

MEDISCH GEBRUIK VAN CANNABIS: EXPLORATIEF EMPIRISCH ONDERZOEK BIJ GENEESHEREN*

Marieke NOLF

1. Inleiding

Al in 2001 gaf de regering aan een antwoord te willen bieden op de meest prangende problemen aan de hand van de Federale Beleidsnota Drugs van 19 januari 2001¹ omtrent druggebruik en drugsverslaving in de samenleving. Deze beleidsnota geeft de structuur van het nieuwe Belgische drugbeleid weer. Het uitgangspunt is dat het drugprobleem in de eerste plaats een volksgezondheidsprobleem is waarbij preventie de hoogste prioriteit moet krijgen, gevolgd door hulpverlening en ten slotte repressie; de strafrechtelijke reactie als *ultimum remedium*.²

Vervolgens werden twee wetgevende initiatieven genomen om deze nieuwe invalshoek van het drugbeleid vorm te geven.³ Het betreft de Wet van 4 april 2003 en de 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.⁴

* Gebaseerd op een eindverhandeling tot het behalen van de graad van licentiaat in de Criminologische Wetenschappen; M. NOLF, *Medisch gebruik van cannabis: empirisch onderzoek bij geneesheren*, Universiteit Gent, Faculteit Rechtsgeleerdheid, Vakgroep Strafrecht en Criminologie, 2002, 129 p. Deze eindverhandeling werd geschreven onder leiding van prof. dr. Tom DECORTE. Tevens wil ik prof. dr. Tom DECORTE bedanken voor het nalezen en becommentariëren van deze bijdrage.

1. Beleidsnota van de Federale Regering in verband met de drugproblematiek, Brussel, 19 januari 2001; http://www.minsoc.fgov.be/cabinet/2001_01_19_federale_beleidsnota_drugs.htm#federalenota.

2. F. VANDERLAENEN en F. DHONT, “Zalven en slaan. Een eerste analyse van de nieuwe drugwetgeving”, *T. Strafr.*, 2003, 228.

3. Deze wetten worden aangevuld met het 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 gebruikt voor illegale vervaardiging van verdovende middelen en psychotrope stoffen en de Ministeriële Omzendbrief van 16 mei 2003 betreffende het vervolgingsbeleid inzake het bezit van en de detailhandel in illegale verdovende middelen.

4. Wet van 4 april 2003 tot wijziging van de Wet van 24 februari 1921 betreffende het verhandelen van giftstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, ontsmettingsstoffen en antiseptica, *Belgisch Staatsblad*, 2 juni 2003; Wet van 3 mei 2003 tot wijziging van de Wet van 24 februari 1921 betreffende het verhandelen van giftstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, ontsmettingsstoffen en antiseptica, *Belgisch Staatsblad*, 2 juni 2003.

Naar aanleiding van deze nieuwe wetgevende initiatieven werden een aantal precare punten inzake het cannabisbeleid uitvoerig in de media behandeld. Voortaan zou het persoonlijk gebruik van cannabis niet langer worden vervolgd wanneer geen sprake is van openbare overlast en problematisch gebruik. De invulling van de termen ‘persoonlijk gebruik’, ‘problematisch gebruik’ en ‘openbare overlast’ blijven echter onduidelijk en worden veelal overgelaten aan de appreciatie van de bevoegde politieambtenaren en parketmagistraten.

Daarnaast zorgt het uitblijven van een specifieke regeling voor het medisch gebruik ook voor moeilijkheden. Recent nog werd 400 gram medicinale cannabis in beslag genomen bij een MS-patiënt die cannabis rookt en verdeelt onder medepatiënten, om de zenuwpijnen en spasmen te verzachten.

In het kader van deze minder bekende medische zijde van cannabis schetst deze bijdrage achtereenvolgens de evolutie van de plaats van cannabis en medicinale cannabis binnen de samenleving, waarna in een tweede deel de onderzoeksresultaten gepresenteerd worden van een exploratief empirisch onderzoek bij artsen.

2. Theoretische perspectieven omtrent cannabis

2.1. EVOLUTIE VAN DE PLAATS VAN CANNABIS BINNEN DE SAMENLEVING

Marihuana, cannabis, of nog de hennepplant, is een van de oudste psychoactieve planten gekend door de mensheid. Tienduizend jaar geleden werd cannabis al verbouwd in Centraal-Azië, vierduizend jaar geleden in China en drieduizend jaar geleden in Turkije. Geïntroduceerd in Indië door Iraanse stammen afkomstig uit Centraal-Azië, werd cannabis in het dagelijkse leven geïntegreerd.⁵

De hennepplant kreeg binnen de hindoecultuur een religieuze rol, cannabis werd als heilig beschouwd, “*No god or man is as good as the religious drinker of Bhang*”.⁶ Daarnaast werd cannabis in de vijfde eeuw voor Christus aangewend als grondstof voor het vervaardigen van kledij en touwen.

