapproblemen, verwardheid en zelfs psychoses (Alcoholhulp, 2017a). De sociale problemen die problematisch alcoholgebruik met zich kan meebrengen, zijn ook talrijk en divers: sociaal isolement, spanningen en ruzies met de onmiddellijke omgeving, problemen op het werk, gerechtelijke problemen, financiële problemen, enz. (Alcoholhulp, 2017b)

B. ENKELE ASPECTEN I.V.M. DE REGULERING VAN TABAK[25]

Hoewel het wetenschappelijk bewijs inzake de schadelijke gevolgen van (passief) roken overweldigend is, heeft het lange tijd geduurd vooraleer hierover op transparante wijze werd gecommuniceerd. Dit niet in het minst

[24] Een 'DALY' kan worden opgevat als het verlies van één gezond levensjaar. De som van al deze DALY's binnen een populatie, of anders gezegd: de ziektelast, kan worden beschouwd als de kloof tussen de huidige gezondheidstoestand en de ideale gezondheidstoestand waarin de volledige populatie een ziektevrij leven leidt.

[25] Deze paragraaf is grotendeels gebasserd op Samoy en Coutteel (2016).

doordat de tabaksindustrie geruime tijd de teugels in handen bleef houden door middel van sterke lobbygroepen. In een eerste periode verzetten de tabaksbedrijven zich tegen een grondige studie naar de effecten inzake de risico's van roken. Toen duidelijk werd dat deze houding niet langer getolereerd werd, gooide de industrie het over een andere boeg. Zij investeerde in eigen studies en behield zo de controle over de informatie die naar het grote publiek werd gecommuniceerd. Zo slaagden de tabaksbedrijven erin om gedurende een lange tijd de gezondheidsgevaren te minimaliseren en het verslavend karakter bijna geheel uit de pers te houden (zie o.a. Keirse, 2002; MacKay & Eriksen, 2002; Pampel, 2009). Ook economische argumenten werden aangewend om anti-tabaksbewegingen een halt toe te roepen (Givel & Glantz, 2001).



Deze advertentie van Philip Morris illustreert dat de tabaksindustrie inzette op haar 'eigen wetenschappelijke studies' en geruststellende en misleidende informatie naar het publiek communiceerde. Bovenaan links zien we: "No curative power is claimed for PHILIP MORRIS… but AN OUNCE OF PREVENTION is Worth a Pound of Cure!" (Philip Morris claimt geen geneeskrachtige werking… maar voorkomen is belangrijker dan genezen.) In de rechterhelft staat te lezen: "Philip Morris are scientifically proved for less irritating to the smoker's nose and throat." (Philip Morris is wetenschappelijk bewezen minder irriterend te zijn voor de neus en keel van de roker.) Door aan te heffen met de stelling dat er geen 'genezende krachten' worden toegekend aan de sigaretten en vervolgens te schrijven dat het merk de gezondste optie is, wordt op een manipulatieve wijze ingespeeld op de bezorgdheden bij de bevolking inzake de risico's van roken.

Toch kwam er geleidelijk aan een omwenteling, waarbij werd ingezet op volksgezondheid. Na de publicatie van diverse (onafhankelijke) wetenschappelijke studies en bevindingen, ontstond er stilaan op internationaal en nationaal niveau de politieke bewustwording dat ingrijpen nodig was. Daarbij werd de absolute suprematie van de persoonlijke vrijheid om te roken gaandeweg gerelativeerd. De grotere bekendheid omtrent de schadelijke gevolgen van roken bij de bevolking heeft er immers toe geleid dat roken in het bijzijn van niet-rokers, in het bijzonder van kinderen en werknemers, niet langer als maatschappelijk en sociaal aanvaardbaar wordt aanzien. Deze vorm van 'verhoogde burgerzin' als morele gedragscode is belangrijk, maar weinig afdwingbaar zonder de steun van een wetgevend apparaat (Blanpain, 2003). Daarom werd er regelgeving ontwikkeld, voornamelijk ter bescherming van potentiële slachtoffers van passief roken.

Belangrijke instrumenten in de strijd tegen roken ontstonden in de schoot van de WHO. Reeds in de jaren 1980 riep de WHO op om effectieve maatregelen te nemen om niet-rokers te beschermen tegen passief roken en om verslaving bij kinderen en jongeren zoveel mogelijk te bestrijden. Deze overwegingen komen terug in latere initiatieven. Zo werden op 21 mei 2003 de inspanningen inzake de strijd tegen (passief) roken in een wetgevend initiatief gegoten onder de vorm van de WHO-Kaderovereenkomst inzake tabaksontmoediging.[26] Meer dan 170 staten en de EU ondertekenden de overeenkomst. Ook België ratificeerde deze overeenkomst. De bepalingen ervan bestaan enerzijds uit maatregelen die de vraag naar tabaksproducten moeten verminderen en anderzijds uit maatregelen die moeten inwerken op de aanbodszijde van tabaksproducten.

Inmiddels hebben heel wat (voornamelijk westerse) landen regelgeving aangenomen die voorziet in beperkte rookverboden en is de privatisering van tabaksbedrijven in de meeste westerse landen een feit (in de 17de en de

[26] WGO-Kaderovereenkomst inzake tabaksontmoediging van 21 mei 2003, *Tbr.* 2004, 127 (Nederlandse vertaling: 269), inwerkingtreding 27 februari 2005.

18de eeuw werd de tabaksproductie om economische redenen in verschillende landen onder een staatsmonopolie gebracht). Verder werden waarschuwingstekens op rookartikelen aangebracht en choquerende afbeeldingen geplaatst op de verpakkingen (MacKay & Eriksen, 2002). Ook andere vormen van reclame voor rookwaren zijn op diverse wijzen gereguleerd in de verschillende landen.

Op nationaal niveau komt het eigenlijke startschot van de Belgische anti-rookregelgeving er met het Koninklijk Besluit van 15 september 1976 over het openbaar vervoer[27] en het Koninklijk Besluit van 31 maart 1987.[28] Met dit laatste KB werd een beperkt rookverbod ingesteld op diverse gesloten plaatsen toegankelijk voor het publiek. Hoewel er strafrechtelijke sancties waren bepaald, ontbrak een effectieve controle, waardoor het rookverbod nog veel te vaak dode letter bleef.[29]

Vandaag vallen we terug op de wet van 22 december 2009.[30] Naast een algemeen rookverbod op gesloten plaatsen die toegankelijk zijn voor het publiek, omvat zij eveneens een verbod op roken op de werkvloer en op het openbaar vervoer. Met deze wet werd een bijkomende stap gezet: roken was niet langer mogelijk in cafés waar eten geserveerd werd. Ondanks de uitgebreide overgangsbepalingen, waardoor roken nog mogelijk bleef in andere cafés, ontstond hierop een enorme golf van protest.[31] Daarnaast werd een voorbehoud geformuleerd op een algemeen rookverbod voor de kansspelinrichtingen. Deze bepaling werd vernietigd door het Grondwettelijk Hof in zijn arrest van 15 maart 2011.[32]

Er blijven nog enkele uitzonderingen op het rookverbod overeind. Zo blijft roken mogelijk in een privéwoning in aanwezigheid van andere personen. Daarnaast kan gerookt worden in de als private vertrekken te beschouwen ruimten van gevangenissen of gesloten instellingen (bv. in een cel). Deze uitzonderingen zijn niet onbetwist. Diverse anti-tabakslobbygroepen strijden voor een ruimere bescherming en bepleiten een versterking van de preventiemaatregelen die de overheid neemt. Vanuit verschillende hoeken worden evenwel vraagtekens geplaatst bij de wenselijkheid en effectiviteit van een uitbreiding.[33]

Zoals eerder werd aangehaald zijn zowel op internationaal als op nationaal niveau diverse initiatieven ontstaan die een controle op tabak nastreven. Zeker in de westerse landen zijn de daaruit voortvloeiende maatregelen en engagementen succesvol gebleken, zoals het totale verbod op of de sterke reductie van reclame. Om belangenvermenging te vermijden zijn sinds de jaren 1980 de meeste tabaksbedrijven in westerse landen geprivatiseerd, wat door sommige experten als een goede zaak wordt beschouwd. Als de overheid namelijk eigenaar is van tabaksbedrijven, heeft ze onrechtstreeks baat bij hoge omzetten. Echter, het staatsmonopolie van de tabaksindustrie blijft desondanks in sommige ontwikkelingslanden bestaan. Als gevolg hiervan hebben de bedrijven hun focus verschoven naar de productiecapaciteit in niet-westerse (ontwikkelings)landen zoals Argentinië, Brazilië, Turkije, Zimbabwe en Malawi (Joloha, 2008; MacKay & Eriksen, 2002; Van der Ende, 2013), waar ze een meer agressieve en meer openlijke politiek kunnen voeren op het vlak van de verschillende marketingtechnieken die ze inzetten (bv. op televisie, radio, mode, film, internet en evenementen) (MacKay & Eriksen, 2002). De reden voor deze gewijzigde focus op geografisch vlak is waarschijnlijk toe te schrijven aan het feit dat niet-westerse

---

27 KB van 15 september 1976 houdende reglement op de politie van personenvervoer per tram, pre-metro, metro, autobus en autocar, *BS* 18 september 1976.

28 Dit laatste besluit werd later opgeheven door het KB van 15 mei 1990 (tot het verbieden van het roken in bepaalde openbare plaatsen, *BS* 13 juni 1990).

29 Dit besluit werd opgeheven en vervangen bij KB van 13 december 2005 (tot het verbieden van het roken in openbare plaatsen, *BS* 22 december 2005, inwerkingtreding 1 januari 2006) dat het verbod hernam om te roken in gesloten plaatsen die voor het publiek toegankelijk waren. Het besluit liet echter ruimte voor belangrijke uitzonderingen. Daarnaast was er het KB van 19 januari 2005 betreffende de bescherming van werknemers tegen tabaksrook.

30 Wet van 22 december 2009 betreffende een algemene regeling voor rookvrije gesloten plaatsen toegankelijk voor het publiek en ter bescherming van werknemers tegen tabaksrook, *BS* 29 december 2009, inwerkingtreding 1 januari 2010.

31 De overgangsbepalingen schreven daarom voor dat een dergelijk rookverbod ten vroegste kon intreden vanaf 1 januari 2012 en uiterlijk op 1 juli 2014. Zie o.a.: www.tegenkanker.be/content/wetgeving (laatst geconsulteerd op 28 augustus 2015).

32 Grondwettelijk Hof 15 maart 2011, nr. 37/2011, www.const-court.be.

33 Bijvoorbeeld bedenkingen ingegeven door de problematiek van de individualisering van verantwoordelijkheden.

landen nog steeds gevoelig(er) zijn voor dreigementen van de tabaksindustrie. Daarbij voert de tabakslobby aan dat het land economisch afhankelijk is van tabak zodat door het aannemen van controlemaatregelen de werkloosheid en armoede zouden toenemen en dat er een grotere afhankelijkheid van buitenlandse hulp zou ontstaan (Otanez et al., 2009). Op deze manier kan de tabakslobby in heel wat niet-westerse landen de mondiale ontwikkelingen inzake tabaksontmoediging vertragen of zelfs geheel tegenhouden. De WGO en nationale groeperingen zetten zich in om bewijzen voor te leggen die dergelijke vertekende economische argumenten weerleggen en proberen zo langzaamaan een mentaliteitswijziging te realiseren, ook in niet-westerse landen.

We kunnen concluderen dat er veel veranderd is sinds de jaren 19'50, toen de sigaret alomtegenwoordig was in het straatbeeld. Het staatsmonopolie van de tabaksindustrie en de economische overwegingen hebben plaats geruimd voor een grote waakzaamheid van de overheid voor de volksgezondheid. Niet enkel op nationaal niveau werden diverse maatregelen aangenomen om tabaksgebruik te ontmoedigen, ook op internationaal niveau was dit het geval. De geschiedenis leert ons dat deze ontwikkelingen niet over één nacht ijs zijn gegaan. Eerst zijn er de studies die de gezondheidsrisico's blootleggen, vervolgens moeten deze gegevens zorgen voor een maatschappelijke bewustwording. Pas wanneer het maatschappelijk draagvlak voldoende groot is en er politieke wil is, kan regelgeving effectief zijn. Bovendien merken we dat vooral niet-westerse landen nog te vaak onder de druk moeten bezwijken van sterke en agressieve tabakslobbygroepen. Vooral (onjuiste) economische argumenten worden in het strijdperk geworpen om regelgeving inzake tabaksontmoediging tegen te houden.

C. ENKELE ASPECTEN I.V.M. DE REGULERING VAN ALCOHOL

Ook rond het regelen van de productie, het schenken en de verkoop van alcohol en voor het rijden onder invloed bestaan verschillende wetten (Decorte, 2014). De productie van alcoholhoudende dranken is gereglementeerd, vooral met het oog op kwaliteitsnormen en om economische en fiscale redenen (taksen). Op 10 december 2009 werd in het *Belgisch Staatsblad* de wetswijziging over de leeftijdsgrenzen voor het verkopen en schenken van alcohol aan jongeren gepubliceerd (zij ging in voege op 10 januari 2010). Het gaat om een wijziging van de wet van 24 januari 1977 betreffende de bescherming van de gezondheid van de gebruikers, voor het gedeelte over voedingsmiddelen en andere producten. Het is op basis van die nieuwe Belgische wet verboden om alcohol te verkopen, te schenken of aan te bieden aan -16-jarigen. Met alcohol bedoelt men alle alcoholhoudende dranken van meer dan 0,5% vol. (o.a. bier, wijn, enz.). Sterke drank (zoals bepaald in artikel 16 van de wet van 7 januari 1998 betreffende de structuur en de accijnstarieven op alcohol en alcoholhoudende dranken) mag men niet verkopen, schenken of aanbieden aan -18-jarigen. Aan eenieder die alcohol/sterke drank wenst te kopen, mag gevraagd worden zijn leeftijd te bewijzen.

De besluitwet van 14 november 1939 betreffende de beteugeling van dronkenschap maakte openbare dronkenschap strafbaar. Dezelfde wet verbiedt ook het toedienen van 'dronkenmakende' dranken aan wie kennelijk dronken is, iemand doen drinken tot hij dronken wordt, iemand opzettelijk tot dronkenschap brengen met ziekte, werkonbekwaamheid of de dood tot gevolg, en uitdagingen tot drinken voorstellen of aanvaarden.

België telt ook zeven regelgevingen, zes statutaire en één niet-statutaire, waarin reclame en marketing voor alcoholische dranken worden geregeld.[34] België heeft één federale wet die de reclame en marketing voor alcoholische dranken regelt, namelijk de consumentenwet van 1977. De regulering van reclamevoering op televisie en radio is een gemeenschapsbevoegdheid. Dat wil zeggen: de drie gemeenschappen én het Brussels hoofdstedelijk gewest hebben elk hun eigen regelgeving. Opvallend is dat de bepalingen in de verschillende regelgevingen toch zeer op elkaar gelijken. Er zijn vijf verschillende wetten of decreten die de uitzendingen op radio en televisie bepalen en die telkens een hoofdstuk over (alcohol)reclame bevatten. Zo zijn gemeenschappelijke punten in deze regelgevingen dat alcoholreclame niet gericht mag zijn op minderjarigen of zwangere vrouwen, dat er geen

[34] Voor een overzicht, zie: www.health.belgium.be/nl/gezondheid/zorg-voor-jezelf/alcohol-tabak/alcohol#Reclame_voor_alcohol.

verband mag gelegd worden tussen de consumptie van alcoholhoudende dranken en de verbetering van de gezondheidsstatus of sportprestaties en dat reclame van alcoholhoudende dranken verboden is tijdens de vertoning in een bioscoop van een film die voornamelijk gericht is op minderjarigen.

Nog een voorbeeld van regelgeving: sinds 12 mei 2005 heeft België een 'Convenant inzake Gedrag en Reclame met betrekking tot Alcoholhoudende Dranken', een co-regulering tussen de alcoholindustrie, consumentenorganisaties en de regering. Op 25 januari 2013 ondertekenden de Unie van de Belgische Brouwers, de Belgische Federatie van Wijn en Gedistilleerd, COMEOS (een federatie die de Belgische handel en diensten in achttien verschillende sectoren vertegenwoordigt), de horecafederaties, de consumentenorganisaties Onderzoeks- en Informatiecentrum voor de Verbruikersorganisaties (OIVO) en Testaankoop samen met de toenmalige minister van Volksgezondheid, Laurette Onkelinckx, een nieuw 'convenant inzake reclame voor en marketing van alcoholhoudende dranken' (Decor).

De gezondheidssector (*in casu* het Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs (VAD), Fédito Wallonne en Fédito Bruxelloise, maar ook vertegenwoordigers van de Vlaamse Jeugdraad, de zelfhulporganisaties, lokale preventiewerkers, artsen en psychiaters) pleit al een hele tijd voor een uitgebreid alcoholplan. Onderzoek toont aan dat er zeker drie maatregelen nodig zijn om van een doeltreffend plan te kunnen spreken: prijsverhoging, verbod of beperking van reclame, en beperking van het aanbod. Zowel in 2013 als in 2016 werden initiatieven genomen om maatregelen in die zin in te voeren, maar tot nog toe zwichtte de overheid telkens voor de alcoholindustrie, die zo hard en zo lang lobbyde tot alle maatregelen die het aanbod viseren (een verbod op zogenaamde *'happy hours'*, een verhoging van de minimumleeftijd, een verbod op verkoop in automaten, nachtwinkels en tankstations, enz.) afgevoerd werden en er enkel betekenisloze maatregelen overbleven (Fluit, 2016; VAD, 2016).

D. ENKELE ASPECTEN I.V.M. DE REGULERING VAN GENEESMIDDELEN

Een derde voorbeeld van regulering betreft de geneesmiddelen (al dan niet op voorschrift). Geen enkel geneesmiddel mag zonder registratie of vergunning om het in de handel brengen gecommercialiseerd worden. Deze vergunning wordt verleend of door de minister van Volksgezondheid, na advies van de Geneesmiddelencommissie binnen het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten, of door de Europese Gemeenschap, desgevallend na advies van het Comité voor Geneesmiddelen voor Menselijk Gebruik (CHMP) of het Comité voor Geneesmiddelen voor Diergeneeskundig Gebruik (CVMP) binnen het Europees Agentschap voor Geneesmiddelen (EMA). De deskundigen aangesteld binnen deze verschillende instanties evalueren de kwaliteit, de veiligheid en de doeltreffendheid van alle geneesmiddelen op basis van wetenschappelijke gegevens voorgelegd door de aanvrager. Tijdens deze evaluatie baseren ze zich op de wetenschappelijke normen die op Europees niveau van kracht zijn. De vergunning voor het in de handel brengen van een geneesmiddel wordt verleend aan geneesmiddelen waarvan de kwaliteit, de veiligheid en de doeltreffendheid duidelijk zijn aangetoond.

Argumenten in verband met de veiligheid en de doeltreffendheid van een geneesmiddel kunnen op verschillende manieren aan de bevoegde autoriteit voorgelegd worden:

- via een 'volledig dossier': bij de vergunningsaanvraag van een origineel geneesmiddel legt de aanvrager de resultaten van farmacologische, toxicologische en klinische studies voor,
- via een 'generisch dossier': als een actief bestanddeel ten minste tien jaar in één lidstaat van de Europese Unie toegelaten is en als bovendien het patent vervallen is, kan de aanvrager verwijzen naar de resultaten van de studies uitgevoerd met het origineel geneesmiddel (het referentiegeneesmiddel), op voorwaarde dat beide 'essentieel gelijkwaardig' zijn,
- via een 'bibliografisch dossier': met verwijzing naar gepubliceerde wetenschappelijke literatuur waaruit moet blijken dat het geneesmiddel aanvaard kan worden op vlak van zijn farmacologische, toxicolo-

gische en klinische aspecten. Deze mogelijkheid mag slechts toegepast worden indien het actief bestanddeel ten minste 10 jaar als geneesmiddel in de Europese Unie in de medische praktijk gebruikt wordt (*'well established use'*) en bovendien erkend is als doeltreffend en veilig.

Voor elk geneesmiddel moet de aanvrager aantonen dat de fabrikant in staat is een product van voldoende en constante kwaliteit te produceren en er moet ook gegarandeerd worden dat deze kwaliteit tot de voorgestelde vervaldatum behouden blijft. De volgende aspecten van het geneesmiddel moeten daarom in het ingediende dossier besproken worden: de farmaceutische ontwikkeling, het productieproces, de controle op en de stabiliteit van het actief bestanddeel, de controle van alle ingrediënten (incl. verpakking) én het productieproces, de controle en de stabiliteit van het geneesmiddel. Elke wijziging van deze elementen na het geneesmiddel in de handel te hebben gebracht, moet het voorwerp uitmaken van een vergunning.

De geneesmiddelenproducenten worden onderworpen aan regelmatige inspecties. Zij moeten voldoen aan de Europese eisen inzake 'goede productiepraktijken' (*Good Manufacturing Practices*, GMP) en kunnen alleen geneesmiddelen produceren als zij over een GMP-certificaat beschikken. Voldoen zij niet aan deze normen, dan wordt het GMP-certificaat ingetrokken en mag de betrokken producent geen geneesmiddelen meer produceren. De controles door het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten moeten ervoor zorgen dat iedereen over kwalitatief hoogstaande, doeltreffende en veilige geneesmiddelen kan beschikken.

Ook de apotheken (die twee soorten geneesmiddelen afleveren: geneesmiddelen die de apotheker zelf bereidt en geneesmiddelen die industrieel zijn geproduceerd) zijn aan zeer strenge regels onderworpen. Zij mogen sommige geneesmiddelen bijvoorbeeld niet zonder medisch voorschrift verstrekken. De apotheker blijft verantwoordelijk voor de kwaliteit en de conformiteit van de geneesmiddelen die hij aflevert, hetzij vrij, hetzij op medisch voorschrift. Hij moet ervoor zorgen dat de patiënt zijn behandeling correct toepast. Dat houdt onder meer in dat hij de cliënt uitlegt wanneer en hoe hij zijn geneesmiddelen dient te nemen, dat hij de cliënt voor mogelijke bijwerkingen waarschuwt, en dat hij oog heeft voor interacties van geneesmiddelen die de cliënt neemt. Apothekers controleren ook actief de kwaliteit van geneesmiddelen. Op die manier helpen ze de kwaliteit van de geneesmiddelen te verbeteren.

E. COMMERCIALISERING: EEN GOED IDEE?

Al deze regimes maken duidelijk hoe een overheid op de productie en de distributie van risicovolle producten kan toezien (Gerritsen, 2000). Anderzijds heeft de jarenlange ervaring met deze modellen ook uitgewezen dat commercialisering van roesmiddelen onbedoelde en ongewenste gevolgen kan hebben (Beauchesne, 2007; Bean, 2010). Als de overheid onvoldoende restrictief reguleert, en risicovolle producten via het mechanisme van de vrije markt (en dus volgens het principe van winstmaximalisatie) laat produceren, duiken enkele gevaren op. De tabaksindustrie heeft decennialang getracht om de gevaren voor de gezondheid en het verslavingsrisico bij nicotinegebruik te minimaliseren. Zij heeft zoveel als mogelijk gezwegen over haar onderzoek naar additieven die de absorptie van nicotine konden stimuleren. Tabaksgiganten konden overigens enorme bedragen investeren in wetenschappelijk onderzoek dat hun belangen kon dienen, en tegelijkertijd het gesponsorde onderzoek dat hen niet beviel, in de lade houden.

De alcoholindustrie investeert miljoenen in het ontwikkelen en vormgeven van nieuwe (alcohol)producten die de alcoholconsumptie moeten doen toenemen, soms bij specifieke doelgroepen (de 'breezers', de 'alcopops', enz.). Als de overheid – zoals recent nog is gebleken – maatregelen wil invoeren om het problematisch alcoholgebruik aan te pakken, dan lobbyen de Unie van de Belgische Brouwers en de Belgische Federatie van Wijn en Gedistilleerd zo hard en zo lang tot alle maatregelen die het aanbod viseren (een verbod op zogenaamde *'happy hours'*, een verhoging van de minimumleeftijd, een verbod op verkoop in automaten, nachtwinkels en tankstations, enz.), afgevoerd worden.

Bij de farmaceutische multinationals spelen dezelfde mechanismen. Onwelgevallig wetenschappelijk onderzoek wordt stilgehouden opdat medicijnen op het rek van de apotheker belanden. Onafhankelijk gefinancierde tests leiden slechts in 48% van de gevallen tot een positief resultaat; wanneer de farmabedrijven het onderzoek sponsoren, schiet dat cijfer omhoog tot 78% (Goldacre, 2013). Via denktanks, met hun steun aan patiëntenverenigingen, door het verleiden en inzetten van wetenschappers, en via de organisatie of sponsoring van conferenties, werkbezoeken en seminaries verdedigen zij hun belangen. Dat lobbywerk moet dienen om bepaalde stoornissen méér op de agenda te krijgen, de vraag naar een bepaald geneesmiddel en/of het voorschrijfgedrag van geneesheren te beïnvloeden, en uiteraard bepaalde merkgeneesmiddelen meer te verkopen (zie o.m.: Gotsche, 2013).

Met de lessen die men getrokken heeft uit het reguleren van alcohol en tabaksproducten in het achterhoofd, formuleerde een groep Amerikaanse onderzoekers (Pacula et al., 2014) in verband met cannabis aanbevelingen ter vermindering van a) de toegang, beschikbaarheid en het gebruik in het geval van jongeren; b) het besturen van een voertuig onder invloed van drugs; c) het risico op het ontwikkelen van afhankelijkheid en verslaving; d) het gebruik van cannabisproducten met ongewenste vervuilende stoffen (zoals glas of zand) of cannabisproducten met een onduidelijke krachtigheid; en e) het gecombineerd gebruik van cannabis en alcohol en dit vooral in het kader van gebruik in een publieke context. Deze doelstellingen werden vertaald in acht aanbevelingen:

1) **Houd de prijzen artificieel hoog.** Honderden studies naar alcohol- en tabaksconsumptie hebben uitgewezen dat het verhogen van de prijs niet alleen de consumptie doet dalen, maar ook een hele resem gerelateerde vormen van schade op sociaal en gezondheidsvlak kan doen verminderen. Ettelijke studies tonen aan dat een verhoging van de accijnzen in het geval van tabaksproducten één van de meest effectieve strategieën is om beginnend gebruik bij jongeren te ontraden, de overgang naar kettingroken te ontmoedigen en het aantal stoppogingen te verhogen, zelfs bij jeugdige gebruikers (zie o.a. Lillard et al., 2013; Chaloupka et al., 2012). Op een vergelijkbare manier hebben hogere alcoholprijzen en accijnzen geleid tot een daling van het beginnend gebruik en het zogenaamde *binge drinking*, alsook een vermindering van het aantal bestuurders die rijden onder invloed van alcohol en daaraan gerelateerde verkeersongevallen. Ook hier stelt men vast dat deze positieve effecten zich kunnen voordoen bij de verschillende leeftijdsgroepen, dus ook bij jongeren. Hogere alcoholprijzen worden ook in verband gebracht met een daling inzake geweldscriminaliteit en sterfte ten gevolge van chronische ziekten zoals levercirrose en bepaalde kankertypes (zie o.a. Grossmann et al., 1994; Xu & Chaloupka, 2011).

2) **Voer een overheidsmonopolie in.** Een mogelijke manier om de prijzen artificieel hoog te houden en concurrentie vanuit de illegale markt tot een minimum te beperken, bestaat erin de productie, distributie en verkoop onder overheidstoezicht te plaatsen. Zelfs een variant op dit model zou een geprivatiseerd productieproces nog steeds kunnen toelaten, met inbegrip van de teelt en het verwerken in het geval van cannabis. Echter, dit lijkt enkel tot de mogelijkheden te behoren voor zover het overheidsmonopolie enkel gericht is op de distributie en kleinhandel. Onderzoek naar overheidsmonopolies inzake alcohol, en naar monopolies in het algemeen, heeft aangetoond dat het invoeren van een monopolie helpt om de prijs van een goed hoog te houden door marktconcurrentie te elimineren. Het zou daarenboven ook mogelijkheden bieden om jongeren de toegang tot alcohol te ontzeggen en de consumptie in het algemeen in te dammen (zie o.a. Cook, 2007; Her et al., 1999; Babor et al., 2003).

3) **Beperk het aantal vergunningen en vergunninghouders en voorzie in nauwgezet toezicht.** In die gevallen waarin een overheidsmonopolie niet mogelijk of wenselijk is, lijkt de meest aangewezen optie te bestaan in een streng vergunningenbeleid waarbij vergunningen vereist zijn in elke fase van de toeleveringsketen (teelt of verwerking, groothandel of distributie en kleinhandel). Het invoeren van een vergunningensysteem lijkt in hoofdzaak gerechtvaardigd omwille van de mogelijkheden die het de overheid biedt om de producten nauwgezet te volgen en de nodige wettelijke waarborgen in te bouwen op het

vlak van minimale kwaliteitsstandaarden. Ook kan via deze weg worden ingegrepen indien uit de monitoring blijkt dat er sprake is van buitensporige (of omgekeerd, onvoldoende) aanvoer. Het invoeren van een dergelijke vergunningsverplichting zorgt er bovendien voor dat marktconcurrentie tot een minimum beperkt blijft (waardoor de prijzen met andere woorden hoog blijven), dat de verkooppunten niet als paddenstoelen uit de grond schieten en dat de mogelijkheden op het vlak van diversie ingeperkt kunnen worden (zeker indien er slechts een beperkt aantal vergunningen wordt uitgereikt). Uit de wetenschappelijke literatuur omtrent tabak blijkt bovendien dat strenge licentievoorwaarden gekoppeld aan een sterke handhaving (via willekeurige nalevingscontrole op geregelde tijdstippen en het opleggen van sancties in het geval van niet-naleving), het vermogen in zich dragen om op effectieve wijze de verkoop aan minderjarigen aan banden te leggen. In geval van niet-naleving is het namelijk perfect mogelijk de vergunning tijdelijk op te schorten of definitief in te trekken (zie o.a. American Lung Association, 2012; DiFranza, 2012). De wetenschappelijke literatuur omtrent alcohol legt de voordelen van een vergunningenbeleid voor distributiepunten op een zo mogelijk nog meer overtuigende wijze bloot. Studies uit diverse wetenschapsdisciplines hebben namelijk aangetoond dat er een sterk verband bestaat tussen een hoge concentratie van distributiepunten en alcoholmisbruik, alsook een verband met onbedoelde letsels en criminaliteit (zie o.a. Popova et al., 2009). Het bewijsmateriaal is zelfs dermate sterk dat verschillende nationale en regionale organisaties, waaronder de Europese Commissie en de Wereldgezondheidsorganisatie, aanbevelingen hebben uitgevaardigd omtrent een restrictief vergunningenbeleid en dit met het oog op preventie (WHO, 2000; WHO, 2010).

4) **Beperk de diversiteit van het aanbod.** Zowel de alcohol- als de tabaksindustrie hebben in het verleden producten op de markt gebracht die een bijzondere aantrekkingskracht uitoefenen op jongeren. Men kan hierbij denken aan menthol- en snoepsigaretten of aan alcoholpops. Het lijkt daarom ook raadzaam om beperkingen op te leggen wat betreft het aanbod aan cannabisproducten specifiek gericht op jongeren, zoals de zogenaamde cannacakes of hasjbrownies. Men kan zelfs overwegen de beperkingen strenger te formuleren dan die nu reeds in dit kader worden opgelegd aan de alcohol- en tabaksindustrie.

5) **Begrens of verbied reclame.** De wetenschappelijke literatuur omtrent alcohol en tabak heeft aangetoond dat er sterke verbanden bestaan tussen enerzijds alcohol- en tabaksgerelateerde advertenties, sponsoractiviteiten, promotiecampagnes en productplaatsing in films, tv-series en radioprogramma's en anderzijds de prevalentie van alcohol- en tabaksgebruik onder jongeren (zie o.a. Babor et al., 2003). Onderzoek heeft bovendien ook aangetoond dat gedeeltelijke beperkingen op het vlak van marketing grotendeels inefficiënt zijn gebleken als het aankomt op het terugdringen van het tabaksgebruik. De oorzaak hiervoor zou gelegen zijn in het feit dat producenten in het geval van gedeeltelijke beperkingen hun uitgaven verplaatsen naar de niet-verboden marketingstrategieën (Saffer & Chaloupka, 2001). Pacula et al. (2014: 1024) besluiten daarom dan ook dat "een totaalverbod op alle vormen van marketing van cannabis het ideaal zou vormen", waarbij ze verwijzen naar de 'Guidelines for implementation of Article 13 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control' om inspiratie op te doen omtrent de concrete wijze van implementatie (WHO, z.d.). Deze auteurs verdedigen bijvoorbeeld ook de bijkomende restricties die recentelijk op dit vlak werden uitgevaardigd, zoals een totaalverbod op het zichtbaar uitstallen van tabaksproducten in verkooppunten. Een dergelijk verbod is momenteel reeds van kracht in Canada, Australië, Noorwegen, het Verenigd Koninkrijk en IJsland. In verschillende andere landen, waaronder Nederland, wordt momenteel naarstig gewerkt aan een dergelijk verbod, vermits het zichtbaar uitstallen van tabakswaren momenteel nog een van de meest geliefkoosde marketingstrategieën van de tabaksindustrie is.

6) **Beperk het gebruik in de openbare ruimte.** Een beperking van het gebruik in het openbaar dient twee doelen: het vermindert niet alleen de schadelijke effecten ten gevolge van het passief meeroken van tabak en cannabis, maar het verlaagt ook de kans dat jongeren cannabisgebruik gaan zien als een sociaal

aanvaarde bezigheid. De meerwaarde van het zoveel mogelijk vermijden van blootstelling aan omgevingstabaksrook is reeds meermaals duidelijk aangetoond door de wetenschap (US Department of Health and Human Services, 2006). De wetenschappelijke literatuur inzake tabak toont daarenboven ook aan dat het uitvaardigen van wetgeving die schone binnenlucht tracht te garanderen in publieke ruimtes waar jongeren regelmatig samenkomen (zoals concertzalen, sportstadions, winkelcentra en het openbaar vervoer), positieve effecten teweegbrengt op het vlak van beginnend en zelfgerapporteerd tabaksgebruik bij kinderen en jongvolwassenen (zie o.a. Levy & Friend, 2003). Zelfs het uitvaardigen van wetgeving om schone binnenlucht te waarborgen op de werkvloer (waaronder ook bijvoorbeeld restaurants vallen), bleek het rookgedrag van jongeren gunstig te beïnvloeden. Dit zou te verklaren zijn door het feit dat dergelijke initiatieven ook in staat blijken om een negatieve attitude ten aanzien van roken te ontwikkelen of te versterken, zelfs indien de jongeren niet het primaire doelpubliek van dergelijke wetgeving uitmaken (IARC, 2009). Beperkingen inzake de locaties waar cannabis gebruikt kan worden, kunnen ook de waarschijnlijkheid verlagen dat cannabis en alcohol samen worden geconsumeerd.

7) **Breng het probleem omtrent rijden onder invloed van cannabis in kaart en voorzie in afdoende preventiecampagnes.** Het lijdt geen twijfel dat zelfs onder voorstanders van een legalisering van cannabis de overtuiging leeft dat deelname aan het verkeer onder invloed van cannabis gevaarlijk is en verboden zou moeten worden. Uit verschillende wetenschappelijke literatuurstudies omtrent alcohol blijkt dat er verschillende efficiënte en effectieve opties voorhanden zijn om het rijden onder invloed van alcohol te ontraden. Zo kan men bijvoorbeeld denken aan het verhogen van de prijs van alcoholhoudende dranken, maar ook aan het aanpassen van de verkeerswetgeving of het gericht en frequent organiseren van alcoholcontroles (zie o.a. Wagenaar et al., 2007). Literatuurstudies zijn er daarnaast ook in geslaagd om enkele minimumvereisten of sleutelelementen bloot te leggen waaraan specifieke acties gericht op het ontraden van rijden onder invloed moeten voldoen. Zo wees bijvoorbeeld de meta-analyse van Elder et al. (2004) uit dat een zorgvuldige planning en solide tenuitvoerbrenging van de acties, gekoppeld aan het geven van voldoende publieke ruchtbaarheid hierover, het gelijktijdig voeren van preventiecampagnes en een actieve en zichtbare handhaving van de verkeerswetgeving ter zake cruciaal zijn.

F. BESLUIT

De wereldwijde ervaringen met het reguleren van tabak, alcohol en geneesmiddelen (al dan niet op voorschrift) kunnen een zeer belangrijke leerschool zijn omtrent wat werkt en wat niet (Nicholson, 1992; Levine & Reinarman, 2004; Ritter & Cameron, 2006; Pacula et al., 2014). Er is internationale wetenschappelijke kennis beschikbaar omtrent de wettelijke regulering van productietechnieken, controle op producenten, prijsvorming en taxatiebeleid, ontradende boodschappen en schadebeperkende strategieën .

Met een systeem van vergunningen en inspectie op de productie kan men allerlei aspecten onder controle houden (Lap, 1993): de achtergrond en expertise van de producent, de kweektechnieken en -omstandigheden, de toegestane verwerkings- of bewerkingsprocedures, de maximale productiecapaciteit van producenten, de locatie van productiefaciliteiten, enz. Daarnaast kan ook de manier waarop producten beschikbaar zijn worden gereguleerd (Pudney, 2010): de standaarddosis, de toegelaten plantvariëteiten, de maximale sterkte, kwaliteitsnormen, en verplichtingen inzake verpakkingen en minimale informatie (de bijsluiter) over de (mogelijke) effecten, risico's en aanbevelingen in geval van problemen (zie bv. Hazekamp, 2006). In een gereguleerde markt kan de overheid tevens een bewuste politiek voeren om de prijzen van de producten te beïnvloeden, via het opleggen van taksen, of via meer rechtstreekse prijsbepalingen (Caputo & Ostrom, 1994; Beauchesne, 2007). De bijzonder ruime ervaringen met het alcohol- en tabaksbeleid vormen een nuttig uitgangspunt om een prijsbeleid inzake cannabis te sturen.

De wijze waarop het product verpakt wordt, kan in belangrijke mate worden geregeld (Lap, 1993). Tegelijkertijd kan een verbod worden ingesteld op elke vorm van 'branding' en reclame op de verpakking. Met betrekking tot de regulering van de verkooppunten zijn er eveneens tal van opties (Lap, 1993; Pudney, 2010). Uit de wetenschappelijke literatuur is overduidelijk gebleken dat er een rechtstreeks verband bestaat tussen reclame voor en promotie van alcohol- en tabaksproducten en een toename van het gebruik van deze producten (Hastings et al., 2005; Scott et al., 2017). Elk model van regulering dient dus uit te gaan van een verbod op elke vorm van reclame en promotie (wat dan ook zou moeten gelden voor alcohol en tabak). Om een overaanbod te voorkomen, kan men de inplanting en dichtheid van verkooppunten controleren. Men kan de verkopers tot op zekere hoogte mee verantwoordelijk maken voor het gedrag van de klanten, zodat zij overlast in de omgeving van het verkooppunt helpen beperken, en geen producten verkopen aan minderjarigen of mensen die klaarblijkelijk geïntoxiceerd zijn. Het is ook denkbaar dat aan verkopers speciale eisen worden gesteld, bijvoorbeeld inzake hun kennis van drugs en de daarmee gepaard gaande risico's.

Ten slotte kunnen ook aan de gebruikers heel wat regels worden opgelegd (Haden, 2004). Een minimumleeftijd (bijvoorbeeld 16, 18 of 21 jaar?) is de meest voor de hand liggende norm. Wetgeving kan het verkopen van cannabis aan een individu dat klaarblijkelijk al geïntoxiceerd is, verbieden (zo'n wet bestaat in België al voor alcohol).

Kortom, de regulering inzake tabak (nicotine), alcohol en geneesmiddelen kan heel wat inspiratie bieden voor een debat over regulering van cannabis (Levine & Reinarman, 2004; Pacula et al., 2014). Tegelijkertijd leren die modellen ons bijzonder veel over de nefaste gevolgen van een 'commercialisering' (een model waarbij winstmaximalisatie voor producenten het belangrijkste motief is).

8. OPTIES INZAKE REGULERING VAN CANNABIS: PROHIBITIE, COMMERCIALISERING EN DE TUSSENLIGGENDE OPTIES

Dit hoofdstuk vangen we aan met een bespreking van de barrières die tot op heden een maatschappelijk debat over de regulering in de weg hebben gestaan, om vervolgens in te zoomen op de mogelijke reguleringsopties inzake cannabis.

A. BARRIÈRES VOOR EEN MAATSCHAPPELIJK DEBAT OVER REGULERING

Het debat over alternatieve reguleringsmodellen voor cannabis wordt vaak gedomineerd door polariserende en valse dichotomieën: streng versus laks of zij 'die de strijd hebben opgegeven' versus 'zij die er iets aan willen doen'. Het idee van regulering roept vaak irrationele angsten op ('er zal gratis cannabis voor iedereen zijn', 'iedereen zal aan de cannabis hangen'), terwijl zulke modellen net meer middelen vrijmaken én tools aanbieden om preventief en curatief op te treden.

Een pleidooi voor een debat over de regulering van cannabis is niet geïnspireerd door een *laissez-faire* attitude. Het gaat over het anders reguleren van het fenomeen, en dus: de strijd tegen cannabis met betere wapens voeren. 'Reguleren' betekent niet noodzakelijk 'commercialiseren'. Reguleren staat ook niet gelijk aan het goedkeuren of aanmoedigen van roesmiddelengebruik, of het minimaliseren van de gevaren van cannabis. Bovendien worden bij regulering ook grenzen gesteld: er worden bijvoorbeeld strafrechtelijke sancties voorzien ten aanzien van a) de producenten, distributeurs of gebruikers die zich niet aan de regels houden, en b) de niet-vergunde producenten en distributeurs.

Bovendien zijn de belangrijkste argumenten tégen een debat over alternatieven voor criminalisering gebaseerd op foutieve veronderstellingen. Sommigen veronderstellen dat de prijzen voor cannabis bij regulering logischerwijs aanzienlijk zullen dalen (en dat het product bijgevolg toegankelijker wordt), terwijl het verleden heeft uitgewezen dat dergelijke (sterke) prijsdalingen geen noodzakelijk gevolg hoeven te zijn van een reguleringsbeleid (zie alcohol en tabak; Levine & Reinarman, 2004; Ritter & Cameron, 2006; Pacula et al., 2014). Het is mogelijk om een gereguleerde cannabismarkt toe te laten en tegelijkertijd de verkoopprijzen via de heffing van accijnzen op eenzelfde (of op een iets lager) niveau te houden. Via vergunningen en inspecties kan men alle aspecten van de productie onder controle krijgen (achtergrond en expertise van de producent, kweektechnieken en -omstandigheden, toegestane verwerkingsprocedures, maximale productiecapaciteit van producenten, kwaliteitscontrole van het eindproduct, enz.). Daarnaast kan ook de wijze waarop producten beschikbaar zijn, worden gereguleerd (de standaarddosis, toegelaten plantvariëteiten, maximale THC-percentages en verplichtingen inzake informatie op verpakkingen en in bijsluiters). Men kan elke vorm van reclame of 'branding' verbieden. De overheid kan een bewuste prijzenpolitiek voeren, via het opleggen van taksen en rechtstreekse prijsbepalingen. Ook aan de verkooppunten én de gebruikers kunnen heel wat regels worden opgelegd (zoals een minimumleeftijd, een ingezetenencriterium, een verplicht lidmaatschap bij een club, en/of een persoonlijk vergunningensysteem).

Anderen argumenteren dat de drugshandelaren zich niet zo maar uit de markt zullen laten concurreren. Echter, politie en justitie zouden – omdat ze zich niet langer op alle gevallen van drugbezit moet concentreren en zich enkel nog moeten richten op professionele criminelen die buiten de wet om opereren – waarschijnlijk meer middelen en mensen ter beschikking hebben om die op te sporen en te berechten, alhoewel deze besparingen zouden afhangen van het door buurlanden gevoerde beleid. Bovendien, na de opheffing van het alcoholverbod in de VS ging naar schatting een derde van de '*bootleggers*' door in andere vormen van criminaliteit (onder meer in de opkomende drugshandel!), een derde werd gerespecteerd drankhandelaar, en een derde verdween uit de criminaliteit en de drankhandel (Bovenkerk, 1994; Cussen & Block, 2000).

Sommigen voeren aan dat men de zwakste en kwetsbaarste mensen in de maatschappij alleen op afdoende wijze kan beschermen via het strafrecht. Echter, preventiewerkers en hulpverleners zouden binnen een reguleringsmodel hun rol nog beter kunnen uitoefenen: het zou gemakkelijker voor hen worden om de meest kwetsbaren (jongeren, psychiatrische patiënten en sociaal zwakkeren) sneller en beter te bereiken en te helpen, onder voorwaarde dat legalisering gepaard gaat met een forse investering in slimme preventieprogramma's. Deze kwetsbare groepen zijn momenteel de grootste slachtoffers van de alomtegenwoordige zwarte markt. Ook inzake legale roesmiddelen blijft het overmatig of problematisch gebruik van middelen een gevoelig thema dat niet zo gemakkelijk bespreekbaar wordt in een familiale, opvoedkundige of professionele setting, maar wanneer het loutere gebruik van roesmiddelen strafbaar is gesteld, creëert dit extra barrières en drempels om aan middelengebruik gerelateerde problemen bespreekbaar te maken. Criminalisering ondergraaft vaak de inspanningen van hulpverleners.