Vanuit Indië verspreidde het gebruik van cannabis zich over het Midden-Oosten, waarna het hele Islamitische Rijk, alsook Noord-Afrika, ingewijd werd in het gebruik van cannabis. Eens het product door de Spanjaarden en Afrikanen in Zuid-Amerika werd verspreid, ontwikkelde de hennepcultuur zich verder in de overige staten van Amerika. Het roken van marihuana werd door de Amerikanen van de Mexicanen overgenomen, het bleef echter beperkt tot de laagste sociale groepen en werd veelal gezien als een zwart cultuurgoed.⁷

Ook in Europa, in de hippe Parijse en Londense kringen, werd al in de negentiende eeuw marihuana gerookt. Het raakte slechts vanaf de jaren dertig wijdverspreid en werd net zoals in de Verenigde Staten geïntroduceerd door immigranten uit de gebieden waar het gebruik opgenomen was in het cultuurpatroon.⁸

5. P. BRISSON, *L'usage des drogues et la toxicomanie*, Montréal, Gaëtan Morrin, 2001, 29.

6. S.H.M.D. SNYDER, *Uses of marijuana*, New York, Oxford University Press, 1971, 20.

7. M. SCHOUTEN, *Marihuana en hasjesj: een handboek*, Antwerpen/Utrecht, Bruna, 1969, 59.

8. *Ibid*, 62.

Vooral tijdens de jaren zestig werd cannabis een populair product dat veelal in verband werd gebracht met een bepaalde culturele beweging, de hippiebeweging. In deze periode waren heel wat jongeren en studenten gefascineerd door deze alternatieve leefstijl waarin het recreatieve gebruik van cannabis een belangrijke plaats innam. In het midden van de jaren zeventig ruilden echter heel wat dealers en detailhandelaars cannabis voor het meer lucratieve product heroïne. Vervolgens kende het recreatieve gebruik van cannabis in de jaren tachtig, nu geassocieerd met de rastabeweging, terug een sterke stijging.⁹

Toch blijft tot op heden het recreatieve gebruik van cannabis een belangrijke plaats innemen binnen de samenleving. Uit onderzoeksgegevens van de Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen (VAD) blijkt dat cannabis het meest gebruikte product is en dat het percentage jongeren dat cannabis gebruikt, toeneemt met de leeftijd.¹⁰

2.2. EVOLUTIE VAN DE PLAATS VAN MEDICINALE CANNABIS IN DE SAMENLEVING

Al heel vroeg in de geschiedenis werden verwijzingen teruggevonden naar het medisch gebruik van cannabis. De actieve bestanddelen van cannabis blijken rustgevend, kalmerende en pijnstillende eigenschappen te bezitten. De effecten ervan blijven evenwel sterk afhankelijk van de interactie van verschillende factoren. Vooral het omschrijven van de psychologische effecten is een moeilijke en delicate opdracht, vermits de impact van cannabis varieert naar gelang van de set en setting waarin men gebruikt en ook de personen met of bij wie men cannabis gebruikt. Zo wordt ervan uitgegaan dat het karakter van de gebruiker en de groep of omgeving waarin cannabis gebruikt wordt een belangrijke rol speelt.¹¹ Een studie bij gehospitaliseerde patiënten toonde aan dat de geruststelling van de ziekenhuissetting en het medisch personeel veelal voldoende waren om de veel gerapporteerde neveneffecten paranoia en angst te verminderen.¹²

Een eerste medische indicatie van cannabis in de westerse wereld in 1621 is evenwel toe te schrijven aan de Engelse predikant Robert BURTON. In zijn boek *The anatomy of melancholy*, raadt hij het gebruik van cannabis aan bij de behandeling van depressies.¹³

Ook Nicholas CULPEPER¹⁴, een student arts-apotheker aan de universiteit van Cambridge in de jaren 1600, gaf bij wijze van samenvatting een overzicht van alle

9. R. INGOLD en M. TOUSSIRT, *Le cannabis en France*, Parijs, Anthropos, 1998, 7.

10. VAD Nieuws, "cannabisgebruik bij Vlaamse jongeren – een blik achter de cijfers, 25 juni 2003", <http://www.vad.be/nieuws.html>; *Drugs, vragen en antwoorden over het nieuwe beleid van de regering*, Brussel, Federale Voorlichtingsdienst, 2001.

11. L.M.D. CERMAK TIMMEN, "Addiction medicine perspective on the medicalization of marijuana", *Journal of Psychoactive Drugs* 1998, 158.

12. R.J. GURLEY, R.M.D. ARANOW, en M.M.D. KATZ, "Medicinal marijuana: a comprehensive review", *Journal of Psychoactive Drugs* 1998, 141.

13. M.S. GOLD, *Marijuana, drugs of abuse: a comprehensive series for clinicians*, New York, Plenum Medical Book Company, 1986, 8.

14. N. CULPEPER, *Culpepers complete herbal: a book of natural remedies for ancient ills, s.l.*, Foulsham & co Ltd., 1995, 306 p.

aandoeningen waarvoor cannabis als medisch nuttig werd beschouwd. Zo kwam hij tot een lijst van ziektebeelden waaronder malaria, constipatie, reumatiek, diarree, aderaandoeningen en vrouwelijke kwaaltjes, maar ook verstrooidheid, slapeloosheid, concentratiestoornissen en een verminderde eetlust.

Vanaf het midden van de negentiende eeuw, werden heel wat werken gepubliceerd waarin cannabis voor tal van aandoeningen aangeraden werd. De Ierse assistent-chirurg en professor aan de universiteit van Calcutta, W.B. O'SHAUGHNESSY¹⁵, was uitermate geïnteresseerd in de medicinale werking van cannabis en volgde in het kader daarvan een aantal experimenten in India waarin cannabis werd aangewend als pijnstillend, antibraakmiddel, en ter behandeling van stuip trekkingen en spastische bewegingen.¹⁶

Dr. R.R. M'MEENS beschrijft in 1860 de onderzoeksresultaten van het Committee on cannabis Indica van de Ohio State Medical Society. Het onderzoek evalueerde de symptomen en aandoeningen die in aanmerking kwamen voor een behandeling met marihuana, het betreft hier meer bepaald tetanus, menstruatiepijnen, zenuwpijnen, stuip trekkingen, reumatiek, bevallingspijnen, astma, psychosen, druiper (geslachtsziekte) en chronische bronchitis.¹⁷ Ook dr. REYNOLDS, de persoonlijke arts van Queen Victoria beschreef cannabis als een uiterst geschikt middel tegen slapeloosheid, depressies, zenuwpijnen, migraine, jicht en menstruatiepijnen. Ten slotte beschreef dr. H.H. KANE een behandeling met cannabis bij een aan alcohol verslaafde vrouw. Sommige onderzoekers gaan ervan uit dat de ontwennende persoon zich fysisch beter voelt en een verhoogde eetlust ervaart.¹⁸

In de negentiende eeuw werd cannabis een veelgebruikt middel dat op eenvoudige vraag bij de apotheker beschikbaar was. Ook in ons land was het tot de vorige eeuw nog mogelijk om op voorschrift van de arts bij de apotheker cannabis te verkrijgen.¹⁹ In 1886 had cannabis, naast opium en cocabladeren, een plaats op de farmacopee. De daaropvolgende periode vanaf 1890, verloor cannabis echter langzaam zijn vooraanstaande positie binnen de geneeskunde.

Voor het verdwijnen van cannabis op de apothekerslijst worden in de literatuur verschillende verklaringen geboden.

Ten eerste beoordeelde men de cannabispreparaties als te variabel, te grillig en te onvoorspelbaar. Bovendien ontstond na de uitvinding van de injectienaald in de jaren 1850 een toenemende belangstelling voor opiaten en werd verder onderzoek naar de pijnstillende werking van cannabinoïden gestaakt.

15. W.B. O'SHAUGHNESSY, "On the preparations of the Indian hemp or Gunjah, their effects on the animal system in health and their utility in the treatment of tetanus and other convulsive diseases Medical College of Calcutta", 1839.

16. P. ROBSON, "Therapeutic aspects of cannabis and cannabinoids", *British Journal of Psychiatry* 2001, 107.

17. L. GRINSPOON en J.B. BAKALAR, *Marijuana, the forbidden medicine*, New York, Press Binghamton, 1993, 5.

18. L. GRINSPOON, *Marihuana reconsidered*, Massachusetts, Harvard University Press, 1971, 223.

19. H. VAN SCHAREN, *De cannabis connectie*, Antwerpen, Houtekiet, 2000, 34.

De ontwikkeling van andere synthetische drugs zoals aspirine en barbituraten, die meer stabiel en betrouwbaar waren, zorgde voor een versnelde achteruitgang van cannabis als medicijn.

Anderzijds werd vanuit de overtuiging dat het product de oorzaak van verschillende vormen van criminaliteit was, strafrechtelijk strenger en repressiever opgetreden ten aanzien van gebruik en bezit van cannabis. Vanaf het begin van de twintigste eeuw werden op internationaal niveau verschillende initiatieven genomen om het toenemende drugprobleem te controleren en beheersen. Zo vond in 1909 het eerste internationale congres over drugs plaats in Shangai, wat leidde tot de ondertekening van de Internationale Opium Conventie in Den Haag in 1912.²⁰

Mede door het toenemende recreatieve gebruik van cannabis werden de psychotrope eigenschappen meer benadrukt en geraakten de medische toepassingen van de plant in de 'vergetelheid'. Een voorbeeld daarvan is de Marihuana Tax Act in de Verenigde Staten van 1937. In toenemende mate werd er tijdens de jaren dertig anders aangekeken tegen marihuana. De Marihuana Tax Act was het resultaat van een campagne gevoerd door het Federal Bureau of Narcotics (F.B.N.) onder leiding van Harry ANSLINGER, die de bevolking overtuigde dat marihuana sterk verslavend was en de oorzaak was van geweldsdelicten, psychosen en mentale achteruitgang.²¹ De overtuiging dat geweld, verkrachting en moord wel eens het gevolg zouden kunnen zijn van cannabisgebruik, was vooral in deze periode populair.

Het cannabisgebruik werd immers toegeschreven aan groepen die laag op de sociale ladder stonden; in verband daarmee werden zij tevens verantwoordelijk geacht voor de zware criminaliteit.²²

Hoewel weinig objectieve informatie voorhanden is aangaande het medisch gebruik van cannabis, zijn in de recente medische literatuur een aantal experimenten