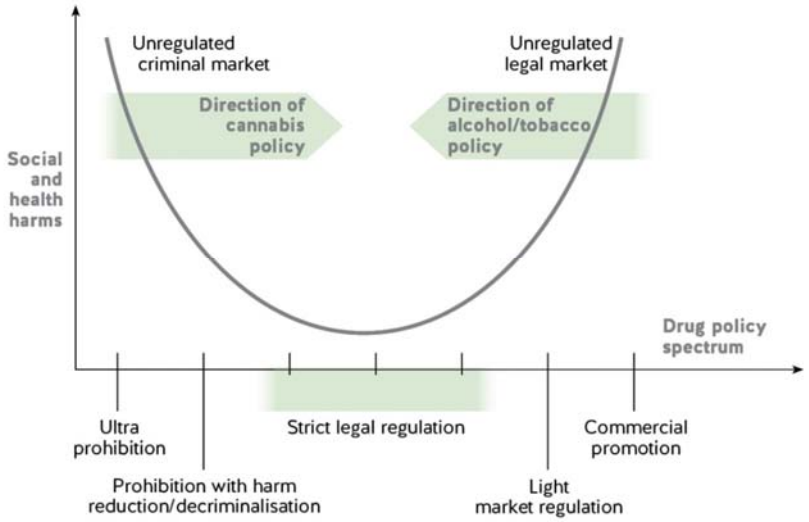
Internationale instanties (zoals de *International Narcotics Control Board*) en Europese actieplannen sturen aan op een uniforme en stringente benadering van het drugsfenomeen. Maar zoals reeds vermeld in hoofdstuk 5, kunnen de verplichtingen van de VN- en EU-verdragen opgeheven worden vanuit het perspectief van de mensenrechtenverdragen, op voorwaarde dat het beleid van andere landen niet in de wielen wordt gereden. Een fundamentele herziening van de internationale verdragen zit er om allerlei redenen op korte termijn niet in, maar het is via lokale en nationale koersveranderingen dat de uitgangspunten van de *war on drugs* ontkracht zullen worden, en dat hebben veel landen ondertussen goed begrepen. In Europa hebben verschillende landen reeds belangrijke hervormingen inzake decriminalisering doorgevoerd. Het internationale politieke tij oogt dus zeldzaam gunstig, en met enig bekwaam diplomatiek handwerk kan interesse gewekt worden.

B. HET SPECTRUM VAN BELEIDSOPTIES INZAKE CANNABIS

Er is een ruim scala aan wettelijke of politieke modellen voorhanden om de productie, de bevoorrading en het gebruik van cannabis (of andere roesmiddelen) te reguleren (zie figuur 2). Aan het ene uiteinde van dit spectrum bevindt zich de criminele markt die door een absoluut verbod wordt gecreëerd. Vervolgens zijn er minder punitieve verbodssystemen: modellen met een gedeeltelijk/*de facto*/quasi-legaal aanbod, wettelijk gereguleerde marktmodellen met verschillende restrictiegraden. Aan het andere uiteinde van het spectrum situeren zich dan ten slotte de legale, commerciële vrije markten.

De beide extremen van het spectrum zijn volledig ongereguleerde markten. Aangenomen wordt dat de twee extreme opties samenhangen met onaanvaardbaar hoge sociale en gezondheidskosten, omdat degenen die de (hetzij legale, hetzij illegale) markt beheersen bijna uitsluitend door winstbejag gedreven worden. De tussenliggende opties bieden de mogelijkheid om allerlei aspecten van de markt strikt te reguleren, zodat de potentiële nadelige gevolgen van cannabisgebruik en van de cannabismarkt kunnen worden geminimaliseerd en de potentiële voordelen gemaximaliseerd.

Figuur 2 Een spectrum van mogelijke beleidsopties.



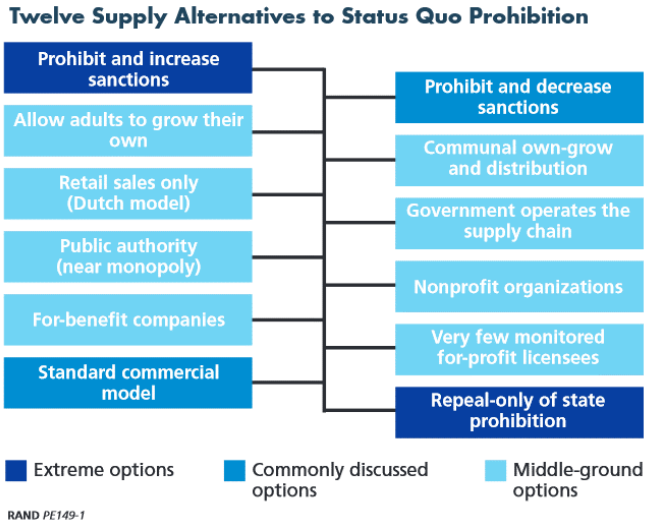
Bron: Transform (2007). *After the war on drugs. Tools for the debate*, p. 19. Transform Drug Policy Foundation, Bristol.

Vermits het debat omtrent het cannabisbeleid vaak gepolariseerd raakt tussen voorstanders van een volledige prohibitie en voorstanders van een commercialisering, wordt de inhoud van het begrip 'legalisering' of 'verbod' vaak op een simplistische wijze voorgesteld. Hierdoor ziet men vaak niet het volledige assortiment aan beleidsopties op dit terrein (Caulkins et al., 2015a; Caulkins et al., 2015b; MacCoun, Reuter & Schelling, 1996; MacCoun & Reuter, 2011; Transform, 2013). In werkelijkheid kan de introductie van een wettelijk regime verschillende vormen aannemen (en verschillende resultaten hebben), afhankelijk van de keuzes die aan een welbepaald wetsontwerp ten grondslag liggen. De mogelijke (legale) modellen voor de bevoorrading van cannabis krijgen bijgevolg vorm op basis van verschillende beslissingen over het al dan niet verbieden of toelaten van bepaalde activiteiten, de personen waarop het regime van toepassing is (bijvoorbeeld volwassenen, licentiehouders, patiënten, enzovoort), en op basis van de vorm, de prijs, de hoeveelheden en de sterkte van de substantie die geproduceerd en/of verdeeld wordt, en nog veel andere factoren (Caulkins et al., 2015a; Caulkins et al., 2012; Kilmer, 2014; Kilmer et al., 2013; MacCoun and Reuter, 2001; MacCoun et al., 1996).

Er bestaat bijgevolg een erg breed spectrum van potentiële modellen, strekkende van bijvoorbeeld een model waarbij enkel wordt toegestaan dat volwassenen hun eigen cannabis telen in huishoudelijke sfeer, over een model waarbij de overheid een aantal profit of non-profit licenties verleent aan organisaties die cannabis bevoorraden, tot het vaak besproken klassieke commerciële model (zoals bijvoorbeeld is ontstaan in Colorado of Washington). Het opstellen van dergelijke regelgevende modellen is een complexe taak, aangezien het ontwerp samen met de technische aspecten van het model een belangrijke impact zullen hebben op de effecten van de implementatie (Caulkins et al., 2012; Kilmer, 2014). Het is dus belangrijk om een zekere mate van flexibiliteit toe te staan. Op deze manier kunnen aanpassingen doorgevoerd worden wanneer de kennis inzake de voordelen en risico's van een zeker model toeneemt (Caulkins et al., 2015b; Kilmer, 2014). Elk wettelijk regime is namelijk aanpasbaar: wanneer grondige en voorzichtige evaluaties positief zijn, kan het in een latere fase desgewenst aangepast worden naar een minder restrictief en interventionistisch model. Trouwens, het aanpasbare karakter van het model geldt ook in omgekeerde richting. Als onafhankelijke en wetenschappelijke evaluaties uitwijzen

dat bepaalde voorschriften en bepalingen nog strenger moeten worden geformuleerd, kan een model ook in die zin worden bijgestuurd.

Figuur 3 Twaalf modellen als alternatief voor een status quo (van prohibitie).



Bron: Caulkins et al. (2015). *Options and issues regarding marijuana legalization.* Santa Monica: RAND Corporation.

Caulkins et al. (2015a) identificeerden en vergeleken twaalf brede bevoorradingsmodellen,[35] als mogelijk alternatief voor het huidige prohibitionistisch model (zie figuur 3). In dat onderzoek worden twee beleidsopties voorgesteld als de vaak bediscussieerde modellen: enerzijds een vorm van verbod met een afname van sancties (dit kan bijvoorbeeld decriminalisering van cannabisbezit of verlaagde boetes inhouden) en anderzijds een standaard commercieel model. Dit laatste model wordt hoofdzakelijk gekenmerkt door het feit dat de productie en verdeling van cannabis overgelaten worden aan de competitieve vrije markt – zij het onderworpen aan specifieke regels. Dit is sinds 2014 het geval in Colorado en Washington (Kilmer, 2014; Pardo, 2014). Als alternatief worden twee andere 'extreme opties' besproken, hoewel deze minder waarschijnlijk lijken: enerzijds het behoud van het verbodsregime in combinatie met het verhogen van de daarmee gepaard gaande sancties en anderzijds het afstappen van het verbod en de cannabismarkt voortaan volledig benaderen zoals elke andere markt (zonder bijvoorbeeld een bijzonder regelgevend kader voor deze markt te creëren). Daarnaast is er een verscheidenheid aan tussenliggende opties. Dit scala bevat de 'gecontroleerde lokale verkoop' in lijn met het Nederlandse coffeeshopmodel, wat inhoudt dat de detailverkoop en het bezit van cannabis onder bepaalde omstandigheden niet worden vervolgd (op basis van het opportuniteitsprincipe) (Korf, 2011; MacCoun, 2013; MacCoun & Reuter, 2001; Room et al., 2010). De thuisteelt of het *grow-your-own*-model dat gebruikers toelaat om hun eigen cannabis te telen, werd formeel geïntroduceerd en getolereerd in verschillende jurisdicties, waaronder Zuid- en West-Australië (Australië) en Alaska (VS) (MacCoun, 2013; MacCoun & Reuter, 2011). De introductie van een overheidsmonopolie met rechtstreekse controle over de cannabisbevoorrading of het toewijzen van die rol aan een publieke autoriteit zijn andere mogelijkheden met het oog op de reductie van de betrokkenheid van bedrijven met winstoogmerk op de markt. Andere tussenliggende opties kunnen zich richten op een systeem van licenties, die enkel aan non-profit organisaties of aan een beperkt aantal bedrijven met winstoogmerk worden verleend.

[35] Deze modellen zouden mogelijk op zo'n manier gevormd kunnen worden dat ze ook medische programma's inhouden. Daarnaast zou men ook een regime op basis van voorschriften voor therapeutische doeleinden kunnen overwegen.

In de volgende paragrafen overlopen we nog eens kort de verschillende opties. De lezer zal enige gelijkenis ontwaren met de regimes die we hebben beschreven in hoofdstuk 6, waarin een beschrijving werd geboden van een aantal regimes zoals die vooral in het buitenland zijn tot stand gekomen.

I. HET ALASKA-MODEL: THUISTEELT VOOR PERSOONLIJK GEBRUIK

Een mogelijkheid die kan worden overwogen, is het model van zelfbevoorrading of *self-supply*, dat de productie van cannabis thuis voor eigen consumptie onder bepaalde voorwaarden zou toelaten. Het zou in dat geval kunnen gaan over een formele legalisering of een *de iure* of *de facto* decriminalisering. In de Engelstalige literatuur worden dergelijke modellen beschreven onder termen als *home growing*, *grow-your-own* of het Alaska-model, omdat productie van cannabis thuis voor eigen consumptie in Alaska toegelaten is (Caulkins et al., 2015a; MacCoun, 2013; Room et al., 2010). De wetgever kan dan beperkingen opleggen betreffende het aantal planten dat mag worden geteeld, de maximaal toegelaten hoeveelheid cannabis in huis, de plaats waar mag worden gekweekt, of zelfs het maximaal toegestane wattage van de lampen die gedurende het productieproces worden gebruikt (Caulkins, Cohen & Zamarra, 2013; Hough et al., 2003). Ondanks het feit dat dit model niet meteen zou leiden tot een significante verhoging van het gebruik, zou het wellicht ook geen significant effect hebben op de schaalverkleining van de zwarte markt (Caulkins et al., 2012; MacCoun, 2013). Het merendeel van de (vooral occasionele of onregelmatige) gebruikers verkiest immers de gemakkelijke en minder tijdsintensieve weg van de rechtstreekse bevoorrading in plaats van de tijdsintensieve teelt voor eigen gebruik. Echte cannabis-aficionado's en regelmatige cannabisgebruikers houden zich misschien graag bezig met de thuisteelt, maar het aandeel gebruikers dat zich liever via andere (snelle, gemakkelijke) kanalen bevoorraadt, is vermoedelijk groter. Daarnaast blijft het moeilijk om in dit model kwaliteitscontroles in te voeren. Jonathan Caulkins en zijn collega's (2012, p. 869) wezen hierbij op de mogelijke moeilijkheden bij de introductie van het model van thuisteelt wanneer tegelijkertijd andere, commerciële opties worden toegelaten: "Het zou moeilijker worden om commerciële productie te reguleren en afwijkingen te voorkomen, wanneer het telen door gebruikers toegestaan wordt [..] omdat iemand die opgepakt wordt voor het bezit van de smokkelwaar, kan beweren dat het thuis op een legale manier werd gekweekt".

Ondanks deze nadelen heeft dit model ook enkele belangrijke voordelen, die wel aantrekkelijk kunnen zijn voor de Belgische beleidsmakers. Ten eerste is dit model eigenlijk niet meer dan een uitbreiding van het huidige Belgische cannabisbeleid. Dit beleid laat het kweken van één cannabisplant voor persoonlijk gebruik namelijk al *de facto* toe. Ten tweede, ook als de huisteelt van cannabis formeel gelegaliseerd zou worden, zou dit nog geen legalisering van de handel in cannabis betekenen. Als gevolg hiervan zou dit model ook geen negatieve gevolgen opleveren voor de buurlanden – en dus waarschijnlijk geen (grote) weerstand bij hun regeringen opwekken – wat meteen als derde voordeel kan worden beschouwd. Ten vierde kan dit model als compatibel met de VN-verdragen en de gerelateerde EU-wetgeving worden beschouwd, voor zover men deze niet letterlijk, maar teleologisch interpreteert. Daarnaast zal dit waarschijnlijk niet leiden tot negatieve reacties van de Europese Raad en het INCB (de VN-dienst die de implementatie van de drie VN-verdragen controleert). Daarom wordt dit model ook aanbevolen in het laatste boek van Fijnaut en De Ruyver (2014: 2632-263; maar niet in hun eerder onderzoek).

II. CANNABIS SOCIAL CLUBS: HET COÖPERATIEVE MODEL

Een alternatief model is dat van de zogenaamde 'cannabis social clubs'. In dit model kunnen cannabisgebruikers zich aansluiten bij een vereniging, waarin op collectieve wijze de cannabisteelt (zelf) wordt georganiseerd om de cannabis vervolgens exclusief te verdelen onder de leden van de club. Het achterliggende uitgangspunt van zowel het hoger beschreven model van thuisteelt voor persoonlijk gebruik als het model van de cannabisclubs is dat de productie en distributie van cannabis plaatsvinden in een enigszins huiselijke en gesloten sfeer. In het geval van *self-supply* gebeurt dit echter op een individueel niveau (een volwassene teelt voor zichzelf). In de context van

cannabis social clubs (CSCs) wordt de teelt op een collectieve of gedeelde manier georganiseerd (verschillende volwassenen, leden van de CSC, telen voor henzelf). In principe zijn beide modellen voorbeelden van een (relatief) gesloten bevoorrading van cannabis. Meer nog, er is geconstateerd dat het CSC-model "de mogelijkheid blijkt te hebben om een belangrijk deel van de zwarte markt onderuit te halen terwijl het toch de industrie van traditionele, ambachtelijke productiemethoden beperkt en eveneens een daling van de cannabisprijzen voorkomt, die met de legalisering van een commerciële productie op grote schaal zou plaatsvinden" (Caulkins et al., 2015a, p. 59; Pardo, 2014). Het model van cannabis social clubs laat overigens ook de introductie van kwaliteitscontroles en een systeem van etikettering toe. Net zoals dit ook het geval was bij de thuisteelt, staat ook dit model niet ver van de huidige Belgische praxis af, ondanks het opmerkelijk inconsistente beleid dat de Belgische strafvervolgingdiensten tot op heden hebben gehanteerd ten aanzien van de bestaande cannabis social clubs (zie eerder). Net zoals het model van de thuisteelt impliceert ook dit model geen legalisering van de cannabishandel en zou het dus ook geen schadelijke gevolgen voor de buurlanden met zich meebrengen. Meer nog dan bij het model van de thuisteelt het geval is, leven de cannabis social clubs "op gespannen voet" (Fijnaut & De Ruyver, 2014, p. 264) met de VN-drugsverdragen en de relevante EU-wetgeving. Echter, in zoverre België ingezetenen van andere landen de toegang tot de clubs zou verbieden, zou dit model in de huidige internationale context waarschijnlijk geen aanzienlijke weerstand meer opwekken bij de buurlanden, het INCB en de EU-instellingen. Daarom wordt dit model ook door Fijnaut en De Ruyver (2014, pp. 264-265) beschouwd als een mogelijke optie voor een nieuw cannabisbeleid.

III. LICENTIESYSTEEM VOOR NON-PROFIT ORGANISATIES

Naast deze doe-het-zelfmodellen (*self-supply* en CSC) kan ook een systeem van vergunningen voor non-profit organisaties worden overwogen (Caulkins et al., 2015a). Binnen dit model kent de overheid enkel vergunningen toe aan organisaties die niet gedreven worden door winstmaximalisatie. De vergunningen zouden toelaten om zowel de productie als de distributie van cannabis, of een systeem met gescheiden vergunningen voor elk van deze fasen, te introduceren. Bijkomende voorwaarden zijn wel noodzakelijk, bijvoorbeeld om erover te waken dat alle inkomsten geïnvesteerd worden in drughulpverlening of drugpreventieprogramma's (Caulkins et al., 2015a). Een gemeenschappelijk kenmerk van dit model en de hoger beschreven modellen van thuisteelt voor persoonlijk gebruik en cannabis social clubs, is het non-profit karakter. Dit model lijkt dus geschikt om reclame te weren en het problematisch gebruik niet verder te doen toenemen (Caulkins et al., 2015a).

Dit model zou – in sterkere mate dan de twee voorgaande – toelaten om meer controle uit te oefenen op de kwaliteit van de cannabis en de gebruikspatronen van de consumenten. Ook het organiseren van preventiecampagnes gericht op consumenten lijkt bij dit model gemakkelijker realiseerbaar, aangezien deze hoogstwaarschijnlijk bij de geselecteerde non-profit organisaties geregistreerd zullen staan. Bovendien is het met dit model ook mogelijk om de verkoop van cannabis te beperken tot de eigen ingezetenen, om op die manier de negatieve gevolgen voor de buurlanden te beperken. Het grootste nadeel van dit systeem is dat het niet in overeenstemming is met de VN-drugsverdragen en de relevante EU-wetgeving. Desondanks is het niet ondenkbaar dat de EU-partners, met uitzondering van het INCB, een restrictieve versie van dit model zouden kunnen accepteren, voor zover men dit kadert als zijnde een strikt afgebakend en wetenschappelijk onderbouwd experiment.

IV. OVERHEIDSMONOPOLIE

Het invoeren van een overheidsmonopolie voor de bevoorrading van cannabis is een andere optie die in de wetenschappelijke literatuur wordt gewikt en gewogen. De overheid kan optreden als de 'enige verdeler' (Duke & Gross, 1998), die zélf alle taken inzake de productie en de distributie op zich neemt. Dit systeem gaat dus verder dan het reguleren en verlenen van vergunningen aan non-profit of commerciële organisaties (Caulkins et al., 2015a). Dit model zou wellicht de handhaving vergemakkelijken, want "als alleen de overheid marihuana mag telen, dan is het duidelijk dat alle andere geproduceerde zaken illegaal zijn" (Caulkins et al., 2013, p. 1049). Op

deze manier kan men op de meest effectieve manier vermijden dat de handelaren die nu actief zijn op de illegale markt, een positie zouden kunnen verwerven op de gelegaliseerde markt. Dit is ook de reden waarom de Italiaanse magistraat Franco Roberti (nationaal hoofdaanklager in maffiazaken) in een recent interview, enigszins verrassend, voor een overheidsmonopolie inzake de bevoorrading van cannabis pleitte (Sannino, 2017):

> Roberti: Het moet de overheid toelaten om, gezien haar centrale rol, exclusief in te staan voor het kweken, het verwerken en het verkopen van cannabis en haar derivaten. Op die manier ontneem je marktruimte aan criminele organisaties zoals 'Ndrangheta en Camorra of de Noord-Afrikaanse, Albanese of Afghaanse clans…
> Sannino: En het beheer dus niet overlaten aan jongeren of clubs?
> Roberti: Ik ben er absoluut tegen.
> Sannino: Zou het te risicovol zijn?
> Roberti: Ja, en vooral voor de overheid. Men kan niet het risico lopen dat de criminelen terug door de achterdeur binnenkomen.

Verschillende strategieën in verband met de prijzen en belastingen kunnen eveneens voorzien worden. Dit model maakt niet alleen kwaliteitscontroles mogelijk, maar laat ook toe om met de invoering van een maximale hoeveelheid per consument en per maand het excessief gebruik in te perken. Het biedt een manier om de risico's verbonden met commerciële reclame te vermijden (Caulkins et al., 2013). Een mogelijk probleem dat samenhangt met dit model, heeft te maken met het beperkte assortiment aan producten en het gebrek aan stimuli voor innovatie in vergelijking met de verwachte uitkomsten bij een commercieel en competitief model (Caulkins et al., 2013).

Volgens meerdere experten (bv. Caulkins et al., 2013; Sannino, 2017) zou dit model vanuit het perspectief van de volksgezondheid en de interne veiligheid het best de schade van de gelegaliseerde cannabisconsumptie minimaliseren. Net zoals bij het licentiesysteem voor non-profitorganisaties is het grootste nadeel van dit model zijn duidelijke incompatibiliteit met de VN-drugsverdragen en de drugsgerelateerde EU-wetgeving. Sterker nog: de overheid wordt in dit model zélf de aanbieder van een op internationaal niveau nog steeds als illegaal beschouwde drug.