20. Tot op heden laten de V.N.-drugverdragen niet toe dat het bezit, de aankoop en de kweek van illegale drugs voor persoonlijk gebruik gedecriminaliseerd worden. Vandaar dat het bezit van cannabis voor persoonlijk gebruik door meerderjarigen, ongeacht problematisch gebruik of openbare overlast, een strafbaar feit blijft. De politiediensten moeten evenwel geen proces-verbaal meer opmaken waardoor men niet vervolgd zal worden. België ratificeerde de drie V.N.-verdragen: Het Enkelvoudig Verdrag van 30 maart 1961 inzake verdovende middelen (gewijzigd in 1972), Verdrag van 21 februari 1971 inzake psychotrope stoffen en het V.N.-Sluikhandelsverdrag van 20 december 1988. R. HARTNOLL, "International Trends in Drug Policy" in R. COOMBER, *The control of drugs and drug users. Reason or Reaction*, UK, Harwood Academic Publishers, 2000, 235; F. VANDERLAE-NEN en F. DHONT, *l.c.*, 236; F. VANDER LAENEN, 'De drugverdragen van de Verenigde Naties. Ruimte voor een multidisciplinair drugbeleid of een keurslijf?', *VAD-berichten* 2002, 18; zie ook B. DERUYVER, G. VERMEULEN, T. VANDER BEKEN, F. VANDERLAE-NEN en K. GEENEN, *Drugpolicies and the VN Drug Treaties*, Antwerpen-Apeldoorn, Maklu, 2002, 156 p.

21. L. GRINSPOON en J.B. BAKALAR, *o.c.*, 8.

22. M. DE KORT, *Tussen patiënt en delinquent, geschiedenis van het Nederlandse drugsbeleid*, Rotterdam/Hilversum, Uitgeverij Verloren, 215.

en klinische vergelijkingen terug te vinden waarin cannabis als medicijn wordt beoordeeld en wordt vergeleken met de standaardbehandeling voor de aandoening.²³

Daarbij wordt het medisch gebruik van cannabis vooral genoemd ter bestrijding van misselijkheid geïnduceerd door chemotherapie, het aids-wasting-syndroom, multiple sclerose en glaucoom. Daarnaast echter ook bij de behandeling van de ziekte van Parkinson, de ziekte van Huntington, het syndroom van Gilles de la Tourette, epilepsie, de ziekte van Crohn, astma, ontweningsverschijnselen bij verslaving, depressies en bipolaire stoornissen.

Opmerkelijk is echter de vaststelling dat patiënten in een aantal gevallen de voorkeur geven aan een behandeling met cannabis en dat cannabis gebruikt kan worden als aanvulling op de standaardtherapie of om patiënten te behandelen waarvoor elke andere therapie faalde. SALLAN et al.²⁴ stelden vast dat THC een meer doeltreffende werking heeft dan een placebo bij de behandeling van misselijkheid veroorzaakt door chemotherapie. De onderzoekers stelden bij de meeste patiënten een verhoogde voedselopname vast en oordeelden dat THC een veilig en effectief anti-emeticum is dat door patiënten veelal boven de standaardtherapie wordt verkozen. Ook ASHTON²⁵ meent dat synthetische THC zoals dronabinol en nabilone een effectievere werking lijken te hebben dan de traditionele medicijnen. Om de pijn te bestrijden die gepaard gaat met kanker stelt men vast dat 10 mg THC even effectief is als 60 mg codeïne. Ook blijkt cannabis het algemeen lichamelijk functioneren minder te onderdrukken dan bij morfine het geval is.²⁶

Dat cannabis als medicijn stilaan weer een plaats krijgt binnen de maatschappij is hoofdzakelijk de verdienste van zowel dokters als patiënten, die van mening zijn dat het onethisch is om mensen een geneesmiddel te ontzeggen dat hun toelaat de symptomen van een bepaalde aandoening te verminderen. Opvallend daarbij is dat alle initiatieven voor het legaliseren van cannabis als medicijn vanuit de bevolking komen. Dat wijst erop dat de bevolking eerder een mentaliteitsverandering heeft ondergaan dan de overheid en vroeger het strafrechtstelsel inzake

23. Zie ook: J. KILLESTEIN en S.A. NELEMANS, "Therapeutische toepassingen en biomedische effecten van cannabinoïden: farmacologische aanknopingspunten", *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1997, 1689-1692; A.E. CHANG, D.J. SHILING, R.C. STILLMAN, N.H. GOLDBERG, C.A. SEIPP, I. BAROFSKY en S.A. ROSENBERG, "Delta-9-tetrahydrocannabinol as an antiemetic in cancerpatients receiving high dose methotrexate, a prospective, randomized evaluation", *Annals of Internal Medicine* 1979, 819-824; E.M. WILLIAMSON en F.J. EVANS, "Cannabinoids in clinical practice", *Drugs* 2000, 1303-1311; A. MACK en J. JOY, *Marijuana as medicine*, Washington D.C., National Academy Press, 2000, 199 p.; J.C. MERRIT, W.J. CRAWFORD en P.C. ALEXANDER, "Effect of marihuana on intraocular and bloodpressure in glaucoma", *Ophthalmology* 1980, 222-228.

24. S.E. SALLAN, C. CRONIN, M. ZELEN en N.E. ZINBERG, "Antiemetics in patients receiving chemotherapy for cancer", *England Journal of Medicine* 1980, 135.

25. C.H. ASHTON, "Adverse effects of cannabis and cannabinoids", *British Journal of Anaesthesia* 1999, 645.

26. F.A. CAMPBELL, M.R. TRAMER, D. CAROLL, D.J. REYNOLDS, R.A. MOORE en H.J. MCQUAY, "Are cannabinoids an effective and safe treatment option in the management of pain? A qualitative review", *British Medical Journal* 2001, 1.

druggebruik in vraag heeft gesteld. Vooral in landen als Amerika en het Verenigd Koninkrijk, waar de 'war on drugs' geleid heeft tot een uiterst repressieve aanpak ten aanzien van drugs, heeft het debat rond het al of niet toelaten van de medische toepassingen van cannabis voor heel wat opschudding gezorgd. Op die manier kwam in een aantal landen een discussie op gang die niet langer door de overheid genegeerd kon worden.