Omwille van deze laatste reden was de piste van een overheidsmonopolie een jaar geleden zelfs nog compleet ondenkbaar. Echter, gezien in een steeds groter aantal landen hervormingen en debatten rond een nieuw cannabisbeleid in een stroomversnelling raken, kan ze binnen een paar jaar ook voor gematigde politici en beleidsmakers aantrekkelijk lijken.

V. HET COFFEESHOPMODEL (EN VARIANTEN)

Als alternatief kan de bevoorrading van cannabis overgelaten worden aan de gereguleerde markt, ofwel in een coffeeshopmodel ofwel binnen een context van vergunningen voor bedrijven met winstoogmerk. In het eerste geval zou enkel de distributie van cannabis gereguleerd worden, geïnspireerd op het beleid in Nederland. Aangezien dit model enkel een bepaald deel van de bevoorradingsketen reguleert en bereikt, laat het coffeeshopmodel mogelijk enkele problemen rond de productie van cannabis onopgelost, zoals het zogenaamde 'achterdeur'-probleem. Gezien de problemen die de coffeeshops in Nederland hebben meegebracht, biedt dit model geen aanzienlijk voordeel tegenover andere modellen.

Binnen het model van een gelimiteerd aantal vergunningen voor bedrijven met winstoogmerk zou zowel de productie als distributie van cannabis geregeld worden – zelfs wanneer het gescheiden vergunningen voor de productie en de distributie zou omvatten. De overheid zou ook hier specifieke vereisten kunnen introduceren om zo het afleveren van vergunningen min of meer strikt te reguleren en de grootte van de markt te beperken – wat

overeen zou komen met een 'oligopolie' (Caulkins et al., 2015a). Door het aantal vergunninghouders te reduceren, worden de opvolging en inspectie van de bedrijven gemakkelijker (Caulkins et al., 2013). De overheid kan daarnaast de activiteiten van vergunninghouders van dichtbij opvolgen.

Met een klein aantal vergunninghouders en een strikte overheidscontrole zou ook dit model op het vlak van volksgezondheid en veiligheid dezelfde voordelen kunnen bieden als het licentiesysteem voor non-profit organisaties en het overheidsmonopolie – vooral in een context zoals België, waar geen machtige maffia-achtige criminele organisaties bestaan die zich sinds meerdere decennia hebben kunnen vestigen. Net als de twee genoemde modellen is ook een vergunningensysteem voor een klein aantal bedrijven met winstoogmerk niet verenigbaar met het huidige internationaal drugscontrolesysteem. Een bijkomend probleem is dat de vergunninghouders na verloop van tijd bij de overheid zouden kunnen lobbyen voor een afzwakking van de controles, zoals na het opheffen van de Drooglegging in de VS met het alcoholbeleid is gebeurd.

VI. COMPETITIEVE, GEREGULEERDE MODELLEN

Ten slotte kan een competitieve, gereguleerde cannabismarkt worden geïntroduceerd. In tegenstelling tot het 'oligopolie-model' dat we hierboven bespraken, is in dit model geen sprake van een principiële beperking van het aantal producenten of 'spelers'. Dit model wordt vaak geassocieerd met het beleid inzake alcohol: ondanks het gegeven dat de productie en distributie – net zoals bij andere economische markten – plaatsvinden binnen een vrije markt, kunnen er toch bijkomende eisen worden gesteld aan de productie en handel van cannabis (Caulkins et al., 2015a). Die regels kunnen betrekking hebben op kwaliteitscontrole, verpakking, limieten omtrent de hoeveelheden die een gebruiker kan aankopen en veel andere technische aspecten. Deze cannabis-specifieke regels in een competitieve gereguleerde markt vormen net het grootste verschil met de extreme optie van een ongereguleerde (maar legale) cannabismarkt. In dit laatste model wordt de opheffing van het verbod op de bevoorrading van cannabis niet vervangen door een specifieke wettelijke structuur. De extreme optie van een ongereguleerde vrije markt voor cannabis leidt ons terug naar McBride en zijn collega's (1999) die het in dit opzicht hadden over "commercialisme" en "de vrijwel onbeperkte aanvaarding van de distributie van goederen en diensten op de vrije markt", zonder enig regelgevend kader dat voorwaarden aan de werking van deze markt stelt.

Alhoewel het beleid van Colorado en Washington niet ver van dit model verwijderd staat, lijkt het zeker niet aan te raden. Dit model laat slechts moeilijk toe de eerder vermelde belangrijke doelstellingen op het vlak van volksgezondheid en veiligheid te bereiken. Het is volledige tegenstrijdig met de VN-verdragen en de Europese wetgeving. Bovendien – en niet onbelangrijk – is dit model nog meer vatbaar voor lobbyingacties van de nieuwe cannabisbedrijven die na verloop van tijd voor een versoepeling van de controles zouden kunnen ijveren.

VII. MEDICINALE CANNABISPROGRAMMA'S[36]

Bijkomend kunnen er verschillende medische modellen opgesteld worden zoals voorgesteld door verschillende onderzoekers (Duke & Gross, 1998; Kleiman, 1992; MacCoun et al., 1996). In verband met de bevoorrading van cannabis voor medische doeleinden kunnen zich twee verschillende soorten scenario's ontwikkelen. Aan de ene kant kan er een volledig gescheiden (en specifiek) model bestaan gebaseerd op voorgeschriften door 'gekwalificeerde medici'. Hierbij kan cannabis exclusief voor dit doel geproduceerd worden door gespecialiseerde bedrijven en eveneens verspreid worden in gespecialiseerde winkels (bv. bevoegde apotheken). Anderzijds kunnen de meeste eerder beschreven modellen aangepast worden om ook cannabis voor medische doeleinden te distribueren. Zo kan bijvoorbeeld ook gedacht worden aan cannabis social clubs voor recreatieve gebruikers én cannabis

[36] In hoofdstuk 6 beschreven we kort reeds het bestaan van medicinale marihuanamodellen in o.m. de Verenigde Staten, Canada, Israël en Nederland.

social clubs voor medicinale gebruikers (met verschillende voorwaarden en restricties); of aan aparte licentiesystemen voor bedrijven die cannabis voor recreatieve en medicinale cannabis produceren.

Er zijn in de wetenschappelijke literatuur bijzonder veel aanwijzingen dat cannabis met een hoog CBD-gehalte goed werkt tegen pijn en spasmen, bijvoorbeeld bij patiënten met multiple sclerose (MS). Het lijkt ook goed te werken tegen ontstekingsreacties. Cannabis met voornamelijk THC is vooral effectief bij aandoeningen zoals het syndroom van Gilles de la Tourette, therapieresistent glaucoom en bij klachten van gewichtsverlies, misselijkheid en braken. Om die reden gebruiken sommige kankerpatiënten ook cannabis om klachten van hun ziekte te verminderen, of om de bijwerkingen van hun behandeling te verminderen.

In 2016 maakte minister van Volksgezondheid Maggie De Block (Open VLD) een specialiteit op basis van medicinale cannabis onder strikte voorwaarden ook in ons land beschikbaar (met het Koninklijk Besluit van 25 juni 2015). Sinds maart 2016 is een mondspray van cannabidiol en tetrahydrocannabinol (Sativex®), te verkrijgen via de ziekenhuisapotheek (dus niet in elke apotheek). De voorwaarden voor vergoeding van Sativex zijn zeer strikt: gebruik binnen de therapeutische indicatie “behandeling van symptomen bij volwassen patiënten met matige of ernstige spasticiteit vanwege MS, die niet reageren op andere medicatie tegen spasticiteit”. Pas als een proefbehandelingsperiode is doorlopen en er klinisch significante verbetering optreedt, wordt Sativex bij deze patiënten verder vergoed. Het middel moet bovendien door een neuroloog worden voorgeschreven. De kostprijs maakt bovendien een gebruik buiten deze strikte indicatie (*off label*) onrealistisch.

In de realiteit is medicinale cannabis dus niet wettelijk beschikbaar voor andere belangrijke groepen van patiënten in een aantal andere indicaties waarvoor algemeen wordt aangenomen dat er voldoende bewijs bestaat over de voor- en nadelen. Artsen kunnen op basis van hun therapeutische vrijheid medicinale cannabis voorschrijven aan hun patiënt, en de patiënt kan die afhalen in een van de Nederlandse of Duitse apotheken die dit afleveren, maar de patiënt mag deze medicinale cannabisproducten niet importeren in België. Dit creëert een erg ambigue situatie die voor patiënten met een verantwoorde indicatie voor dit product moeilijk uit te leggen is. Dat blijkt ook uit het feit dat er momenteel (ongereguleerde) cannabis social clubs bestaan die enkel cannabis voor therapeutische toepassingen verstrekken. Een bredere, wettelijk gereguleerde beschikbaarheid van cannabis voor medicinale toepassingen aan specifieke groepen van patiënten is dus wenselijk.

Tegelijkertijd wijzen wij op het belang van een strikte scheiding tussen de teelt en de distributie van cannabis voor medisch gebruik en de teelt en distributie van cannabis voor recreatief gebruik. Er moet worden vermeden dat cannabis voor medische toepassingen weglekt naar illegale circuits of naar legale circuits voor recreatief gebruik. Bovendien mag het nooit de bedoeling zijn dat onder het mom van de verstrekking van medische cannabis in feite een parallelle markt voor recreatieve cannabis wordt geschapen, zoals in sommige Amerikaanse staten het geval is geweest. Om deze reden pleiten we er dan ook voor dat medicinale cannabis een welomschreven kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling bezit.

Wanneer cannabis als een geneesmiddel of een medische behandeling van symptomen wordt geconsumeerd, moet het product uiteraard van farmaceutische kwaliteit zijn. De overheid kan beslissen om zich te laten inspireren door het Nederlandse model inzake medische cannabis, waarbij het *Bureau Medicinale Cannabis* als overheidsorganisatie verantwoordelijk is voor de productie van cannabis voor medicinale en wetenschappelijke doeleinden. Het bedrijf *Bedrocan* produceert sinds 2003 als enige medicinale cannabis voor het Nederlandse ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

De vereisten voor de bereiding van geneesmiddelen zijn ook in België wettelijk vastgelegd, en bijgevolg horen medische cannabisproducten ook aan deze vereisten te voldoen. Geen enkel geneesmiddel mag zonder registratie of vergunning gecommercialiseerd worden. Deze vergunning wordt verleend ofwel door de minister van Volksgezondheid, na advies van de Geneesmiddelencommissie binnen het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG), ofwel door de Europese Gemeenschap, na desgevallend advies van

het Comité voor Geneesmiddelen voor Menselijk Gebruik (CHMP) of het Comité voor Geneesmiddelen voor Diergeneeskundig Gebruik (CVMP) binnen het Europees Agentschap voor Geneesmiddelen (EMA).

Medicinale cannabisproducten kunnen o.i. enkel onder begeleiding en supervisie van een arts, en moeten dus voorschriftplichtig zijn. De uitwerking van medicinale cannabis verschilt immers van persoon tot persoon. Daarom moet een arts in overleg met de patiënt bepalen welke variëteit het meest geschikt is, hoeveel hij per keer en per dag nodig heeft, en hoe de patiënt de medicinale cannabis gebruikt. De behandelende arts heeft daarbij ook oog voor interacties van medicinale cannabisproducten met andere geneesmiddelen die de cliënt in het kader van zijn behandeling neemt.

De verstrekking van medische cannabis dient enkel via de apotheken te gebeuren. Apotheken mogen medicinale cannabisproducten niet zonder medisch voorschrift verstrekken. De apotheker moet er tevens voor zorgen dat de patiënt zijn behandeling correct toepast. Dat houdt onder meer in dat hij de cliënt uitlegt wanneer en hoe hij zijn medicinale cannabisproduct dient te nemen; dat hij de cliënt voor mogelijke bijwerkingen waarschuwt, en dat hij ook oog heeft voor interacties van geneesmiddelen die de cliënt neemt.

C. BESLUIT

In het maatschappelijke en politieke debat wordt vaak gefocust op de extreme opties: een volledig verbod (met criminele markten) of een commerciële vrije markt. Deze twee opties vormen *de facto* de extremen van het spectrum van mogelijke beleidsopties. Het zijn in wezen compleet ongereguleerde markten, waarin de markt (of ze nu legaal is of niet) beheerst wordt door mensen of organisaties die bijna uitsluitend door winstbejag worden gedreven, met onaanvaardbaar hoge sociale en gezondheidskosten tot gevolg. Er is tussen beide modellen echter een groot spectrum van tussenliggende opties om de productie, de bevoorrading en het gebruik van cannabis (of andere roesmiddelen) te reguleren.

Deze modellen bieden de mogelijkheid om allerlei aspecten van de markt strikt te reguleren, zodat de potentiële nadelige gevolgen van cannabisgebruik en van de cannabismarkt kunnen worden geminimaliseerd en de potentiële voordelen gemaximaliseerd. In werkelijkheid kan de introductie van een wettelijk regime verschillende vormen aannemen (en verschillende resultaten hebben), afhankelijk van de keuzes die aan een welbepaald wetsontwerp ten grondslag liggen.

9. AANBEVELINGEN VOOR EEN NIEUW BELGISCH CANNABISBELEID

Het Belgische drugbeleid is gestoeld op eerbare objectieven, maar is er de afgelopen decennia niet in geslaagd zijn belangrijkste doelen – een daling van het aantal afhankelijke burgers; een daling van de fysieke en psychosociale schade die drugsmisbruik kan veroorzaken; en een daling van de negatieve gevolgen van het drugfenomeen voor de samenleving (waaronder de maatschappelijke overlast) – te verwezenlijken. De bijzonder grote overheidsuitgaven die gepaard gaan met het opsluitingsbeleid en met de vruchteloze strategieën om het aanbod te doen slinken, verdringen meer kosteneffectieve en op wetenschappelijk bewijs gebaseerde investeringen inzake het reduceren van de vraag en het beperken van de schade.

Het frequente gebruik van cannabis brengt schade met zich mee, maar is niet schadelijker dan het frequente gebruik van alcohol of tabak. Hoewel er geen specifiek wettelijk recht is om cannabis te gebruiken, schendt de criminalisering van volwassenen die uit vrije wil drugs nemen, toch een hele resem internationaal erkende wettelijke rechten, onder meer het recht op privacy, gezondheid, cultuur, en religieuze vrijheden. De risico's voor gebruikers zijn groter wanneer de cannabis geproduceerd en verdeeld wordt door criminele en op winst gerichte fortuinzoekers. Een verbod duwt de markt in de richting van riskantere, sterkere (en dus meer winstgevende) drugs, het leidt tot cannabis met een onbekende sterkte en zuiverheid, het moedigt risicovolle gebruikswijzen aan, het bevordert het gebruik in onveilige settings en dwingt cannabisgebruikers om in contact te komen met een mogelijk gewelddadige criminele onderwereld.

Criminele productie en bevoorrading vergroten de gevaren die met cannabisgebruik verbonden zijn, omdat jonge mensen aangemoedigd worden om riskante producten te consumeren. Repressieve maatregelen duwen de productie van cannabis en de handel erin in de handen van criminelen die profiteren van het verbodsregime en die desnoods geweld gebruiken om hun onderlinge conflicten op te lossen. Waar er een grote vraag naar cannabis is, creëert een verbod enkel een opportuniteit voor criminele winsten. Elke verstoring van de drugproductie en handel in cannabis leidt eenvoudigweg tot prijsverhogingen, zodat nog meer criminelen op de markt actief worden. En dus: hoeveel gewassen ook vernield worden en hoeveel smokkelnetwerken ook worden ingerekend, ze zullen altijd vervangen worden door andere.

Criminalisering en massale arrestaties bieden enkel een vals gevoel van veiligheid. Ze zorgen ervoor dat politici kunnen worden gepercipieerd als mensen 'die er iets aan doen', maar veeleer dan het probleem aan te pakken, verkwisten ze schaarse middelen en bevorderen ze de marginalisering van risicogevoelige groepen en kwetsbare gemeenschappen, zoals kleinschalige kwekers, leden van cannabis social clubs of mensen die cannabis gebruiken omwille van medische redenen.

Een succesvol beleid slaagt er daadwerkelijk in de risico's van druggebruik zoveel mogelijk te beheersen op een rationele manier, en ontraadt tegelijkertijd het gebruik van psychoactieve middelen ten zeerste. Het opzetten van een cannabisbeleid dat gezond, rechtvaardig en humaan is, is het meest morele antwoord op het cannabisvraagstuk – en dat betekent strikte wettelijke regulering. Hoewel regulering van cannabis vaak voorgesteld wordt als een 'liberalisering' of een 'afzwakken' van de wetgeving, kan en moet het het tegenovergestelde zijn: het gaat erom de handel in cannabis onder een wettelijk kader te brengen, zodat men strikte controles kan toepassen. Strikte controle is onmogelijk onder een algeheel cannabisverbod. Regulering maakt het mogelijk dat de overheid controle heeft over welke cannabis kan worden verkocht, wie toegang krijgt, en waar mag worden verkocht. Onder het verbod beslissen criminelen daarover. In het systeem van regulering waarvoor we pleiten, kunnen en moeten veel specifieke activiteiten illegaal blijven en gesanctioneerd worden (bv. de verkoop aan minderjarigen, verkoop zonder vergunning, deelname aan het verkeer na cannabisgebruik).

Effectieve regulering, waaronder het invoeren van een leeftijdsgrens valt, kan de toegang voor jongeren tot cannabis beperken. Als jongeren toch aan gereguleerde cannabis raken, zijn ze tenminste beter beschermd omdat

de cannabis op kwaliteit, THC-gehalte en dosering gecontroleerd wordt en vergezeld is van gezondheids- en veiligheidsvoorschriften (zoals nu ook reeds bij geneesmiddelen het geval is). Zo kan ook het problematisch gebruik worden beperkt.

Men stelt prevalentie van druggebruik vaak gelijk aan prevalentie van druggerelateerde schade, maar het merendeel van het cannabisgebruik is niet-problematisch. In plaats van de blik te verengen tot het reduceren van gebruik, moet het beleid de totale schade trachten te reduceren. Het is mogelijk dat het gebruik van cannabis in het algemeen onder een systeem van wettelijke regulering toeneemt, maar problematisch gebruik is gemakkelijker te beperken door de kwaliteit ervan (zoals THC-niveaus) beter te controleren. Onderzoek toont op consistente wijze aan dat de trends in druggebruik vooral gedreven worden door belangrijke culturele, sociale of economische ontwikkelingen, en niet door de intensiteit van bestraffing. In veel landen is het tabaksgebruik veel lager dan 30 jaar geleden. Die daling werd bereikt zonder een volledig verbod of een criminalisering van elk gebruik. Ze is het resultaat van gezondheidsvoorlichting en striktere marktregulering, en dat kon enkel omdat tabak een legaal middel is. De daling in het tabaksgebruik in veel landen toont tevens aan dat de dreiging van criminalisering niet noodzakelijk is om mensen bewust te maken van de risico's van het gebruik van een substantie. Striktere regulering en meer gezondheidsvoorlichting zijn meer efficiënte en humane manieren om mensen aan te moedigen om meer gezonde keuzes inzake levensstijlen te maken. Zelfs als het occasionele cannabisgebruik toeneemt, zullen de gezondheidsschade en de financiële kosten afnemen, wat de samenleving in haar geheel een netto voordeel oplevert.

Bovendien duwt het huidige beleid een enorme markt in de handen van de georganiseerde misdaad. Met de legalisering van het cannabisaanbod worden deze illegale markt en de resulterende maatschappelijke en milieuschade grotendeels gereduceerd. Criminologisch onderzoek toont aan dat als opportuniteiten voor bepaalde criminele activiteiten verdwijnen, slechts een deel van de betrokkenen zich op andere criminele activiteiten oriënteert. Zoals in de jaren 1930 gebeurde na de afschaffing van de (alchoholgerelateerde) Drooglegging in de VS, zegt een groot deel van de daders de criminaliteit vaarwel. De door 'responsieve beveiliging' ontstane daling van criminele opportuniteiten is ook volgens Van Dijk, Tseloni en Farrell (2012) de belangrijkste oorzaak voor de significante daling in de meeste landen sinds de jaren 1990. En volgens de analyses van de gegevens van de *International Crime Victimization Survey* (Farrell en Brown, 2016) heeft de daling van inbraak en autodiefstal die vanaf de jaren 1980 in bepaalde landen aan de gang was, waarschijnlijk een domino-effect gehad op andere vormen van criminaliteit. Het cannabisbeleid in België moet gericht zijn op:

- Controle verkrijgen over alle aspecten van *de productie van cannabis;*
- Controle verkrijgen over *de wijze waarop cannabisproducten beschikbaar zijn;*
- Het voeren van *een bewuste prijzenpolitiek* inzake cannabisproducten*;*
- Controle verkrijgen over *de verkooppunten van cannabis;*
- Het verhogen van de controle op *de gebruiker en de locaties waar cannabis kan worden gebruikt;*
- Het voorzien van legale bevoorradingskanalen zodat de cannabisgebruiker zich niet in criminele milieus moet begeven;
- Het terugschroeven van de illegale kanalen, het verzwakken en op termijn uitschakelen van de zwarte markt in cannabis, én het ontnemen van een belangrijke bron van inkomsten aan de georganiseerde criminelen, en daarmee hun economische macht;
- Controle verkrijgen over de samenstelling, de zuiverheid, de sterkte en in het algemeen de kwaliteit van cannabis, ter bescherming van de volksgezondheid;
- Controle verkrijgen over de marketingstrategieën van cannabisproducenten, zoals we dat met de legale roesmiddelenindustrie ook proberen te doen;
- Het reduceren van de overbelasting van het strafrechtsbedelingssysteem door het verminderen van het aantal aan cannabis gerelateerde zaken dat moet worden opgespoord en door een rechter moet worden behandeld;

- Het reduceren van de gevangenisbevolking door het verminderen van het aantal mensen dat voor aan cannabis gerelateerde misdrijven opgesloten wordt;
- Het verminderen van selectiviteit in het optreden ten overstaan van overlast en in de opsporing van aan cannabis gerelateerde feiten;
- Het tegengaan van de milieuvervuiling ten gevolge van grootschalige illegale cannabisproductie (cannabisplantages);
- Het bevorderen van meer kosteneffectieve en op wetenschappelijk bewijs gebaseerde investeringen in effectieve preventie, in de reductie van de vraag en in schadebeperking;
- Het vergemakkelijken van de taak van preventiewerkers en hulpverleners, door het gemakkelijker bereikbaar maken van hun doelpubliek en het vrijmaken van meer middelen voor ontrading, schadebeperking en hulpverlening;
- Het verzekeren van een gesloten systeem dat geen impact heeft op de cannabisvraag en het cannabisaanbod in de buurlanden en hun drugsbeleid zodoende niet aantast.

Er is een groot spectrum aan wettelijke of politieke modellen voorhanden om de productie, de bevoorrading en het gebruik van cannabis (of andere roesmiddelen) te reguleren. Aan het ene uiteinde van dat spectrum bevindt zich de criminele markt die door een absoluut verbod wordt gecreëerd. Aan het andere uiteinde van het spectrum bevinden zich de legale, commerciële vrije markten. De beide extremen van het spectrum zijn volledig ongereguleerde markten. Deze twee extreme opties hangen samen met onaanvaardbaar hoge sociale en gezondheidskosten, omdat degenen die de markt beheersen (of die nu legaal is of illegaal) bijna uitsluitend worden gedreven door winstbejag. Geen van beide opties zijn dus wenselijk.

De Belgische overheid opteert bij aanvang best voor een heel restrictief model, met een verregaande vorm van overheidscontrole en strikte regulering. Wanneer grondige en voorzichtige evaluaties positief zijn, kan in een latere fase desgewenst overgestapt worden naar een minder restrictief en interventionistisch model (als zich rond de legale cannabismarkt nieuwe sociale normen en sociale controlemechanismen hebben ontwikkeld). Pragmatisch en beleidsmatig bekeken is dat een beter scenario dan de omgekeerde ontwikkeling waarbij men retroactief meer restrictieve controles moet introduceren omdat de markt te weinig gereguleerd werd. Dat heeft de ervaring met de retroactieve regulering van de tabaks- en de alcoholmarkt ons overigens ook geleerd.

Een restrictief model lijkt het meest aangewezen om de andere EU-lidstaten garanties te bieden dat ze geen negatieve gevolgen zullen ondervinden van het nieuwe Belgische cannabisbeleid. Een restrictief model zou ook op minder indringende wijze strijdig zijn met de VN-verdragen en de drugsgerelateerde EU-wetgeving en zou dus waarschijnlijk minder weerstand van het INCB, andere VN-organen en de Europese Raad opwekken.

We willen bij voorbaat benadrukken dat wettelijke regulering geen ‘silver bullet’ of panacee voor het drugprobleem is. Wettelijke regulering is gericht op het verminderen of helemaal doen verdwijnen van de schade die wordt gecreëerd of verergerd door prohibitie en de criminele markten die als gevolg daarvan ontstaan. Regulering zal problematisch of schadelijk cannabisgebruik niet doen verdwijnen, noch zal de criminele markt er plotseling door ophouden te bestaan. In een restrictief model blijven de meeste vormen van cannabisproductie en -handel strikt verboden, maar worden een beperkt aantal activiteiten naar de legale sfeer overgeheveld. Een cannabisverbod leidt niet tot een drugvrije wereld, maar een gereguleerd model kan evenmin een risico- of schadevrije wereld creëren. Vooral meteen na de invoering van een nieuw beleid in België (of in een ander land) zouden de strafvervolgingsdiensten kordaat moeten optreden om te vermijden dat de aanwezige criminele groeperingen de nieuwe regels zouden proberen ondermijnen, de lokale cannabisproductie zouden heroriënteren richting export of zich op andere criminele markten of activiteiten zouden gaan storten.

Tegelijkertijd zal een wettelijke regulering een van de grootste criminele opportuniteiten ter wereld uit de handen van criminele organisaties halen, vooral als het beleid zich verspreidt in heel (of een groot deel van) Europa.

Het cannabisverbod beëindigen betekent het vrijmaken van middelen om andere vormen van criminaliteit aan te pakken. Bovendien wordt die uitdaging een stuk gemakkelijker, omdat met het afkalven van de illegale drugswinsten van criminelen ook hun macht krimpt.

Wettelijke regulering is een pragmatische aanpak voor veel van de ernstige problemen die het cannabisverbod veroorzaakt. Als men de bredere uitdagingen die drugs oproepen op een betekenisvolle wijze wil aanpakken, dan moet wettelijke regulering gepaard gaan met verbeteringen van de huidige vormen van gezondheidsvoorlichting, preventie, behandeling en herstel.

Het hervormen van het cannabisbeleid en de ontwikkeling van een concrete blauwdruk voor een gereguleerde markt is een bijzonder delicate evenwichtsoefening om verschillende redenen. Ten eerste zal de Belgische overheid rekening moeten houden met de internationale juridische context. Zij kiest in de huidige omstandigheden best voor hervormingen die kunnen worden doorgevoerd binnen de parameters van de huidige internationale verdragen, zoals de decriminalisering van bezit voor persoonlijk gebruik, de teelt voor persoonlijk gebruik en cannabis social clubs. Die maatregelen zijn relatief gemakkelijk te implementeren, en zijn op basis van het voorhanden zijnde bewijsmateriaal verantwoord.

Ten tweede moet bij een hervorming van het cannabisbeleid een belangrijk evenwicht gevonden worden tussen het (dringend) implementeren van een nieuw beleid en de risico's van een overhaast ingevoerd beleid. De ervaringen met de regulering van alcohol en tabak én de ontwikkelingen in de Amerikaanse staten Colorado en Washington leren ons dat het overhaast invoeren van een regulering, waarbij men vooral retroactief meer restrictieve controles moet introduceren omdat de markt te weinig gereguleerd werd, een minder wenselijk scenario is. Daarom opteert de Belgische overheid best voor een voorzichtig en bij aanvang erg restrictief en overheidsinterventionistisch scenario.

Ten derde is het ontwikkelen van een geschikt Belgisch scenario ook een zoektocht naar een ontwerp dat enerzijds *niet té veel restricties* inbouwt, zodat mensen zich niet via een parallelle illegale markt blijven bevoorraden, en een ontwerp dat anderzijds *niet te weinig restricties* omvat, zodat cannabisgebruik en -verkoop niet wordt aangemoedigd. Er zal altijd een spanningsveld blijven tussen commerciële belangen (die te maken hebben met het maximaliseren van winst, en dus neigen naar het aanmoedigen en promoten van cannabisgebruik) en het belang van de volksgezondheid (waarbij gemikt wordt op het minimaliseren van de schade en de risico's, en dus op het matigen of reduceren van cannabisgebruik). Het is o.i. belangrijk dat de Belgische overheid zo veel mogelijk inzet op de bescherming van de volksgezondheid, en daar waar mogelijk de stimulansen voor winstbejag elimineert.

De Belgische overheid moet lessen trekken uit de controle van andere risicovolle middelen (alcohol, tabak, geneesmiddelen) en activiteiten (gokken en prostitutie), om ervoor te zorgen dat regulering de volksgezondheid en veiligheid bevordert. Zij moet tevens lessen trekken uit de fouten die inzake alcohol- of tabakscontrole gemaakt zijn. De huidige prevalentie van alcohol- en tabaksgebruik zijn het resultaat van decennialange commerciële promotie, vaak op amper gereguleerde markten. Met drugs die nu nog illegaal zijn, kan de Belgische overheid van een *tabula rasa* vertrekken. Zij kan van meet af aan optimale regelgevende kaders opzetten, waarbij alle aspecten van de markt onder controle zijn. Cannabismarkten hoeven niet te functioneren op basis van commerciële principes. Er zijn andere opties, waarbij overheidsinstanties of non-profit organisaties de cannabishandel beheren, op manieren die de financiële incentives om gebruik te initiëren of te stimuleren buiten spel zetten.

Deze Metaforum-werkgroep heeft de optie overwogen om een concreet en zeer gedetailleerd reguleringsmodel uit te werken. Ook verschillende stakeholders hebben bij de bespreking van dit rapport gewezen op het ontbreken van een concreet uitgewerkt model voor de regulering van cannabis in dit rapport. Zoals hoger aangehaald is een dergelijke oefening een delicate en tijdrovende klus, die op basis van een grondige en multidisciplinaire denkoefening tot stand dient te komen. De auteurs van deze Metaforum-visietekst beschikten over noch de

middelen, noch de tijd om die uitdaging aan te gaan. Daartegenover staat dat drie leden van deze werkgroep eerder reeds een concreet en gedetailleerd scenario voor een gereguleerde cannabismarkt publiceerden (Decorte, Tytgat & De Grauwe, 2017), dat als basis of inspiratiebron voor een wetenschappelijk, maatschappelijk en politiek debat kan dienen. Er zullen uiteraard kosten verbonden zijn aan de omslag naar een reguleringsmodel, vooral als de buurlanden cannabis niet legaliseren, maar deze kosten zullen heel waarschijnlijk klein zijn in vergelijking met de kosten om het cannabisverbod te handhaven. Besparingen op (contraproductieve) wetshandhaving en inkomsten van belastingen op basis van legale verkoop van cannabis kunnen gebruikt worden om meer effectieve, doelgerichte voorlichtingsprogramma's en gezondheidsinterventies (zoals preventie, *harm reduction* en behandelingsprogramma's) te subsidiëren. Bovendien is de legalisatie van cannabis niet alleen of vooral een kwestie van financiële winsten en kosten, maar ten eerste een ethische kwestie; kan de overheid het verantwoorden om een psychoactieve stof voor volwassenen te verbieden die minder schadelijk is dan sommige legale stoffen?

Een belangrijk kanttekening is uiteraard dat het drugsbeleid een zaak is van bijzonder veel bevoegde overheden (de Federale Staat, de Gemeenschappen en de Gewesten) en dat het een bijzonder heikele oefening is om het drugbeleid in al zijn aspecten (preventie, hulpverlening, én repressie) te coördineren. Als de omslag naar een reguleringsmodel wordt voorbereid, zullen de bevoegde overheden en de Cel Drugbeleid (die de bevoegde overheden en de Interministeriële Conferentie Drugbeleid ondersteunt) oog moeten hebben voor de afstemming van het beleid tussen deze niveaus, en waken over een flankeringsbeleid jegens minderjarigen, over een communicatiestrategie jegens de bevolking (en jongeren als kwetsbare populatie in het bijzonder), maar evenzeer jegens de terreinwerkers in diverse sectoren, en over een goede afstemming van het beleid op diverse niveaus (federaal, regionaal, lokaal).

Tot slot, deze aanbevelingen hebben enkel betrekking op het beleid inzake cannabis. We stellen nadrukkelijk voor om alleen het cannabisbeleid te wijzigen, ook al gaan sommige argumenten om te reguleren ook op voor andere verdovende middelen. De voornaamste redenen waarom we enkel pleiten voor regulering van cannabis, en niet voor alle drugs, zijn in de eerste plaats wetenschappelijk. THC (het actief bestanddeel in cannabis) leidt immers zelden of nooit tot een overdosis die in causaal verband staat tot een (acuut) overlijden, in tegenstelling tot drugs zoals heroïne, cocaïne en amfetamines. Daarnaast geeft THC hoofdzakelijk aanleiding tot psychische afhankelijkheid (zoals nicotine), doch niet tot fysieke afhankelijkheid (dit is wel het geval bij bv. heroïne). In de tweede plaats geldt een maatschappelijk argument, namelijk dat de prevalentie van cannabis (kweek, handel, gebruik) wereldwijd dermate hoog is in vergelijking met andere drugs, dat een regulering prioritair is voor deze drug (zoals voor alcohol). Tot slot pleiten we enkel voor regulering van cannabis vanwege de politieke ontwikkelingen op dit vlak: op dit moment staat enkel cannabis op de politieke agenda op nationaal en internationaal niveau, wat niet het geval is voor andere drugs.

10. BIBLIOGRAFIE

Adviescommissie Drugsbeleid (2009). *Geen geuren maar daden: Nieuwe accenten in het Nederlands drugsbeleid*. Geraadpleegd via: www.google.be/search?q=adviescommissie+van+de+donk+rapport+drug&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b&gfe_rd=cr&ei=3FkxWfGDEeKE8Qemv7ToBA . Laatst geconsulteerd: 30 september 2017.

Alcoholhulp (2017a). *Psychische effecten van alcohol.* Geraadpleegd via www.alcoholhulp.be/psychische-effecten-van-alcohol. Laatst geconsulteerd: 30 november 2017.

Alcoholhulp (2017b). *Sociale effecten van alcohol.* Geraadpleegd via www.alcoholhulp.be/sociale-effecten-van-alcohol. Laatst geconsulteerd: 30 november 2017.

Alcoholhulp (2017c). *Vormen van problematisch drinken.* Geraadpleegd via www.alcoholhulp.be/probleemgebruik-soorten. Laatst geconsulteerd: 30 november 2017.

Alonso, M.B. (2011). Los Clubes Sociales de Cannabis en Espana: una alternativa normalizadora en marcha. *Reforma legislativa en materia de drogas*, 9.

Amar, M. (2006). Cannabinoids in medicine: A review of their therapeutic potential. *Journal of Ethnopharmacology,* 105(1), 1-25.

American Cancer Society en World Lung Foundation (2015). *Tobacco Atlas.* Atlanta: American Cancer Society.

American Lung Association (2012). Tobacco retailer licensing is effective. Graadpleegd via: http://center4tobaccopolicy.org/documents/tobacco-retailerlicensing-is-effective-august-2012. Laatst geconsulteerd: 13 november 2017.

Ammerman, S., Ryan, S. en Adelman, W.P. (2015). Technical Report: The Impact of Marijuana Policies on Youth: Clinical, Research, and Legal Update. *Pediatrics*. 135(3), 769-785.

Antoine, J. (2016). *De TDI-Registratie in België*. Brussel: WIV.

AAP (American Academy of Pediatrics) News (2017). Emergency visits related to marijuana use at Colorado hospital quadruple. May 4. Geraadpleegd via: www.aappublications.org/news/2017/05/04/PAS-Marijuana050417. Laatst geconsulteerd: 30 november 2017.

Arana, X. en Sanchez, V.M. (2011). Cannabis Cultivation in Spain - the case of Cannabis Social Clubs (pp. 163-177). In: T. Decorte, G. Potter en M. Bouchard (eds.), *World Wide Weed. Global trends in cannabis cultivation and its control*. Farnham: Ashgate.

Arnou, P. (2006). Cannabis: oogsten mag niet… kweken evenmin, *Nullum Crimen,* 1(6), 341-345.

Babor T.F., Caetano R., Casswell S., et al. (2003). *Alcohol: No Ordinary Commodity: Research and Public Policy*. New York: Oxford University Press.

Baker, D., Pryce, G., Giovannoni, G. en Thompson, A.J. (2003). The therapeutic potential of cannabis. *The Lancet Neurology*, 2, 291-298.

Ballotta, D., Bergeron, H. en Hughes, B. (2009). Cannabis Control in Europe (pp. 97-118). In: S. Rödner Sznitman, B. Olsson, en R. Room (eds.), *A Cannabis Reader: Global Issues and Local Experiences.* Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Banks, E., Joshy, G., Weber, M.F., Grenfell, R., Egger, S., Paige, E., Lopez, A.D., Sitas, F. en Beral, V. (2015). Tobacco smoking and all-cause mortality in a large Australian cohort study: findings from a mature epidemic with current low smoking prevalence, *BMC Medicine*, 13, 10p. Geraadpleegd via: www.vigez.be/themas/tabak/tabakspreventie/gevolgen-van-roken. Laatst geconsulteerd: 18 augustus 2017.

Batalla, A., Bhattacharyya, S., Yucel, M., Fusar-Poli, P., Crippa, J.A., Nogue, S., et al. (2013). Structural and functional imaging studies in chronic cannabis users: a systematic review of adolescent and adult findings. *PLoS One,* 8(2), e55821.

Batalla, A., Crippa, J.A., Busatto, G.F., et al. (2014). Neuroimaging studies of acute effects of THC and CBD in humans and animals: a systematic review. *Curr Pharm Des.,* 20(13), 2168-2185.

Bean, Ph. (2010). *Legalising drugs. Debates and dilemmas*. Bristol: The Policy Press.

Beauchesne, L. (2007). Une législation des drogues inscrite en promotion de la santé: les conditions. *Criminologie*, 40(1), 135-154.

Behr, E. (1996). *Prohibition. Thirteen years that changed America*. New York: Arcade Publishing.

Bergamaschi, M.M., Queiroz, R.H., Zuardi A.W. en Crippa, J.A. (2011). Safety and Side Effects of Cannabidiol, a Cannabis sativa Constituent. *Current Drug Safety*, 6(4), 237-249.

Berridge, V. (1984). Drugs and Social Policy: The Establishment of Drug Control in Britain 1900-30. *British Journal of Addiction,* 79(4), 17-29.

Bewley-Taylor, D.R. (2003). Challenging the UN drug control conventions: problems and possibilities. *International Journal of Drug Policy*, 14, 171-179.

Bewley-Taylor, D. en Jelsma, M. (2011). *Fifty Years of the 1961 Single Convention on Narcotic Drugs: A Reinterpretation.* Amsterdam: Transnational Institute.

Bewley-Taylor, D., Jelsma, M. en Blickman, T. (2014). *The rise and decline of cannabis prohibition. The history of cannabis in the UN drug control system and options for reform.* Amsterdam: Transnational Institute.

Bewley-Taylor, D. en Jelsma, M., (2016). *UNGASS 2016: A Broken or B-r-o-a-d Consensus?* Amsterdam: Transnational Institute.

Bewley-Taylor, D. en Jelsma, M. (2012). The UN drug control convention: The limits of latitude. *TNI Series on Legislative Reform of Drug Policies*, Nr. 18. Amsterdam: Transnational Institute.

Bewley-Taylor, D., Jelsma, M., Rolles, S. en Walsh, D.J. (2016). *Cannabis Regulation and the UN Drug Treaties: Strategies for Reform*. Geraadpleegd via: www.tni.org/files/publication-downloads/cannabis_regulation_and_the_un_drug_treaties_june_2016_web_0.pdf. Laatst geconsulteerd: 30 november 2017.

Blake, D., Robson, P., Ho, M., Jubb, R. en McCabe, C. (2006). Preliminary assessment of the efficacy, tolerability and safety of a cannabis-based medicine (Sativex) in the treatment of pain caused by rheumatoid arthritis. *Rheumatology,* 45(1), 50-52.

Blanpain, R. (2003). *Passief roken. De zachte moordenaar….* Leuven: Van Halewyck.

Blickman, T. en Jelsma, M. (2009). Drug policy reform in practice. *Nueva Sociedad 222*.

Blickman, T. (2011). Legal Cannabis in Basque Country? Confusion about the regulation of cannabis social clubs. *Drug Law Reform*.

Blom, T. (2006). Drugsbeleid tussen volksgezondheid en strafrecht. *Tijdschrift voor Criminologie*, 48(2), 180-191.

Boekhout Van Solinge, T. (2002). *Drugs and Decision- Making in the European Union*. Amsterdam: University of Amsterdam, CEDRO.

Boister, N. (2001). *Penal aspects of the UN Drug Conventions.* Den Haag: Kluwer Law International.

Bovenkerk, F. (1994). Over de risico's van het legaliseren van de handel in drugs, *Tijdschrift voor Criminologie*, 1, 8-11.

Bovenkerk, F. en Hogewind, W. (2003). *Hennepteelt in Nederland: het probleem van de criminaliteit en haar bestrijding*. Zeist: Kerckebosch.

Boyle, P., Gray, N., Henningfield, J., Seffrin, J. en Zatonski, W. (2004). *Tobacco and Public Health: Science and Policy*. New York: Oxford University Press.

Bruun, K., Pan, L. en Rexed, I. (1975). *The Gentlemen's Club: International Control of Drugs and Alcohol*. Chicago: University of Chicago Press.

Bureau voor Medicinale Cannabis (z.d.). *Vernevelaars*. [25.08.2016, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Geraadpleegd via: https://www.cannabisbureau.nl/medicinale-cannabis/patiënteninformatie/vernevelaars]. Laatst geconsulteerd: 30 november 2017.

Caputo, M.R. en Ostrom, B.J. (1994). Potential tax revenu from a regulated marijuana market. A meaningful 71 revenue source. *American Journal of Economics and Sociology*, 53(4), 475-490.

Caulkins, J.P., Hawken, A., Kilmer, B., Kleiman, M.A.R., Pfrommer, K., Pruess, J., et al. (2013c). High tax states: options for gleaning revenue from legal cannabis. *Oregon Law Review*, 91, 1041-1068.

Caulkins, J., Cohen, M. en Zamarra, L. (2013). *Estimating adequate licensed square footage for production.* BOTEC Analysis Corporation.

Caulkins, J.P., Andrzejewski, S. en Dahlkemper, L. (2013). *How much will the 25/25/25 tax scheme actually impact the price of cannabis?* BOTEC Analysis Corporation.

Caulkins, J.P., et al. (2012). *Marijuana Legalization: What everyone needs to know*. New York: Oxford University Press.

Caulkins, J.P., Kilmer, B., Kleiman, M.A.R., MacCoun, R.J., Midgette, G., Oglesby, P., et al. (2015a). *Considering marijuana legalization: insights for Vermont and other jurisdictions*. Santa Monica: RAND Corporation.

Caulkins, J.P., Kilmer, B., Kleiman, M.A.R., MacCoun, R.J., Midgette, G., Oglesby, P., et al. (2015b). *Options and issues regarding marijuana legalization*. Santa Monica: RAND Corporation.

Carpenter, S. (2001). The changing face of marijuana research. Studies on marijuana withdrawal have helped ignite interest in developing effective treatments. *Monitor on Psychology*, 32(6). Geraadpleegd via: www.apa.org/monitor/juni01/marijuana.html. Laatst geconsulteerd: 30 november 2017.

Cerdá, M., Wall, M., Keyes, K.M., Galea, S. en Hasin, D. (2012). Medical marijuana laws in 50 states: investigating the relationship between state legalization of medical marijuana and marijuana use, abuse and dependence. *Drug Alcohol Depend*., 20(1-3), 22-27.

Chaloupka F.J., Yurekli A. and Fong G.T. (2012). Tobacco taxes as a tobacco control strategy. *Tobacco Control*, 21(2), 172-180.

Chatwin, C. (2003). Drug policy developments within the European Union: the destabilizing effects of Dutch and Swedish drug policies. *British Journal of Criminology*, 43, 567-582.

Chatwin, C. (2007). Multi-level governance: the way forward for European illicit drug policy*, International Journal of Drug Policy*, 18, 494-502.

Chatwin, C. (2014). A critical evaluation of the European drug strategy: Has it brought added value to drug policy making at the national level? *International Journal of Drug Policy,* 24(3), 251-256.

Chapman, S. (2007). *Public Health Advocacy and Tobacco Control: Making smoking history*. Sydney: Blackwell Publishing.

Chouvy, P.-A. (2016). *The supply of hashish to Europe: Background paper commissioned by the EMCDDA for the 2016 EU Drug Markets Report*. Geraadpleegd via: www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2373/downloads/EDRM2016%20Background%20paper_CHOUVY_The%20Supply%20of%20Hashish%20to%20Europe.pdf. Laatst geconsulteerd: 30 november 2017.