Nederland en Canada waren bij de eersten om regelgeving inzake de medische toepassingen van cannabis uit te werken. De Nederlandse Minister van Volksgezondheid stelde vast dat steeds meer patiënten die aan een ernstige aandoening als MS, kanker of aids lijden, ertoe overgaan cannabis als medicatie te gebruiken. Daarbij zijn artsen en apothekers bereid om de wet te overtreden om hun patiënten te bevoorraden.²⁷ Deze vaststellingen hebben ertoe geleid dat het beleid inzake medicinale cannabis werd verbreed. Enerzijds wordt vanuit de overheid aan de farmaceutische industrie de opdracht gegeven een geneesmiddel uit cannabis te ontwikkelen en anderzijds wordt de opiumwetgeving gewijzigd opdat het voorschrijven van cannabis mogelijk wordt. Ook de Canadese regering ontwikkelde een wetsontwerp dat alle terminaal zieke personen toelaat marihuana te gebruiken voor het verlichten van de symptomen.

De overheid selecteerde een bedrijf dat het land legaal cannabis mag verschaffen voor medisch gebruik en onderzoeksdoeleinden.²⁸

In België wordt het medisch gebruik van cannabis geregeld in het Koninklijk Besluit van 4 juli 2001 tot bepaling van de voorwaarden voor het afleveren van geneesmiddelen die één of meer tetrahydrocannabinolen bevatten.²⁹ Dit K.B. is van toepassing op geneesmiddelen die één of meer tetrahydrocannabinolen bevatten, maar niet op *farmaceutische specialiteiten* die als enig actief bestanddeel dronabinol bevatten. Op die manier kunnen deze beschikbaar worden gemaakt voor het uitvoeren van klinische proeven omtrent een aantal therapeutische indicaties zoals: misselijkheid en malaise bij chemotherapie, glaucoom, spasticiteit bij multiple sclerose, het aids-wasting-syndroom en ten slotte chronische pijnklachten na het falen van andere pijnbehandelingen. Voorlopig is het alleen mogelijk om onder strenge voorwaarden geneesmiddelen die één of meer tetrahydrocannabinolen bevatten te verkrijgen, en dit alleen in het kader van klinisch onderzoek bij de hierboven aangegeven indicaties.

Een individuele arts die cannabis voorschrijft, kan ter verantwoording worden geroepen door de Provinciale Geneeskundige Commissie vermits het excessief en langdurig voorschrijven van cannabis nog altijd gelijk is aan het onderhouden van een verslaving (*cf.* art. 37 van de Code van geneeskundige plichtenleer: de geneesheer dient elke vorm van toxicomanie te voorkomen, tenzij therapeutische indicaties zorgvuldig werden vastgesteld).³⁰

27. Brief van het Nederlandse Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, 19 oktober 2001.

28. J. NIJSTEN, *Cannaclopedia*, Berchem, 2000, 29.

29. K.B. van 4 juli 2001 tot bepaling van de voorwaarden voor het afleveren van geneesmiddelen die één of meer tetrahydrocannabinolen bevatten, *B.S.* 19 juli 2001.

30. De Orde van Geneesheren: www.ordomedic.be – Tijdschrift Nationale Raad, Vol. 40, 16/01/1988, 13 [04/07/03]. <http://195.234.184.64/nl/a40/a040004n.htm>

Op die manier kan worden geconstateerd dat de meeste landen de resultaten afwachten van de klinische experimenten en onderzoeken vooraleer over te gaan tot het nemen van bijkomende wetgevende initiatieven, een evolutie die zich ook in ons land voordoet.

3. Een exploratief empirisch onderzoek bij geneesheren

In het kader van een licentiaatsverhandeling werd aan de hand van een exploratief empirisch onderzoek de attitude van artsen gemeten ten aanzien van het medisch gebruik van cannabis. Dit gebeurde aan de hand van drie dimensies: de kennis van geneesheren omtrent de medische toepassingen van cannabis, het voorschrijfgedrag en de attitude ten aanzien van het medisch gebruik van cannabis.

In de recente literatuur bestaat immers behoorlijk wat onenigheid over de rol van cannabis als medicijn en de houding van artsen daartegenover.

Enerzijds is er sprake van een eerder gematigde tot positieve houding van artsen tegenover het medisch gebruik van cannabis. Patiënten die hun arts vertellen over hun gebruik van cannabis ter verlichting van bepaalde symptomen, kunnen meestal rekenen op neutrale tot aanmoedigende reacties van de arts.³¹

Daarnaast toont een onderzoek van de British Medical Association aan dat 74 % van de ondervraagde artsen cannabis terug op voorschrift wil.³² Ook de resultaten van een survey afgenomen bij oncologen wezen erop dat de helft van hen cannabis had voorgeschreven aan hun patiënten ondanks de kans op vervolging.³³

Anderzijds wijzen ook enkele onderzoeken op een nogal terughoudende en negatieve attitude van artsen ten aanzien van het medisch gebruik van cannabis. Een Amerikaanse studie geeft aan dat slechts 30 % van de oncologen marihuana gemakkelijker beschikbaar wil zien voor medische doeleinden.³⁴ Ook de resultaten van een survey afgenomen bij 60 artsen uit Ontario geven aan dat weinig dokters medische marihuana willen gebruiken in hun praktijk.³⁵

Algemeen kadert de opzet van het empirisch onderzoek binnen de overtuiging dat artsen een belangrijke positie innemen in het hele debat rond de medische toe-

31. A.C. OGBORNE, R.G. SMART, T. WEBER, C. BIRCHMORE-TIMNEY, "Who is using cannabis as a medicine and why: an exploratory study", *Journal of Psychoactive Drugs* 2000, 441.

32. C. MEEK, "Doctors want cannabis prescriptions allowed", *British Medical Association News Review* 1994, 1-19, in P. ROBSON, "Therapeutic aspects of cannabis and cannabinoids", *British Journal of Psychiatry* 2001, 113; C.H. ASHTON, "Adverse effects of cannabis and cannabinoids", *British Journal of Anaesthesia* 1999, 637; F. CAMPBELL, M. TRAMER, D. CARROL, D.J. REYNOLDS, R.A. MOORE, H.J. MCQUAY, "Are cannabinoids an effective and safe treatment option in the management of pain? A qualitative systematic review", *British Medical Journal* 2001, 2.

33. D. MANDERSON, "Formalism and narrative in law and medicine: The debate over medical marijuana use", *Journal of Drug Issues* 1999, 121-135.

34. R.H. SCHWARTZ en M.J. SHERIDAN, "Marijuana to prevent nausea and vomiting in cancer patients: A survey of clinical oncologists", *Southern Medical Journal* 1997, 167.

35. R.G. SMART, A.C. OGBORNE, C. BIRCHMORE-TIMNEY, "An exploratory study of physicians experiences with patients who use marijuana for medical reasons", *Addiction* 1999, 435.

passingen van cannabis. Geneesheren hebben immers een invloed op het aan- of ontmoedigen van het medisch gebruik van cannabis.

3.1. ONDERZOEKSMETHODE

Als onderzoeksinstrument werd geopteerd voor een postenquôte, een gestandaardiseerde vragenlijst met open en gesloten vragen. Deze vragenlijst werd opgestuurd naar 250 artsen van de provincie West-Vlaanderen, die steekproefsgewijs uit de dokterspopulatie opgenomen in de Gouden Gids (N=2032) van West-Vlaanderen werden geselecteerd. Van de 250 vragenlijsten werden er 67 teruggestuurd waarvan 5 niet ingevuld wegens verhuisd. De non-response rate is bijgevolg 75,2 %. De overige 62 vragenlijsten bevatten echter allemaal bruikbare gegevens.

Het responspercentage van 24,8 % situeert zich binnen de te verwachten percentages voor een postenquôte, nl. 20 tot 30 %.³⁶ Eveneens kan ervan uitgegaan worden dat onze respondenten waarschijnlijk meer geïnteresseerd waren dan het deel van de populatie dat niet reageerde op de vragenlijst. In dit opzicht beweert men niet dat de steekproef representatief is, wel hoopt men dat het onderzoek een aanzet kan zijn tot een verdere analyse van het onderzoeksonderwerp aan de hand van een grotere steekproef.

Het is belangrijk aan te stippen dat aan het gebruik van een postenquôte als onderzoeksinstrument een aantal nadelen verbonden zijn waarmee bij de interpretatie van de onderzoeksbevindingen rekening moet worden gehouden. Zo is een vragenlijst een weinig soepel onderzoeksinstrument en kan geen verduidelijking of uitleg worden gegeven bij de vragen. Ook kan de vraag niet herhaald of anders geformuleerd worden. Dit kan leiden tot een hoger aantal onbeantwoorde vragen of een vertekening van de onderzoeksresultaten door het onjuist interpreteren van de vraag. Daarnaast heeft de onderzoeker ook geen controle over de *setting* en sfeer waarin de respondent de vragenlijst invult en of de respondent deze al of niet zelf beantwoordt. Aangezien er geen rechtstreeks contact is tussen de respondent en de onderzoeker kan van deze laatste ook geen invloed uitgaan, dit kan zowel een voordeel als een nadeel zijn. De onderzoeker kan de respondent niet tijdig bijsturen en kan ook de spontane reacties van de respondent bij het invullen van de vragenlijst niet registreren.

Een voordeel is echter dat de respondent minder geneigd is sociaal wenselijk te antwoorden waardoor de vragenlijst meer accurate antwoorden oplevert.³⁷

De frequenties van alle variabelen werden berekend aan de hand van het statistisch pakket SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Aangezien het in ons onderzoek om een kleine steekproef gaat, is het uiterst moeilijk om signifi-

36. J.B. BILLIET, *Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek, ontwerp en dataverzameling*, Leuven, Acco, 1994, 212.

37. J.B. BILLIET, *Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek, ontwerp en dataverzameling*, Leuven, Acco, 1994, 212. Zie ook: J. VAN DER ZOUWEN en W. DIJKSTRA, *Sociaal-wetenschappelijk onderzoek met vragenlijsten. Methoden, knelpunten, oplossingen*, Amsterdam, 1989, 20-21; H. HART, J. VAN DIJK, M. DE GOEDE, W. JANSEN en J. TEUNISSEN, *Onderzoeksmethoden*, Amsterdam, Boom, 1996, 232-233.

cante verbanden af te leiden uit de onderzoeksresultaten. In het kader daarvan worden de onderzoeksbevindingen vooral beschrijvend weergegeven.