Cibils, A. I. (2014, 1 August 2014). Uruguay llama a privados a plantar marihuana en predio estatal vigilado*. La Razon*. Geraadpleegd via: www.la-razon.com/mundo/Uruguay-privados-marihuana-estatal-vigilado_0_2099190153.html. Laatst geconsulteerd: 30 november 2017.

Clarke, T.A. en Mentkowski, A. (2015). Medical marijuana: an overview of select resources. *Northern Illinois University Law Review*, 35, 461-509.

Clapper, J.R., Mangieri, R.A. en Poimelli, D. (2009). The endocannabinoid system as a target for the treatment of cannabis dependence. *Neuropharmacology*, 56(suppl. 1), 235-243.

Cohen, P. (2003). The drug prohibition church and the adventure of reformation, *International Journal of Drug Policy*, 14, 213-215.

Console-Bram, L., Marcu, J. en Abood, M.E. (2012). Cannabinoid receptors: nomenclature and pharmacological principles. *Progress in Neuro-Psychopharmacohlogy & Biological Psychiatry*, 38(1), 4-15.

Contreras, R. (2013). *The Stickup Kids. Race, Drugs, Violence and the American Dream.* Berkeley: University of California Press.

Cook, P.J. (2007). *Paying the Tab: The Economics of Alcohol Policy*. Princeton: Princeton University Press.

Cooper, Z.D. en Haney, M. (2008). Cannabis reinforcement and dependence: role of the cannabinoid CB1 receptor. *Addiction Biology*, 13, 188-195.

Cortizas, G. (2015a, 1 February 2015). Marihuana legal: un trampolin para otro negocio 'rentable'. *El Pais*. Geraadpleegd via: www.elpais.com.uy/informacion/marihuana-legal-trampolin-negocio-rentable.html. Laatst geconsulteerd: 30 november 2017.

Cortizas, G. (2015b, 29 January 2015). Marihuana: dos extranjeros y tres uruguayos tendran la produccion*. El Pais*. Geraadpleegd via: www.elpais.com.uy/informacion/marihuana-extranjeros-tres-uruguayos-tendran.html. Laatst geconsulteerd: 30 november 2017.

Curtis, A., Clarke, C. en Rickards, H. (2009). Cannabinoids for Tourette's Syndrome. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Dbase]. Z.U.: Cochrane.

Cussen, M., Block, W. (2000). Legalize drugs now! An analysis of the benefits of legalized drugs, *American Journal of Economics and Sociology*, 59(3), 525-527.

Crick, E., Haase, H.J. en Bewley-Taylor, D. (2013). *Legally regulated cannabis markets in the US: implications and possibilities.* Global Drug Policy Observatory.

Dangreau, J. en Serlippens, A. (2007). Drugwetgeving, *NjW*, 482.

Decorte, T. en Boekhout van Solinge, T. (2006). Het aanbod van cannabis in Nederland en België. *Tijdschrift voor Criminologie*, 48(2), 144-154.

Decorte, T. (2008). Domestic cannabis cultivation in Belgium: the (un)intended effects of the national drug policy on the cannabis market (pp. 69-86). In: D.J. KORF (ed.), *Cannabis in Europe: Dynamics in Perception, Policy and Markets*. Lengerich: Pabst.

Decorte, T., De Grauwe, P. en Tytgat, J. (2013). *Cannabis: bis? Pleidooi voor een kritische evaluatie van het Belgische cannabisbeleid.*

Decorte, T. (2014). D*e regulering van cannabis: lessen uit het verleden en denksporen voor de toekomst*. Mechelen: Wolter Kluwer.

Decorte, T. (2014). De Belgische 'Cannabis Social Clubs'. Middenweg tussen zwarte markt en commerciele beschikbaarheid?, *Panopticon*, 35(6), 520-537.

Decorte, T., Paoli, L., Kersten, L., Heyle, J., van Dun, E., en Vlaeminck, M. (2014). *Cannabis Production in Belgium: Assessment of the Nature and Harms, and Implications for Priority Setting*. Gent: Academia Press.

Decorte, T. (2015). Cannabis Social Clubs in Belgium: Organizational strengths and weaknesses, and threats to the model. *International Journal of Drug Policy*, 26, 122-130.

Decorte, T., De Grauwe, P. en Tytgat, J. (2014). Het Belgisch cannabisbeleid maakt zijn doelstellingen niet waar. *Panopticon*, 35(2), 151-155.

Decorte, T., De Grauwe, P. en Tytgat, J. (2016). *Cannabis onder controle. Hoe?* Leuven: Lannoo Campus.

Decorte, T., De Grauwe, P. en Tytgat, J. (2017). *Cannabis sous contrôle. Comment?* Leuven: Editions Lannoo Campus.

Delgado, N. (2015, 3 March 2015). Vazquez aplazo sin fecha la venta de marihuana en las farmacias*. El Observador*. Geraadpleegd via: www.elobservador.com.uy/vazquez-aplazo-fecha-la-venta-marihuana-las-farmacias-n299512. Laatst geconsulteerd: 30 november 2017.

De Donder, E. (2014). *Factsheet Cannabis.* Brussel: VAD.

De Donder, E. en Van Damme, J. (2016). *Factsheet cannabis*. Brussel: VAD.

De Druglijn (2017a). *Alcohol: de cijfers.* Geraadpleegd via www.druglijn.be. Laatst geconsulteerd: 30 november 2017.

De Druglijn (2017b). *Effecten van alcohol.* Geraadpleegd via: www.druglijn.be. Laatst geconsulteerd: 30 november 2017.

De Graaf, P. (2013). De Burgemeesters werken aan manifest voor legalisering wietteelt. *De Volkskrant*. Geraadpleegd via: www.volkskrant.nl/leven/burgemeesters-werken-aan-manifest-voor-legalisering-wietteelt~a3565577/. Laatst geconsulteerd: 30 november 2017.

Delepeleire, Y. (2014). Interview Criminologen Brice De Ruyver en Cyrille Fijnaut over drugsbeleid: 'Je kan moeilijk doen alsof thuisteelt en cannabisclubs niet bestaan', *De Standaard*, 31 oktober. Geraadpleegd via: www.standaard.be/cnt/dmf20141030_01351599?pid=4325201. Laatst geconsulteerd: 30 november 2017.

De Nauw, A. (2014). Drugswet (2005-2013): Weinig beweging in de wetgeving, boeiende ontwikkeling in de rechtspraak, *Rechtskundig Weekblad,* 2014-15, 43.

De Nauw, A. (2012), 'Drugs', *Algemeen Privaatrecht*, 37.

De Pauw, W. (2009). *Justitie onder invloed. Belgen en vreemdelingen voor de correctionele rechtbank in Brussel: 28 jaar straftoemeting in drugszaken*. Brussel: VUB Press.

De Petrocellis, L. en Di Marzo, V. (2009). An introduction to the endocannabinoïd system: from the early to the latest concepts. *Best Practice & Research clinical Endocrinology & Metabolism,* 23(1), 1-15.

De Pla, P., Everhardt, V. en Van Gijzel, R. (2014). Manifest Joint Regulation. 31 januari 2014. Geraadpleegd via: www.voc-nederland.org/persberichten_pdf/LR_Manifest_Joint_regulation_31_januari_2014.pdf. Laatst geconsulteerd: 30 november 2017.

De Ruyver, B. en Fijnaut, C. (2014). *De derde weg: Een pleidooi voor een evenwichtig cannabisbeleid*. Antwerpen: Intersentia.

Derkzen, S. en Lensink, H. (2013), 'Internationaal is reguleren van wiet geen probleem', *Vrij Nederland,* 30 november 2013, 10-12.

Di Forti, M., Marconi, A., Carra, E., Fraietta, S., Trotta, A., Bonomo, M., et al. (2015). Proportion of patients in south London with first-episode psychosis attributable to use of high potency cannabis: a case-control study. *Lancet Psychiatry*, 2(3), 233-238.

Di Forti, M., Vassos, E., Lynskey, M., Craig, M., Murray, R.M. (2015). Cannabis and psychosis - Authors' reply. *Lancet Psychiatry*, 2(5), 382.

DiFranza, J.R. (2012). Which interventions against the sale of tobacco to minors can be expected to reduce smoking? *Tobacco Control*, 21(4), 436-442.

Di Marzo, V. (2009). The endocannabinoïd system: its general strategy of action, tools for its pharmacological manipulation and potential therapeutic exploitation. *Pharmacological Research*, 60(2), 77-84.

Duke, S.B. en Gross, A.C. (1998). Forms of legalization (p. 629). In J. M. Fish (Ed.), *How to legalize drugs*. New Jersey: Aronson.

du Plessis, S.S., Agarwal, A. en Syriac, A. (2015). Marijuana, phytocannabinoids, the endocannabinoid system, and male fertility. *J Assist Reprod Genet.*, 32(11), 1575-1588.

Earlywine, M. (2002). *Understanding marijuana. A new look at the scientific evidence*. Oxford: University Press.

Eastwood, N., Fox, E. en Rosmarin, A. (2016). *A quiet revolution: drug decriminalisation policies in practice across the globe*. Second edition. London: Release.

ECDD, WHO Expert Committee on Drug Dependence (2014). *Cannabis and cannabis resin: Information Document*, juni 2014, 36th Meeting, Geneva, 16-20.

EFE (2014, 1 August 2014). Uruguay hace primer llamado para producir y distribuir marihuana*. El Siglo*. Geraadpleegd via: http://elsiglo.com/internacional/uruguay-hace-primer-llamado-para-producir-distribuir-marihuana/23792185. Laatst geconsulteerd: 30 november 2017.

Ehrler, M., McGlade, E.C., Yurgelun-Todd, D. (2015). Subjective and cognitive effects of cannabinoids in marijuana smokers (pp. 159-181). In: Campolongo, P., Fattore, L. (eds). *Cannabinoid modulation of emotion, memory, and motivation*. New York: Springer.

El Comercio (2014, 7 November 2014). Uruguay defiende la venta del gramo de marihuana a US$1*. El Comercio*. Geraadpleegd via: http://elcomercio.pe/mundo/latinoamerica/uruguay-defiende-venta-gramo-marihuana-us1-noticia-1769772. Laatst geconsulteerd: 30 november 2017.

Elder, R.W., Shults, R.A., Sleet, D.A., Nichols, J.L., Thompson, R.S., en Rajab W. (2004). Effectiveness of mass media campaigns for reducing drinking and driving and alcohol-involved crashes: a systemic review. *American Journal of Prevention Medicine,* 7(1), 57-65.

El Pais (2015, 2 October 2015). El gobierno ya eligio a las dos empresas que se encargaran de cultivar la droga. Cannabis llega a farmacias en 8 meses; tres porros, US$ 1,20*. El Pais*.

ElSohly, M. en Slade, D. (2005). Chemical constituents of marijuana: the complex mixture of natural cannabinoids. *Life Sci.*, 78, 539-548.

EMCDDA (2012). *Jaarverslag 2012: Stand van de drugsproblematiek in Europa.* Lissabon: EMCDDA. Geraadpleegd via: www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/973/TDAC12001NLC_.pdf. Laatst geconsulteerd: September 14, 2017.

EMCDDA (2012), *Thematic papers – Illicit drug use in the EU: legislative approaches,* Lissabon: EMCDDA. Geraadpleegd via: www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/367/TP_IllicitEN_64393.pdf]. Laatst geconsulteerd: 25 april 2017.

EMCDDA (2014). *Data and Statistics.* Lissabon: EMCDDA. Geraadpleegd via www.emcdda.europa.eu/data/2014]. Laatst geconsulteerd: 14 september 2017.

EMCDDA (2015a). *Europees drugsrapport: trends en ontwikkelingen.* Lissabon: EMCDDA. Geraadpleegd via: www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_239505_NL_TDAT15001NLN.pdf]. Laatst geconsulteerd: 14 september 2017.

EMCDDA, (2015b) *New Psychoactive Substances in Europe: An Update from the EU Early Warning System*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

EMCDDA (2016a). *Europees drugsrapport: trends en ontwikkelingen.* Lissabon: EMCDDA. Geraadpleegd via: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2637/TDAT16001NLN.pdf]. Laatst geconsulteerd: 18 april 2017.

EMCDDA (2016b). *Statistical Bulletin.* Lissabon: EMCDDA. Geraadpleegd via: http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2016 . Laatst geconsulteerd: 18 april 2017.

EMCDDA en Europol (2016). *EU drugs market report: In-depth analysis*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Enquête Opsporingsmethoden (1996). *Deelonderzoek I: Georganiseerde criminaliteit in Nederland: De rol van autochtone criminele groepen*. Geraadpleegd via: https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-24072-17.html. Laatst geconsulteerd: 30 november 2017.

European Parliament, Committee of Inquiry into the Drugs Problems in the Member states of the Community (1986). *Report on the results of the Enquiry*. Rapporteur: Sir Jack Stewart-Clark.

Farrell G. en Brown R. (2016). On the Origins of the Crime Drop: Vehicle Crime and Security in the 1980s', *The Howard Journal of Crime and Justice*, 55(1-2), 226-237.

Fattore, L. en Fratta, W. (2011). Beyond THC: the new generation of cannabinoid designer drugs, *Frontiers in Behavioural Neuroscience*, 5, 60.

Felder, C.C. en Glass, M. (1998). Cannabinoid receptors and their endogenous agonists. *Annu. Rev. Pharmacol. Toxicol.*, 38, 179-200.

Fijnaut, C. and De Ruyver (2014). *De Derde Weg: een pleidooi voor een evenwichtig cannabisbeleid*. Antwerpen: Intersentia.

Finoulst, M., Vankrunkelsven, P., Vankrunkelsven, W. en Vervaet, W. (2015). Wat kunnen we verwachten van medicinale cannabis? *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 71(1), 65-68.

Fisar, Z. (2009). Phytocannabinoids and Endocannabinoids*. Current Drug Abuse Reviews*, 2(1), 51-75.

Fluit, A. (2016). Hoe de alcohollobby de tapkraan continu laat lopen. *De Morgen*, 9 februari 2016.

Freeman, R., Adekanmi, O., Waterfield, M., Waterfield, A., Wright, D. en Zajicek, J. (2006). The effect of cannabis on urge incontinence in patients with multiple sclerosis: a multicentre, randomised placebo-controlled trial (CAMS-LUTS). *International Urogynecology Journal,* 17(6), 636-641.

Fride, E. en Sañudo-Peã, M.C. (2002). Cannabinoids and endocannabinoids: behavioral and developmental aspects (pp. 174-204) In: S. Onaivi (Ed.), *Biology of marijuana. From gene to behavior*. London: Taylor & Francis.

Gaoni, Y. en Mechoulam, R. (1964). Isolation, structure and partial synthesis of an active constituent of hashish. *J. Am. Chem. Soc.*, 86, 1646-1647.

Gerritsen, H. (2000). *The control of fuddle and flash: a sociological history of the regulation of alcohol and opiates*. Leiden: Brill Academic Publishers.

Givel, M.S. en Glantz, S.A. (2001). Tobacco lobby political influence on US state legislatures in the 1990s. *Tobacco Control*, 124-134.

Global Commission on Drug Policy (2011). *War on Drugs: The report of the Global Commission on Drug Policy*. Geraadpleegd via: www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2012/03/GCDP_WaronDrugs_EN.pdf . Laatst geconsulteerd: 30 november 2017.

Global Commission on Drug Policy (2014). *Taking Control: Pathways to Drug Policies That Work*. Geraadpleegd via: www.globalcommissionondrugs.org/reports/taking-control-pathways-to-drug-policies-that-work/. Laatst geconsulteerd: 30 november 2017.

Goldacre, B. (2013). *Foute farma*. Uitgeverij De Geus.

Gotzsche, P.C. (2013). *Deadly medinices and organized crime. How Big Pharma has corrupted Healthcare.* Taylor and Francis.

Graham, L. (2015). Legalizing marijuana in the shadows of international law: the Uruguay, Colorado, and Washington models. *Wisconsin International Law Journal*, 33(1), 140-166.

Gray, J.P. (2001). *Why our drug laws have failed and what we can do about it. A judicial indictment of the war on drugs.* Philadelphia: Temple University Press.

Greenfield, V.A. en Paoli, L. (2017). Research As Due Diligence: What Can Supply-Side Interventions Accomplish and At What Cost? *International Journal of Drug Policy,* 41, 162–163.

Grinspoon, L. en Bakalar, J. (1995). Marihuana as Medicine. A Plea for Reconsideration. *JAMA*, 273(23), 1875-1876.

Grotenhermen, F. en Müller-Vahl, K. (2012). The therapeutic potential of cannabis and cannabinoids. *Deutsches Ärzteblatt international*, 109(29-30), 495-501.

Guindon, J. en Hohmann, A.G. (2009). The Endocannabinoid System and Pain. *CNS Neurol Disord Drug Targets*, 8(6), 403-421.

Gunderson, E.W., Haughey, H.M., Ait-Daoud, N., Joshi, A.S. en Hart, C.L. (2012). 'Spice' and 'K2' Herbal Highs: A Case Series and Systematic Review of the Clinical Effects and Biopsychosocial Implications of Synthetic Cannabinoid Use in Humans*. American Journal on Addictions*, 21(4), 320-326.

Grossman M., Chaloupka F.J., Saffer H. and Laixuthai A. (1994). Effects of alcohol price policy on youth: a summary of economic research. *Journal of Resesearch on Adolescence,* 4(2), 347-364.

Grotenhermen, F. (2007). The toxicology of cannabis and cannabis prohibition. *Chem Biodivers*, 4, 1744-1769.

Gutheil, M., Liger, Q., Heetman, A., Eager, J. en Bourgeon, S. (2016). *A Review and Assessment of EU Drug Policy.* Study commissioned by the European Parliament's Policy Department for Citizens' Rights and Constitutional Affairs at the request of the LIBE Committee. Geraadpleegd via: www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/571400/IPOL_STU(2016)571400_EN.pdf. Laatst geconsulteerd: 30 november 2017.

Hall, W. (2001). Reducing the harms caused by cannabis use: the policy debate in Australia, *Drug and Alcohol Dependence*, 62, 163-174.

Hall, W. en Lynskey, M. (2009). The challenges in developing a rational cannabis policy, *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 258-262.

Hall, W., Solowij, N. (1998). Adverse effects of cannabis. *Lancet,* 352(9140), 1611-1616.

Hallam, C., Bewley-Taylor, D. en Jelsma M. (2014). Scheduling in the international drugcontrol system, *Series on Legislative Reform of Drug Policies, 25*, TNI/IDPC June 2014.

Haney, M., Gunderson, E., Rabkin, J., Hart, C., Vosburg, S., Comer, S. en Foltin, R. (2007). Dronabinol and marijuana in HIV-positive marijuana smokers. Caloric intake, mood, and sleep. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 45(5), 545-554.

Haney, M., Rabkin, J., Gunderson, E. en Foltin, R. (2005). Dronabinol and marijuana in HIV(+) marijuana smokers: acute effects on caloric intake and mood. *Psychopharmacology*, 181(1), 170-178.

Harper, S., Strumpf, E.C. en Kaufman, J.S. (2012). Do medical marijuana laws increase marijuana use? Replication study and extension. *Ann Epidemiol*., 22(3), 207-212.

Hastings, G., Anderson, S., Cooke, E., en Gordon, R. (2005). Alcohol marketing and young people's drinking: a review of the research. *Journal of Public Health Policy*, 26(3), 296-311.

Haustein, J. en Groneberg, D. (2010). *Tobacco or health?* Heidelberg: Springer.

Hazekamp, A. (2006). An evaluation of the quality of medicinal grade cannabis in the Netherlands, *Cannabinoids*, 1(1), 1-9.

Her, M., Giesbrecht N., Room R. en Rehm J. (1999). Privatizing alcohol sales and alcohol consumption: evidence and implications. *Addiction*, 94(8), 1125-1139.

Howlett, A.C., Breivogel, C.S., Childers, S.R., Deadwyler, S.A., Hampson, R.E. en Porrino, L.J. (2004). Cannabinoid physiology and pharmacology: 30 years of progress. *Neuropharmacology*, 47(Suppl 1), 345–358.

Hough, M., Warburton, H., Few, B., May, T., Man, L.-H., Witton, J., et al. (2003). *A growing market: the domestic cultivation of cannabis*. York: The Joseph Rowntree Foundation.

Hudak, J. (2014). *Colorado's rollout of legal marijuana is succeeding. A report on the state's implementaiton of legalization*. Washington: The Brookings Institution.

IDCP, International Drug Policy Consortium (2016). *The 2016 Commission on Narcotic Drugs and its special segment on preparations for the UNGASS on the world drug problem: Report of proceedings.* Geraadpleegd via: http://idpc.net/publications/2016/03/idpc-drug-policy-guide-3rd-edition. Laatst geconsulteerd: 23 augustus 2017.

INCB, International Narcotics Control Board (2016). *Report for 2015*, 2 March. Geraadpleegd via: www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2015/English/AR_2015_E.pdf. Laatst geconsulteerd: 30 november 2017.

IARC, International Agency for Research on Cancer (2009). IARC Handbooks of Cancer Prevention, Tobacco Control, *Volume 13: Evaluating the Effectiveness of Smoke-Free Policies*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer.

IRCCA, Instituto de Regulación y Control de Cannabis (2014). *Llamado a expresiones de interes para producir y distribuir cannabis psicoactivo para su dispensacion en farmacias*. Montevideo: IRCCA.

IRCCA, Instituto de Regulación y Control de Cannabis (2015). *Adjudicacion de licencias: IRCCA selecciona dos empresas para la produccion y distribucion de cannabis para venta en farmacias*. 2 October. Geraadpleegd via: www.infodrogas.gub.uy/index.php?option=com_content&view=article&id=2807&catid=14&Itemid=59; Laatst geconsulteerd: 2 oktober 2017.

Iversen, L.L. (2000). *The science of marijuana*. New York: Oxford University Press.

Jelsma, M. (2016). 'UNGASS 2016: Prospects for Treaty Reform and UN System-Wide Coherence on Drug Policy,' *Foreign Policy at Brookings*. Geraadpleegd via: www.tni.org/files/download/treaty_reform_drug_policy_ungass2016.pdf . Laatst geconsulteerd: 30 november 2017.

Jelsma, M. en Armenta, A. (2015). *The UN Drug Control Conventions: a primer*. Amsterdam: Transnational Institute.

Johnson, J., Burnell-Nugent, M., Lossignol, D., Ganae-Motan, E., Potts, R. en Fallon, M. (2010). Multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled, parallel-group study of the efficacy, safety, and tolerability of THC: CBD extract and THC extract in patients with intractable cancer-related pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(2), 167-179.