3.2. ONDERZOEKSRESULTATEN

3.2.1. Kennis over het medisch gebruik van cannabis

In het eerste luik van het empirisch onderzoek werd aan geneesheren gevraagd op welke manier en in welke mate ze informatie verkregen over de medische toepassingen van cannabis. Door middel van een gesloten vraag werd gepeild in welke mate en via welke bronnen artsen informatie verkregen over de medische toepassingen van cannabis.

De belangrijkste bronnen voor geneesheren zijn de vaktijdschriften en de media: respectievelijk 33,9 % en 27,9 % van de respondenten zegt op z'n minst af en toe informatie over de medische toepassingen te hebben verkregen. De andere bronnen zijn duidelijk onbelangrijk: 93,5 % van de artsen heeft zelden of nooit informatie verkregen via de opleiding of van collega's, ook 98,3 % van de respondenten beweert zelden of nooit informatie te hebben vernomen van de Orde van Geneesheren, en niemand heeft informatie verkregen via de Provinciale Geneeskundige Commissie.

Naast het verifiëren van de bron waaruit artsen hun informatie halen over de medische toepassingen van cannabis werd ook getest in welke mate dokters op de hoogte zijn van de aandoeningen die in aanmerking komen voor een behandeling met cannabis.

Op die manier kon worden nagegaan in welke mate artsen de medische toepassingen van cannabis werkelijk kennen.³⁸

Daaruit kan worden afgeleid dat slechts 12,9 % of 8 van de 62 respondenten veel kennis heeft over het medisch gebruik van cannabis. De categorieën 'gematigde kennis' en 'weinig kennis' bevatten respectievelijk 38,7 % of 24 van de 62 respondenten en 48,4 % of 30 van de 62 respondenten.

Belangrijk hierbij te vermelden is dat het mogelijk is dat het antwoord 'weet niet' meestal niet werd gebruikt om aan te geven dat men niet op de hoogte is van de medische toepassingen van cannabis maar veeleer vanuit een houding (negatieve houding of desinteresse) tegenover het medisch gebruik van cannabis. In het kader daarvan werd geopteerd om de variabele kennis eveneens als een variabele van houding te coderen. Zo werd nagegaan hoeveel keer elke respondent ja antwoordde op de vraag of de aandoening baat vindt bij een behandeling met cannabis.

38. Aan de hand van een tabel met 19 aandoeningen konden artsen aangeven of de aandoening al of niet een gunstig effect ondervindt bij een behandeling met cannabis. Daarnaast kon via een derde categorie 'weet niet' aangegeven worden niet op de hoogte te zijn van de mogelijke toepassing van cannabis voor die bepaalde aandoening. In deze lijst van aandoeningen werden twee nepcategorieën (blaasontsteking en meningitis) aangebracht. Zo werden de respondenten op basis van de scores op de kennisvraag in drie categorieën verdeeld: 'weinig kennis', 'gematigde kennis' en 'veel kennis'. De scores werden berekend op basis van het aantal juiste antwoorden. Op die manier worden 0 t.e.m 3 juiste antwoorden van de 19 vertaald in 'weinig kennis', 4 t.e.m 6 juiste antwoorden in 'gematigde kennis' en vanaf 7 juiste antwoorden kan worden gesproken van 'veel kennis'.

De volgende redenering wordt daarbij gevolgd: hoe meer men ja antwoordt, des te positiever men staat tegenover cannabis als medicijn.³⁹ Een treffend gegeven in deze verdeling is de score van de categorie 'vrij enthousiast' die 59,7 % bedraagt en daarbij de score van de categorie 'wantrouwig' overtreft met 8,1 percentagepunten.

3.2.2. *Het voorschrijfgedrag van artsen inzake cannabis*

Een tweede luik beoogt vooral het verzamelen van informatie over het voorschrijfgedrag van artsen, meer specifiek het vroegere, huidige en toekomstige voorschrijfgedrag.

Er is weinig informatie voorhanden, aangezien slechts één respondent ooit cannabis voorschreef. De overige 61 respondenten geven aan nooit cannabis voorgeschreven te hebben. In het kader echter van een homeopathische behandeling schreef één arts cannabis voor ter behandeling van depressie en maagzweer.

Het tweede luik wordt afgerond met drie gesloten vragen die het toekomstige voorschrijfgedrag van de arts willen nagaan. Een eerste gesloten vraag peilt naar de voorkeur van de toepassingswijze van de cannabismedicijnen. Welke toepassingswijze geniet de voorkeur van de arts indien hij/zij cannabis zou voorschrijven of aanraden aan een patiënt. Daarnaast vragen we of de arts zou ingaan op een expliciete vraag van de patiënt naar de medische toepassing van cannabis en of er factoren zijn die de arts ervan weerhouden cannabis voor te schrijven.