Johnson, J., Lossignol, D., Burnell-Nugent, M. en Fallon, M., (2013). An open-label extension study to investigate the long-term safety and tolerability of THC/CBD oromucosal spray and oromucosal THC spray in patients with terminal cancer-related pain refractory to strong opioid analgesics. *Journal of Pain and Symptom Management*, 46(2), 207-218.

Joloha, R.C. (2008). *Tobacco use. Health and behavior*. New Delhi: New Age International (P) Limited.

Kalant, H. (2004). Adverse effects of cannabis on health: an update of the literature since 1996. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 28(5), 849-863.

Karila, L., Roux, P., Rolland, B., Benyamina, A., Reynaud, M., Aubin, H.J., et al. (2014). Acute and long-term effects of cannabis use: a review. *Curr Pharm Des,* 20(25), 4112-4118.

Kavia, R.B., Ridder, D., Constantinescu, C.S., Stott, C.G. en Fowler, C.J. (2010). Randomized controlled trial of Sativex to treat detrusor overactivity in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 16(11), 1349-1359.

Kedzior, K.K., Laeber, L.T. (2014). A positive association between anxiety disorders and cannabis use or cannabis use disorders in the general population – a meta-analysis of 31 studies. *BMC Psychiatry*, 14:136.

Keirse, A.L.M. (2002). Waar rook is, is vuur. Franse lessen inzake aansprakelijkheid en eigen schuld bij schade als gevolg van het roken, *Njb*, 1655.

Kerssemakers, R., van Meerten, R., Noorlander, E. en Vervaeke, H. (2008). *Drugs en Alcohol: Gebruik, misbruik en verslaving*. Houtem: Bohn Stafleu van Loghum.

Khalip, A. (2015). *EU drug agency sees no U.S.-like cannabis legalization moves*. Reuters. June 4. Geraadpleegd via: http://www.reuters.com/article/us-drugs-europe-idUSKBN0OK1U220150604. Laatst geconsulteerd: 30 november 2017.

Kilmer, B. (2014). Policy designs for cannabis legalization: starting with the eight P's. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 40(4), 259-261.

Kilmer, B., et al. (2013). *Multinational overview of cannabis production regimes*. Santa Monica: RAND Corporation.

Kleiman, M. A. R. (1992). *Against Excess: Drug policy for results*. New York: Basic Books.

Koenders, L., Cousijn, J., Vingerhoets, W.A., van den Brink, W., Wiers, R.W., Meijer, C.J., et al. (2016). Grey Matter Changes Associated with Heavy Cannabis Use: A Longitudinal sMRI Study. *PLoS One,* 11(5), e0152482.

Korf, D. (2002). Dutch Coffee Shops and Trends in Cannabis Use. *Addictive Behaviors*, 27(6), 851-866.

Korf, D. (2011). Marihuana behind and beyond coffee shops (pp. 181-193. In: T. Decorte, G. Potter en M. Bouchard (Eds.), *World Wide Weed. Global trends in cannabis cultivation and its control*. Surrey: Ashgate Publishing Company.

La Nacion (2015a, 5 March 2015). Tabare demora la aplicacion total de la ley de la marihuana. *La Nacion*. Geraadpleegd via www.lanacion.com.ar/1773399-tabare-demora-la-aplicacion-total-de-la-ley-de-la-marihuana. Laatst geconsulteerd: 30 november 2017.

La Nacion (2015b, 4 March 2015). Uruguay: Tabare Vazquez suspendio temporalmente la venta de marihuana en farmacias. *La Nacion*. Geraadpleegd via www.lanacion.com.ar/1773268-uruguay-tabare-vazquez-suspendio-la-venta-de-marihuana-en-farmacias. Laatst geconsulteerd: 30 november 2017.

Landelijk Bureau Bibob (2014). *Jaarverslag 2013*. 's Gravenhage: Ministerie van Veiligheid en Justitie.

Langford, R., Mares, J., Novotna, A., Vachova, M., Novakova, I., Notcutt, W. en Ratcliffe, S. (2013). A double-blind, randomized, placebo-controlled, parallel-group study of THC/CBD oromucosal spray in combination with the existing treatment regimen, in the relief of central neuropathic pain in patients with multiple sclerosis. *Journal of Neurology*, 260(4), 984-997.

Lap, M. (1993), Een vergunningsstelsel voor cannabis, *Justitiële Verkenningen*, 19(6), 111-119.

Leite, R.T., Nogueira, S.O., do Nascimento, J.P., de Lima, L.S., da Nobrega, T.B., Virginio, M.S., et al. (2015). The Use of Cannabis as a Predictor of Early Onset of Bipolar Disorder and Suicide Attempts. *Neural Plast*, 2015, 434127.

Levine, H.G. (2003), Global drug prohibition: its uses and crises. *International Journal of Drug Policy*, 14, 145-153.

Levine H.G. en Reinarman C. (2004). *Alcohol prohibition and drug prohibition. Lessons from alcohol policy for drug policy*. Amsterdam: Centrum voor Drugsonderzoek.

Levy D.T. en Friend K.B. (2003). The effects of clean indoor air laws: what do we know and what do we need to know? *Health Education Research*, 18(5), 592-609.

Lillard D.R., Malloy E. and Sfekas A. (2013). Smoking initiation and the iron law of demand, *Journal of Health Economics*, 32(1), 114-127.

López-Moreno, J.A., González-Cuevas, G., Moreno, G. en Navarro, M. (2008). The pharmacology of the endocannabinoid system: functional and structural interactions with other neurotransmitter systems and their repercussions in behavioral addiction. *Addiction Biology*, 13, 160-187.

Lynch, M.E. en Campbell, F. (2011). Cannabinoids for treatment of chronic non-cancer pain: a systematic review of randomized trials. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 72(5), 735-744.

MacCoun, R. en Reuter, P. (2001). Evaluating alternative cannabis regimes. *The British Journal of Psychiatry*, 178, 123-128.

MacCoun, R., Reuter, P. en Schelling, T. (1996). Assessing alternative drug control regimes. *Journal of Policy Analysis and Management*, 15(3), 330-352.

MacCoun, R. J. en Reuter, P. (2011). Assessing drug prohibition and its alternatives: a guide for agnostics (pp. 61-78). In: J. Hagan, K. L. Scheppele en T. R. Tyler (Eds.), *Annual Review of Law and Social Science,* 7, 61-78.

MacCoun, R. (2013). The paths not (yet) taken: lower risk alternatives to full-market legalization of cannabis (pp. 40-53). In: K. Tate, J. L. Taylor en M. Q. Sawyer (Eds.), *Something's in the air: race, crime, and the legalization of marijuana*. New York: Routledge.

MacKay, J. en Eriksen, M. (2002). *The tobacco atlas*. Genève: Myriad Editions Limited.

Maertens, R.M., White, P.A., Williams, A., Yauk, C.L. (2013). A global toxicogenomic analysis investigating the mechanistic differences between tobacco and marijuana smoke condensates in vitro. *Toxicology*, 308, 60-73.

Mahieu, W. (2005). Drugs: wetgeving. In: A. Vandeplas, P. Arnou en S. Van Overbeke, *Strafrecht en strafvordering. Artikelsgewijze commentaar met overzicht van rechtspraak en rechtsleer*. Mechelen: Kluwer.

Marconi, A., Di, F.M., Lewis, C.M., Murray, R.M., Vassos, E. (2016). Meta-analysis of the Association Between the Level of Cannabis Use and Risk of Psychosis. *Schizophr Bull*, 42(5), 1262-1269.

Marshall, I.H. (2013). Pot, crack en Obama's 'third way': liberalisering van drugsbeleid in de Verenigde Staten? *Justitiele Verkenningen*, 39(8), 52-71.

Martins-Green, M., Adhami, N., Frankos, M., Valdez, M., Goodwin, B. et al. (2014). Cigarette Smoke Toxins Deposited on Surfaces: Implications for Human Health, *PLoS ONE*, 12 p. Geraadpleegd via: www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0086391. Laatst geconsulteerd: 30 november 2017.

Matt, G., Quintana, P.J.E., Zakarian, J., Fortmann, A.L., Chatfield, D.A., Hoh, E., Uribe, A.M., en Hovell, M.F. (2010). When smokers move out and non-smokers move in: residential thirdhand smoke pollution and exposure,

Tobacco Control, 9 p. Geraadpleegd via: http://tobaccocontrol.bmj.com/content/20/1/e1.full.pdf+html?sid=b7c00ff2-20c8-4ed1-bdc2-342031535ffb. Laatst geconsulteerd: 30 november 2017.

McAllister, W. (2000). *Drug Diplomacy in the Twentieth Century*. London: Routledge.

McBride, D., Terry, Y. en Inciardi, J. (1999). Alternative perspectives on the drug policy debate. In: J. Inciardi (Ed.), *The drug legalization debate*. Thousand Oaks, CA: Sage Press.

McGreal, C. (2014, 5 November 2014). Oregon and Alaska voters approve legalise recreational marijuana laws. *The Guardian*. Geraadpleegd via: www.theguardian.com/us-news/2014/nov/05/oregon-legalises-marijuana-recreational. Laatst geconsulteerd: 30 november 2017.

Meiri, E., Jhangiani, H., Vredenburgh, J., Barbato, L., Carter, F., Yang, H., en Baranowski, V. (2007). Efficacy of dronabinol alone and in combination with ondansetron versus ondansetron alone for delayed chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Current Medical Research and Opinion*, 23(3), 533-543.

Michel, G. (2005). Montesquieu en de drugswet van 3 mei 2003. In: F. Verbruggen, R. Verstraeten, D. Van Daele en B. Spriet (eds.), *Strafrecht als roeping. Liber amicorum Lieven Dupont*. Leuven: Universitaire Pers.

Mills, J.H. (2013). *Cannabis Nation: Control and Consumpyionin Britain, 1928-2008*. Oxford University Press.

Miron, J.A. (2004). *Drug War Crimes: The Consequences of Prohibition*. Oakland, CA: The Independent Institute.

Monshouwer, K., Laar, M. V. en Vollebergh, W.A. (2011). Buying cannabis in 'coffee shops'. *Drug & Alcohol Review*, 30, 148-156.

Moore, T.H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., et al. (2007). Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet*, 370, 319-328.

Murray, R.M., Morrison, P.D., Henquet, C. en Di Forti (2007). Cannabis, the mind and society: the hash realities. *Nature Reviews - Neuroscience*, 10 oktober 2007.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2017). *Rethinking Drinking: What's the harm? What are the risks?* Geraadpleegd via: www.rethinkingdrinking.niaaa.nih.gov. Laatst geconsulteerd: 30 november 2017.

New York Times, The. Editorial Board 8216). *Rethinking the Global War on Drugs*. April 25. Geraadpleegd via: www.nytimes.com/2016/04/25/opinion/rethinking-the-global-war-on-drugs.html?_r=0. Laatst geconsulteerd: 30 november 2017.

Nicholson, T. (1992), The primary prevention of illicit drug problems: an argument for decriminalisation and legalization. *The Journal of Primary Prevention*, 12(4), 275-288.

Niesink, R. en Van Laar, M. (2012). *THC, CBD en gezondheidseffecten van wiet en hasj: recente inzichten*. Utrecht: Trimbos Instituut.

Niesink, R. en Van Laar, M. (2016). *THC, CBD en gezondheidseffecten van wiet en hasj: update 2016*. Utrecht: Trimbos Instituut.

Niesink, R. en Rigter, S. (2012). *THC-concentraties in wiet, nederwiet en hash in Nederlandse coffeeshops (2011-2012).* Utrecht: Trimbos Instituut.

Pacula, R. L., Powell, D., Heaton, P. en Sevigny, E.L. (2015). Assessing the effects of medical marijuana laws on marijuana use: the devil is in the details. *Journal of Policy Analysis and Management*, 34(1), 7-31.

Pampel, F. (2009). *Tobacco industry and smoking. Facts on File,* New York, Infobase Publishing, 27-30.

Plettinckx, E., Antoine, J., Blanckaert, P., De Ridder, K., Vander Laenen, F., Laudens, F., Casero, L. en Gremeaux, L. (2014). *Belgisch Nationaal drugsreport 2014, Nieuwe Ontwikkelingen en Trends*. WIV-ISP, Brussels.

OAS, Organization of the American States General Secretariat (2013a). *The Drug Problem in the Americas*. Washington, DC: OAS.

OAS, Organization of the American States General Secretariat (2013b). *Scenarios for the Drug Problem in the Americas*. 2013-2015. Washington, DC: OAS.

Ooyen-Houben, M. v. (2006). Hoe werkt het Nederlandse drugsbeleid? *Justitiële Verkenningen*, 32(1), 24-45.

Ooyen-Houben, M. v., Bieleman, B. en Korf, D. (2014). *Coffeeshops, toeristen en lokale markt. Evaluatie van het Besloten club- en het Ingezetenencriterium voor coffeeshops - eindrapport*. Den Haag: WODC.

Otañez, M.G., Mamudu, H.M. en Glantz, S.A. (2009). Tobacco Companies' Use of Developing Countries' Economic Reliance on Tobacco to Lobby Against Global Tobacco Control: the Case of Malawi, *American Journal of Public Health*, 99(10), 1759-1771.

Ours, J. C. v. (2011). *The long and winding road to cannabis legalization*: Tilburg University.

Pacula, R.L., MacCoun, R., Reuter, P., Chriqui, J., Kilmer, B., Harris, K., Paoli, L., Schäfer, C. (2005). What Does It Mean to Decriminalize Marijuana? A Cross-National Empirical Examination (pp. 347-370). In: B. Lindgren and M. Grossman (eds.), *Substance Abuse: Individual Behaviour, Social Interactions, Markets and Politics*. Amsterdam: Elsevier.

Pacula, R.L., et al. (2014). Developing public health regulations for marijuana: lessons from alcohol and tobacco. *American Journal of Public Health*, 104(6), 1021–1028.

Paoli, L., Greenfield, V.A. en Reuter, P. (2012). Change is Possible: The History of the International Drug Control Regime and Implications for Future Policymaking. *Substance Use and Misuse*, 47(8-9), 923-935.

Paoli, L., Decorte, T. en Kersten, L. (2015). Assessing the harms of cannabis cultivation in Belgium. *International Journal of Drug Policy*, 26(3), 277-289.

Pardo, B. (2014). Cannabis policy reforms in the Americas: A comparative analysis of Colorado, Washington, and Uruguay. *International Journal of Drug Policy*, 25, 727-735.

Penn, R.A. (2014). Establishing expertise: Canadian community-based medical cannabis dispensaries as embodied health movement organisations. *International Journal of Drug Policy*, 25, 372-377.

Pepper, R. (2011). *Drug club: Spain's alternative cannabis economy.* Transnational Institute.

Pertwee, R.G. (1995) (Ed.). *Cannabinoid Receptors*. London: Academic Press.

Pertwee, R.G. (2008). The diverse CB1 and CB2 receptor pharmacology of three plant cannabinoids: Δ9-tetrahydrocannabinol, cannabidiol and Δ9-tetrahydrocannabivarin. Review. *Britisch Journal of Pharmacology*, 153, 199-215.

Popova S., Giesbrecht N., Bekmuradov D. en Patra J. (2009). Hours and days of sale and density of alcohol outlets: impacts on alcohol consumption and damage: a systematic review. *Alcohol & Alcoholism*. 44(5), 500-516.

Potter, G., Bouchard, M. en Decorte, T. (2011), The globalization of cannabis cultivation (pp. 1-20). In: Decorte, T., Potter, G. en Bouchard, M. (eds.), *World wide weed. Global Trends in Cannabis Cultivation and its Control*. London: Ashgate Publishers.

Pudney, S. (2010). Drugs policy: what should we do about cannabis?, *Economic Policy*, 165-211.

Raad van de Europese Unie (2004). Kaderbesluit 2004/757/JBZ van de Raad van 25 oktober 2004 betreffende de vaststelling van minimumvoorschriften met betrekking tot de bestanddelen van strafbare feiten en met betrekking tot straffen op het gebied van de illegale drugshandel. *Publicatieblad van de Europese Unie,* L 335, 8-11.

Raad van de Europese Unie (2012). Aanbevelingen: Raad: EU-drugsstrategie (2013-2020). *Publicatieblad van de Europese Unie,* C 402, 01-10.

Radhakrishnan, R., Wilkinson, S.T., D'Souza, D.C. (2014). Gone to pot: a review of the association between cannabis and psychosis. *Front Psychiatry,* 5, 54.

Rasmussen, D.W. en Benson, B.L. (1994). *The economic anatomy of a drug war. Criminal Justice in the Commons*. London: Rowman & Littlefield Publishers.

Reinarman, C. (2009). Cannabis policies and user practices: market separation, price, potency, and accessibility in Amsterdam and San Francisco. *International Journal of Drug Policy*, 20, 28-37.

Repp, K., Raich, A. (2014). *Marijuana and health: a comprehensive review of 20 years of research*. Washington County Oregon: Department of Health and Human Services.

Ripolles, J.L.D. en Sanchez, J.M. (2012). Licitud de la autoorganizacion del consumo de drogas. *Jueces para la Democracia*, 75, 49-77.

Ritter, A. en Cameron, J. (2006). A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs, *Drug and Alcohol Review*, 25, 611-624.

Roberts, M., Bewley-Taylor, D. en Trace, M. (2005). *Facing the future: the challenge for national and international drug policy*. The Beckley Foundation Drug Policy Programme, Report nr. 6, 16 p.

Robledo, P., Berrendero, F., Ozaita, A. en Maldonado, R. (2008). Advances in the field of cannabinoid-opioid cross-talk. *Addiction Biology*, 13, 213-224.

Room, R., et al. (2010). *Cannabis Policy: Moving Beyond Stalemate*. Oxford: Oxford University Press.

Room, R. (2014). Legalizing a market for cannabis for pleasure: Colorado, Washington, Uruguay and beyond. *Addiction*, 109(3), 345-351.

Rosiers, J. (2016). *Uitgaansonderzoek 2015*. Brussel: VAD.

Rosiers, J. (2017). *VAD-Leerlingenbevraging. In het kader van een drugbeleid op school: Syntheserapport schooljaar 2015-2016*. Brussel: VAD.

Rosmarin, A. en Eastwood, N. (2012). *A quiet revolution: drug decriminalisation policies in practice across the globe*. London: Release.

Sachs, J., McGlade, E., Yurgelun-Todd, D. (2015). Safety and Toxicology of Cannabinoids. *Neurotherapeutics*, 12(4), 735-746.

Saffer, H. en Chaloupka, F.J. (2001). The effect of tobacco advertising bans on tobacco consumption. *Journal of Health Economics*, 19(6), 1117-1137.

Samoy, I and E. Coutteel, eds. (2016). *Het rookverbod uitbreiden? Juridisch onderzoek, casussen en aanbevelingen*. Leuven: Acco.

Sanchez, J.M. en Navarro, S.S. (2000). Uso terapeutico del cannabis y creacion de establecimientos para su adquisicion y consumo: viabilidad legal. *Boletin Criminologico*, 47.

Sannino, C. (2017) La battaglia sulla marijuana Roberti, procuratore nazionale antimafia spiega il suo sì. *La Repubblica*. Mei 6. Geraadpleegd via: http://napoli.repubblica.it/cronaca/2017/05/06/news/la_battaglia_sulla_marijuana_roberti_procuratore_nazionale_antimafia_spiega_il_suo_si_-164752790/. Laatst geconsulteerd: 30 november 2017.

Schengen Akkoord (2000). Akkoord tussen het Koninkrijk der Nederlanden, het Koninkrijk België, de Bondsrepubliek Duitsland, de Franse Republiek en het Groothertogdom Luxemburg betreffende de geleidelijke afschaffıng van de controles aan de gemeenschappelijke grenzen, Schengen 14 juni 1985, *Publicatieblad van de Europese Unie,* L 239/13.

Scott, S., Muirhead, C., Shucksmith, J., Tyrrell, R., Kaner, E. (2017). Does Industry-Driven Alcohol Marketing Influence Adolescent Drinking Behaviour? A Systematic Review, *Alcohol and Alcoholism*, 52(1), 84–94.

Seely, K.A., Prather, P.L., James, L.P. en Moran, J.H. (2011). Marijuana-based Drugs: Innovative Therapeutics or Designer Drugs of Abuse?. *Molecular Interventions*, 11(1), 36-51.

Senate Special Committee on Illegal Drugs (2002). *Cannabis: Our Position for a Canadian Public Policy: Report of the Senate Special Committee on Illegal Drugs. Part IV and Conclusions*. Geraadpleegd via: https://sencanada.ca/Content/SEN/Committee/371/ille/rep/repfinalvol3-e.pdf. Laatst geconsulteerd: 30 november 2017.

Schäfer, C. en Paoli, L. (2006). *Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis. Eine Untersuchung zur Rechtswirklichkeit der Anwendung des § 31 a BtMG und anderer Opportunitätsvorschriften auf Drogenkonsumentendelikte.* Schriftenreihe des Max-Planck-Instituts für ausländisches und internationales strafrecht.reihe k: kriminologische forschungsberichte. Berlin: Duncker & Humblot.

Schatman, M.E. (2015). Medical Marijuana: the state of the science. *Medscape Neurology [Internet]*. Geraadpleegd via: www.medscape.com/viewarticle/839155. Laatst geconsulteerd: 20 april 2015.

Sipp, W. (2016*). Statement by Mr. Werner Sipp, President, International Narcotics Control Board (INCB),* Fifty-ninth session of the Commission on Narcotic Drugs, 14 March 2016. Geraadpleegd via: www.incb.org/incb/en/news/speeches/2016/ungass_cnd.html. Laatst geconsulteerd: 30 november 2017.

Smith, L. en Jess, C. (2011). Cannabinoids for nausea and vomiting in cancer patients receiving chemotherapy. In: *Cochrane Liberary [Dbase].* Z.U.: Cochrane.

Snacken, S. (2007). Penal policy and practice in Belgium. In: M. Tonry (ed.), *Crime, punishment and politics in comparative perspective.* Chicago: The University of Chicago Press.

Snippe, J., Bieleman, H., Naayer, H., en Ogier, C. (2004). *Preventieve doorlichting cannabissector*. Groningen/Rotterdam: Intraval.

Spapens, A. C., Van de Bunt, H. G., Rastovac, L. en Miralles Sueiro, C. (2007). *De wereld achter de wieteelt*. Den Haag: Boom.

Strasser, F., Luftner, D., Possinger, K., Ernst, G., Ruhstaller, T., Meissner, W., Ko, Y., Schnelle, M., Reif, M. en Cerny, T. (2006). Comparison of orally administered cannabis extract and delta-9-tetrahydrocannabinol in treating patients with cancer-related anorexia-cachexia syndrome: a multicenter, phase III, randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial from the Cannabis-In-Cachexia-Study-Group. *Journal Of Clinical Oncology*, 24(21), 3394-3400.

SUO, Schengen Uitvoeringsovereenkomst (2000). Overeenkomst ter uitvoering van het te Schengen gesloten akkoord van 14 juni 1985, 19 juni 1990, *Publicatieblad van de Europese Unie,* L 239/19.

Teurlings, M. en Cohen, P. (2005). Het regelen van de 'achterdeur' van coffeeshops. Onderzoek naar juridische belemmeringen. *Nederlands Juristenblad*, 5, 298-302.

Tomida, I., Azuara-Blanco, A., House, H., Flint, M., Pertwee, R. en Robson, P. (2006). . Effect of sublingual application of cannabinoids on intraocular pressure: a pilot study. *Journal of Glaucoma*, 15(5), 349-353.

Transform Drug Policy Foundation (2013). *How to regulate cannabis. A practical guide*. Bristol: Transform.

Transnational Institute (2016). *Cannabis regulation and the UN drug treaties: Strategies for reform june 2016*. Amsterdam: Transnational Institute.

Trimbos Instituut. (2016). *Nationale Drug Monitor: Jaarbericht 2016*. Utrecht: Trimbos Instituut. *(18+).* Geraadpleegd via: www.trimbos.nl. Laatst geconsulteerd: 30 november 2017.

UN, United Nations 1961. *Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, as amended by the 1972 Protocol Amending the Single Convention on Narcotic Drugs*, New York: United Nations. Geraadpleegd via: www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf. Laatst geconsulteerd: 30 november 2017.

UN, United Nations 1971. *Convention on psychotropic substances*. New York: United Nations. Geraadpleegd via: https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=VI-16&chapter=6&lang=en. Laatst geconsulteerd: 30 november 2017.

UN, United Nations 1998a. *Commentary on the United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances*, given in Vienna on 20 December 1988, (E/CN.7/590), New York: United Nations

UN, United Nations 1988b. *United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances*, New York: United Nations.

UN, United Nations. 2016. *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*. New York: United Nations.

UN General Assembly (2016). *Resolution adopted by the General Assembly on 19 April 2016. Our joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem.* A/RES/S-30/1. Geraadpleegd via: https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N16/110/24/PDF/N1611024.pdf. Laatst geconsulteerd: 30 november 2017.

UNODC, United Nations Office on Drugs and Crime (2013). *The International Drug Control Conventions*. Vienna: United Nations.

UNODC (2006). *World Drug Report, Volume 1: Analysis*. 25.08.2016, UNOCD. Geraadpleegd via: www.unodc.org/pdf/WDR_2006/wdr2006_volume1.pdf. Laatst geconsulteerd: 30 november 2017.

Urgente 24. (2014, 7 November 2014). Uruguay debate cuanto vale 1 gramo de marihuana*. Urgente24*. Geraadpleegd via: www.urgente24.com/232680-uruguay-debate-cuanto-vale-1-gramo-de-marihuana. Laatst geconsulteerd: 30 november 2017.

US Department of Health and Human Services (2006). *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General.* Washington, DC.

VAD (2003). *Drugs etc: Factsheet Cannabis*. Brussel: Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen.

VAD (2014). *Probleemverkennende nota cannabisbeleid*. Brussel: Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen.

VAD (2016). *Factsheet alcohol.* Brussel: Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen.Geraadpleegd via: www.vad.be/assets/factsheet-alcohol. Laatst geconsulteerd: 30 november 2017.

VAD (2016). *Waarom VAD niet samenwerkt met de alcoholindustrie.* Brussel: Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen. Geraadpleegd via: www.vad.be/assets/1501. Laatst geconsulteerd: 30 november 2017.

Van den Wyngaert, C. (2009). *Strafrecht en strafsprocesrecht in hoofdlijnen*. Antwerpen: Maklu.

van de Bunt, H.C. (2006). Hoe stevig zijn de fundamenten van het cannabisbeleid? *Justitiële verkenningen,* 32(1), 10-23.

Van der Ende, G. (2013). Roken is abnormaal, *De Kwestie,* 6-7.

Vander Laenen, F. en Dhont, F. (2003). Zalven en slaan. Een eerste analyse van de nieuwe drugwetgeving, *Tijdschrift voor Strafrecht,* 227, 238.

Vander Laenen, F., De Ruyver, B., Christiaens, J. en Lievens, D. (2011). *Drugs in cijfers III. Onderzoek naar de overheidsuitgaven voor het drugsbeleid in België.* Gent: Academia Press.

Vanderbeken, T. en Baeten, K. (2002). *Strafrecht en administratieve afhandeling*. Gent: Onderzoek Institute for International Research on Criminal Policy, Universiteit Gent.

Van der Pol, P., Liebregts, N., De Graaf, R., Korf, DJ., Van Den Brink, W. en Van Laar, M. (2011). The Dutch Cannabis Dependence (CANDEP) study on the course of frequent cannabis use and dependence objectives, methods and sample characteristics. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 20(3), 169-181.

Van Der Veen, H.T. (2009). Regulation in spite of prohibition. The control of cannabis distribution in Amsterdam. *Cultural Critique,* 71, 129-147.

Vandrey, R. en Haney, M. (2009) Pharmacotherapy for cannabis dependence: how close are we?. *CNS Drugs*, 23(7), 543-553.

Van Dijk, J.J. (1997). De smalle marges van het Nederlandse drugbeleid. Een kosten-baten-analyse. *Tijdschrift voor Criminologie*, 39(1), 2-23.

Van Dijk J.J. Tseloni A., en Farrell G, (2012). *The International Crime Drop: New Directions in Research*. London: Palgrave Macmillan.

Vandromme, S. (2004). Gedoogbeleid cannabis in drugwet te vaag, *Juristenkrant*, nr. 97, 7.

Van Espen, H. en Vanthienen, S., (2016). *Duiding drugs. Praktijkgids 2016*, Brussel: Larcier.

Van Gaever, J. (2007). De teelt van cannabisplanten: een gordiaanse knoop doorgehakt?, *T.Strafr.,* 1(3), 10-11.

Van Gaever, J. (2003). De nieuwe drugwet: wijzigingen en toepassingsmo(g)e(i)lijkheden, *T.Strafr.*, (275) 277.

Vanhove, W., Van Damme, P., Surmont, T, Van Puyenbroeck, L. en De Ruyver B. (2011). *YILCAN: Eindrapport*. Gent: Universiteit Gent.

Van Kempen, P. en Fedorova, M. (2014). *Internationaal recht en cannabis: Een beoordeling op basis van VN-drugsverdragen en EU-drugsregelgeving van gemeentelijke en buitenlandse opvattingen pro regulering van cannabisteelt voor recreatief gebruik*. Deventer: Kluwer.

Van Kempen, P. en Fedorova, M. (2016a). Internationaal recht biedt ruimte voor legalisering cannabis. 30 mei. Geraadpleegd via: www.ru.nl/nieuws-agenda/nieuws/vm/law/law/2016/ruimte-voor-legalisering-cannabis/. Laatst geconsulteerd: 30 november 2017.

Van Kempen, P. en Fedorova, M. (2016b). *Internationaal recht en cannabis II: Regulering van cannabisteelt en -handel voor recreatief gebruik: positieve mensenrechtenverplichtingen versus VN-drugsverdragen*. Deventer: Kluwer.

Van Laar, M. en van Ooyen-Houben, M., eds. (2009). *Evaluatie van het Nederlandse drugsbeleid.* Utrecht/Den Haag: WODC, Trimbos-Instituut.

Van Laar M.W., Cruts G, Van Ooyen-Houben M., Croes E., Van der Pol P., Meijer, R., Ketelaars T., (2014). *The Netherlands drug situation 2013: report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point*. Trimbos-instituut/WODC, Utrecht/DenHaag.

Van Laar, M., Van Der Pol, P., Niesink, R. (2016). Limitations to the Dutch cannabis toleration policy: Assumptions underlying the reclassification of cannabis above 15% THC. *International Journal of Drug Policy*, 34, 58-64.

Vanmarcke, K. (2013). *Dossier cannabis*. Brussel: VAD.

Van Wilgenburg, H. (1994). Cannabis: een farmacologische benadering. In: W.R. Buisman e.a. (Eds.), *Handboek Verslaving: hulpverlening, preventie en beleid.* Houtem/ Diegem: Bohn Stafleu Van Logum, 1-13.

Vardakou, I., Pistos, C. en Spiliopoulou, Ch. (2010). Spice drugs as a new trend: Mode of action, identification and legislation. *Toxicology Letters*, 197, 157-162.

Velasco, G., Sánchez, C. en Guzmán, M. (2012). Towards the use of cannabinoids as antitumour agents. *Nature Reviews Cancer*, 12(6), 436-444.

Verbruggen, F. (2005). Strafwaardigheid: nooduitgang of deur naar de dogmatische verfijning? In F. Verbruggen, R. Verstraeten, D. Van Daele en B. Spriet (Eds.), *Strafrecht als roeping. Liber amicorum Lieven Dupont.* Leuven: Universitaire Pers, 159-186.

VOC, Verbond voor Opheffing van het cannabisverbod (2016a). *Rapport van kempen II zet deur open naar legalisering cannabisteelt*. Geraadpleegd via: www.voc-nederland.org/2016/05/rapport-van-kempen-ii-zet-deur-open-naar-legalisering-cannabisteelt/. Laatst geconsulteerd: 30 november 2017.

VOC, Verbond voor Opheffeing van het cannabisverbod (2016b). *Aantal joint regulation gemeenten nu op 61.* Geraadpleegd via: www.voc-nederland.org/2016/11/aantal-joint-regulation-gemeenten-nu-op-61/. Laatst geconsulteerd: 30 november 2017.

Volkow, N.D., Baler, R.D., Compton, W.M., Weiss, S.R. (2014). Adverse health effects of marijuana use. *The New England Journal of Medicine*, 370(23), 2219-27.

Vienna Convention on the Law of Treaties (with annex). Concluded at Vienna on 23 May 1969.

Wade, D., Makela, P., House, H., Bateman, C. en Robson, P. (2006). Long-term use of a cannabis-based medicine in the treatment of spasticity and other symptoms in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis,* 12(5), 639-645.

Wang, T., Collet, J., Shapiro, S. en Ware, M. (2008). Adverse effects of medical cannabinoids: a systematic review. *Canadian Medical Association Journal*, 178(13), 1669-1678.

Werb, D., Rowell, G., Guyatt, G., Kerr, T., Montaner, J., Wood, E. (2011). Effect of drug law enforcement on drug market violence: a systematic review, *International Journal of Drug Policy*, 22, 87-94.

Weinstein, A.M. en Gorelick, D.A. (2011). Pharmacological treatment of cannabis dependence. *Current Pharmaceutical Design*, 17(14), 1351-1358.

Wagenaar A.C., Maldonado-Molina M.M., Ma L., Tobler A.L. en Komro K.A. (2007). Effects of BAC limits on fatal crash involvement: analyses of 28 states from 1976 through 2002. *Journal of Safety Research,* 38(5), 493-499.

Walsh, J. en Ramsey, G. (2015). *Uruguay's drug policy: major innovations, major challenges*. Washington: Brookings Institution.

Wang, L.-N. (2014). Marijuana: the haze that threatens to cloud perceptions of pharmacy. *International Pharmacy Journal*, 32(1), 4-8.

Whiting, P.F., Wolff, R.F., Deshpande, S., Di Nisio, M., Duffy, S., Hernandez, A.V., Keurentjes, J.C., Lang, S., Misso, K., Ryder, S., Schmidlkofer, S., Westwood, M., Kleijnen, J. (2015). Cannabinoids for Medical Use: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 313(24), 2456-73.

Wilsey, B., Marcotte, T., Deutsch, R., Gouaux, B., Sakai, S. en Donaghe H. (2013). Low-dose vaporized cannabis significantly improves neuropathic pain. *Journal of Pain*, 14(2), 136-148.

Wishnia, S. (2005). *Het Cannabiskompas: Een handboek dat niets onvermeld laat*. Atrium: Rijswijk.

WHO, World Health Organization (2000). *European alcohol action plan 2000-2005*. Geraadpleegd via: www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcoholuse/publications/pre-2009/european-alcohol-actionplan-20002005. Laatst geconsulteerd: 11 maart 2014.

WHO, World Health Organization (2006). *WHO Expert Committee on Drug Dependence, Thirty-Fourth Report.* Geneva: World Health Organization.

WHO, World Health Organization (2010). *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. 2010.* Geraadpleegd via: www.who.int/substance_abuse/activities/gsrhua/en. Laatst geconsulteerd: October 8, 2017.

WHO, World Health Organization (2015). *Alcohol fact Sheet*. Geraadpleegd via: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/en/. Laatst geconsulteerd: 20 november 2017.

WHO, World Health Organization (2016). *WHO Expert Committee Thirty-seventh report*. Geneva: WHO.

WHO, World Health Organization (2017). *The Health and Social Effects of Nonmedical Cannabis Use*. Geneva: WHO.

WHO, World Health Organization (n.d.). *Guidelines for implementation of Article 13 of the WHO framework convention on tobacco control*. Geraadpleegd via: http://www.who.int/fctc/guidelines/article_13.pdf. Laatst geconsulteerd: 11 maart 2017.

WHO Expert Committee on Drug Dependence (2014*). Cannabis and cannabis resin: Information Document*, 36th Meeting, Geneva, 16-20 June.

Wouters, M. en Korf, D.J. (2009). Access to licensed cannabis supply and the separation of markets policy in the Netherlands. *Journal of Drug Issues*, 39(3), 627-652.

X (25.04.2016). Editorial: Rethinking the Global War on Drugs. *New York Times*.

Xu, X. and Chaloupka, F.J. (2011). The effects of prices on alcohol use and its consequences. *Alcohol Research & Health*, 34(2), 236-245.

Youssef, F.F. en Irving, AJ. (2012). From cannabis to the endocannabinoïd system: Refocussing attention on potential clinical benefits. *West Indian Medical Journal*, 61(3), 264-270.

Zalesky, A., Solowij, N., Yücel, M., et al. (2012). Effect of long-term cannabis use on axonal fibre connectivity. *Brain*, 135, 2245-2255.

BIJLAGE 1 – DEFINITIES VAN JURIDISCHE CONCEPTEN

- **Depenaliseren en decriminaliseren:** Hoewel er geen consensus bestaat over de precieze betekenis van deze begrippen, maken sommige auteurs en instellingen *internationaal* een onderscheid tussen depenaliseren en decriminaliseren (EMCDDA; 2005: 12; Pacula e.a., 2005). In dat onderscheid bedoelen ze met 'depenaliseren' dat een gedraging niet meer wordt bestraft, maar wel formeel strafbaar blijft en het statuut van misdrijf blijft behouden. De term 'decriminalisering' betekent dat de gedraging uit het strafrecht wordt geschrapt, maar via een ander mechanisme wordt bestraft (bijvoorbeeld via administratieve sancties).

  In *België* zijn de begrippen 'crimineel' en 'penaal' in deze context synoniemen (Verbruggen, 2005). Zowel 'depenaliseren' als 'decriminaliseren' betekent dat een gedraging uit het strafrecht verdwijnt. De gedraging kan worden gelegaliseerd of gereguleerd, maar evengoed via andere mechanismen gesanctioneerd. Het komt erop neer dat het persoonlijk gebruik van cannabis formeel uit de strafwet wordt gehaald en dus niet langer een misdrijf uitmaakt. Wanneer een gedraging echter strafbaar blijft, maar om opportuniteitsredenen niet wordt bestraft (zoals in België in geval van het bezit van een kleine hoeveelheid cannabis voor persoonlijk gebruik), spreekt men in het Belgische juridische discours niet over 'depenaliseren', maar, naar Nederlands voorbeeld, over 'gedogen'.

- **Legaliseren**: wettelijk toegelaten maken. Het legaliseren van 'het bezit van cannabis voor persoonlijk gebruik' houdt niet alleen in dat dit misdrijf uit de strafwet verdwijnt, maar ook dat er geen administratieve sancties of burgerrechtelijke aansprakelijkheid aan verbonden zijn. Legalisering gaat steeds gepaard met regulering (*infra*) en houdt niet noodzakelijk in dat alle druggerelateerde handelingen, zoals handel en productie, uit de sfeer van de strafbaarheid verdwijnen. Als de wetgever 'het bezit van cannabis voor persoonlijk gebruik' in bepaalde gevallen zou legaliseren, houdt dit in dat het volledig toegelaten is en op geen enkele manier wordt gesanctioneerd, mits het respecteren van de bijhorende regulering. Hierin verschilt legaliseren van decriminaliseren en depenaliseren.

- **Reguleren**: een wettelijk kader creëren. Als de wetgever het gebruik van cannabis legaliseert, zal hij hieraan steeds bepaalde voorwaarden verbinden. De regulering van het cannabisgebruik houdt in dat de productie, de verkoop, het bezit, het gebruik, enz. van cannabis aan overheidsregels en eventueel overheidscontrole zou worden onderworpen.

- **Niet-strafbaar**: een gedrag dat of handeling die niet als misdrijf kwalificeerbaar is, is strafrechtelijk gezien niet strafbaar. Dit gedrag kan wel in aanmerking komen voor andere, niet-strafrechtelijke, sancties, bijvoorbeeld een gemeentelijke administratieve sanctie (*infra*). Niet-strafbaar gedrag kan ook niet-toegelaten of illegaal zijn. Het is dus geen synoniem voor legaal gedrag. Daarnaast bestaan er gedragingen die wel als misdrijf kwalificeerbaar zijn, maar niet strafbaar zijn, aangezien de wetgever in een rechtvaardigingsgrond voorzien heeft, bijvoorbeeld het gebruik van cannabis voor medische doeleinden.[37]

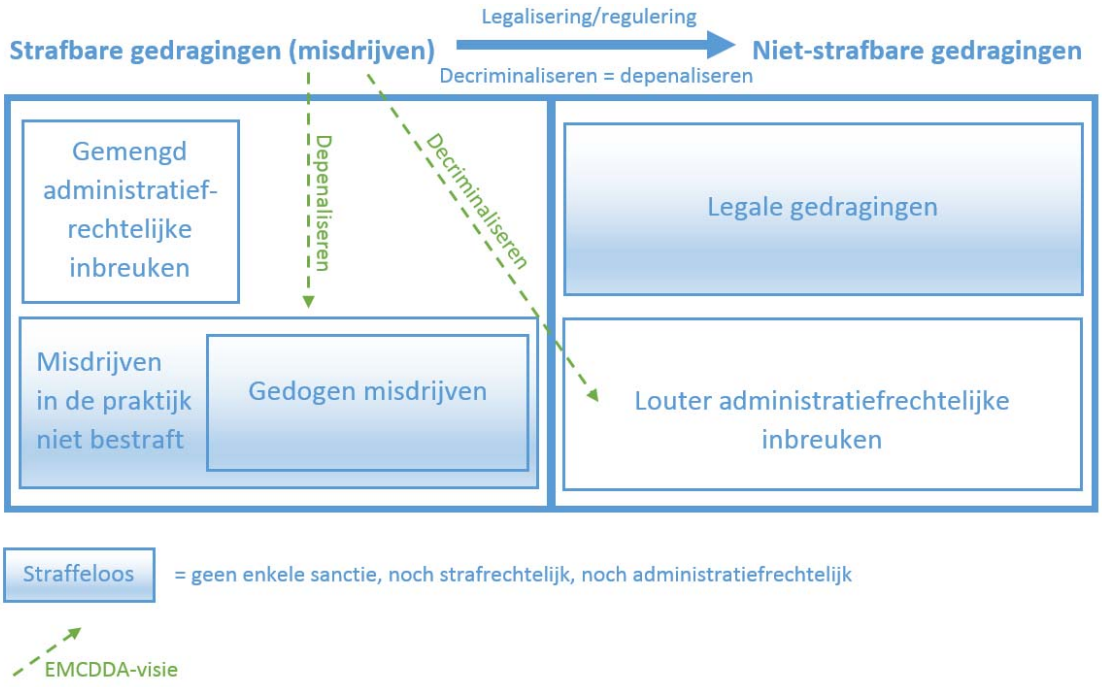
- **Straffeloos**: de som van enerzijds de gedragingen die niet strafbaar zijn en anderzijds de gedragingen die wel strafbaar zijn, maar in de praktijk niet worden bestraft. Dit laatste kan verschillende oorzaken hebben, bijvoorbeeld een lage opsporingsprioriteit van het Openbaar Ministerie (*infra*) of de praktische onhaalbaarheid om bepaalde inbreuken op te sporen, vast te stellen en te vervolgen.

[37] Sinds 5 juli 2015 mogen apothekers in België bepaalde goedgekeurde medicijnen met cannabis verkopen. KB van 11 juni 2015 tot het reglementeren van producten die één of meer tetrahydrocannabinolen bevatten, *BS* 25 juni 2015.

- **Gedogen**: onder bepaalde omstandigheden toelaten wat wettelijk verboden is. De overheid kiest er met andere woorden voor om bepaalde inbreuken niet te vervolgen en te bestraffen. In België is het beleid rond het bezit van cannabis voor persoonlijk gebruik, zoals uiteengezet in de omzendbrief nr. COL 2/2005 van het College van procureurs-generaal, een gedoogbeleid.

- **Lage opsporingsprioriteit**: het Openbaar Ministerie is vrij om misdrijven al dan niet te vervolgen, naargelang de maatschappelijke wenselijkheid en de opportuniteit. Om hierin consequent op te treden, hanteert het Openbaar Ministerie een beleid om bepaalde misdrijven bij voorrang op te sporen en te vervolgen. De wetgever heeft bepaald dat de Minister van Justitie deze richtlijnen van het strafrechtelijk beleid in ministeriële omzendbrieven vastlegt. De bedoeling van deze omzendbrieven is enerzijds willekeur te vermijden en anderzijds enige politieke sturing toe te laten. Deze omzendbrieven zijn juridisch gezien slechts interne dienstvoorschriften.[38] Voor cannabisgebruik is dit beleid opgenomen in de omzendbrief nr. COL 2/2005 van het College van Procureurs-generaal. Deze omzendbrief bepaalt dat het bezit van 3 gram cannabis voor persoonlijk gebruik door een meerderjarige de laagste opsporingsprioriteit heeft. Hierop bestaat een uitzondering, met name wanneer dit bezit gepaard gaat met verzwarende omstandigheden of verstoring van de openbare orde, bijvoorbeeld bezit in een onderwijsinstelling.[39]

Figuur 4: Juridische termen in een venndriagram



[38] De omzendbrieven zijn alleen bindend voor parketmagistraten. D. Van Daele, "Het juridische statuut van de richtlijnen van het strafrechtelijk beleid", *NC* 2014, (165) 171.

[39] Artikel C.1 en 2 Omzendbrief nr. COL 2.2005.