Een eerste opvallende kenmerk is het relatieve vertrouwen van artsen in het voorschrijven of aanraden van cannabis in de vorm van pillen en de anderzijds afwijzende houding ten aanzien van de andere toedieningswijzen. Pillen blijven hoe dan ook het meest gangbare en vertrouwde middel in de westerse geneeskunde. Ook kunnen de percentages van de nee-antwoorden enigszins gerelativeerd worden, aangezien binnen deze categorie heel wat dokters niets invulden om uiteenlopende redenen. Een aantal onder hen wil in verband met de toedieningswijze geen oordeel vellen en wacht af welke vorm wettelijk zal toegelaten worden of welke vorm medisch gezien het meest effectief is, anderen zijn echter van mening daaromtrent geen kennis van zaken te hebben. Bijgevolg werden ook de recentere toepassingsmogelijkheden van cannabis (cannabisspray en cannabisinhalator) niet vermeld. Ook vonden een aantal dokters deze vraag niet toepasselijk aangezien ze nog nooit cannabis voorschreven en omdat ze van oordeel waren in geen geval in te gaan op de expliciete vraag van een patiënt naar cannabismedicijnen.

75,4 % van de artsen geeft aan zelden of nooit in te gaan op de expliciete vraag van de patiënt naar de medische toepassing van cannabis. Deze categorie bevat echter ook de artsen die stellen nu niet in te gaan op een expliciete vraag van de patiënt omdat het wetenschappelijk onderzoek naar de medische toepassingen van

39. De respondenten werden verdeeld in drie categorieën, 'wantrouwig', 'gematigd enthousiast' en 'vrij enthousiast'. Vanaf 4 ja-antwoorden kan worden gesproken van een 'vrij enthousiaste' houding, tussen 1 en 3 ja-antwoorden van een eerder gematigde houding en ten slotte levert geen enkel ja-antwoord een wantrouwe houding op tegenover de medische toepassingen van cannabis. De twee nep-categorieën blaasontsteking en meningitis werden daarbij weggelaten aangezien deze specifiek gericht zijn op het meten van kennis.

cannabis nog niet afgerond is, alsook de artsen die aangeven zelf niet in te gaan op de vraag maar in plaats daarvan zouden doorverwijzen naar een collega die er meer vanaf weet. De hypothese, afgeleid uit surveyonderzoek bij oncologen, dat dokters bereid zijn de wet te overtreden om hun patiënten te voorzien van cannabis, wordt hier niet bevestigd. Dat kan gedeeltelijk verklaard worden vanuit de overweging dat er andere effectieve middelen voorhanden zijn die gemakkelijker beschikbaar zijn.

Een laatste facet van het tweede luik over het toekomstige voorschrijfgedrag van artsen betreft de factoren die dokters ervan weerhouden cannabis als medicijn voor te schrijven.

Hieruit kan worden afgeleid dat de categorieën ‘neveneffecten’ en ‘huidige regulering’ door 27,4 % van de respondenten aangegeven worden als factoren die hen ervan weerhouden cannabis als medicijn voor te schrijven. Opvallend is echter de hoge score van ‘gering wetenschappelijk onderzoek’ als weerhoudende factor bij het voorschrijven van cannabis ter behandeling van een aandoening.

Aan de hand van een vergelijking met de variabele houding kunnen een aantal interessante conclusies worden weergegeven. Zo geeft 30,6 % of 4 van de 13 ‘vrij enthousiaste’ artsen aan veel in te gaan op de expliciete vraag van de patiënt naar de medische toepassing van cannabis, tegenover slechts 9,7 % van de gematigd enthousiaste artsen en 11,1 % van de eerder wantrouwige artsen. Dat kan een aanwijzing zijn voor het feit dat houding een rol speelt bij het al of niet ingaan op de vraag van een patiënt naar het medisch gebruik van cannabis.

Ook een vergelijking aan de hand van de variabele kennis geeft een gelijkaardige verdeling waarbij kan worden gesteld dat veel kennis over het medisch gebruik leidt tot het meer ingaan op de vraag van de patiënt. 42,8 % van de artsen met veel kennis over het medisch gebruik zouden veel ingaan op de vraag van de patiënt, tegenover 10,0 % van de gematigd enthousiaste dokters en 15,4 % van de eerder wantrouwige artsen. Een mogelijke verklaring is dat de teneur van de geraadpleegde informatie wellicht positief was waardoor artsen op basis van die kennis aangeven bereid te zijn in te gaan op de vraag van een patiënt naar de medische toepassing van cannabis.

3.2.3. Houding van artsen tegenover de medische toepassingen van cannabis

Een derde luik ten slotte gaat dieper in op de houding tegenover en de kennis van de wetgeving inzake medisch gebruik van cannabis. De eerste drie vragen omvatten een peiling naar de kennis van de huidige regulering over de medische toepassingen en naar de visie van de Orde van Geneesheren en van de Provinciale Geneeskundige Commissie. Daarnaast wordt aan de hand van twee stellingen de houding van artsen gemeten inzake de legalisering van cannabis en het gemakkelijker beschikbaar maken van cannabis als medicijn. De stellingen luiden als volgt: ‘cannabis moet voor medische doeleinden gemakkelijker beschikbaar worden gemaakt’ en ‘cannabis moet volledig gelegaliseerd worden’.

De huidige wetgeving is bij 35,6 % van de respondenten gekend, de percentages inzake de visie van de Orde en de provinciale commissie liggen een heel stuk lager en bedragen respectievelijk 21,1 % en 7,4 %. Van de 35,6 % die aangaf

de huidige wetgeving te kennen, was er niemand die melding maakte van het recente Koninklijk Besluit van 4 juli 2001 tot bepaling van het afleveren van geneesmiddelen die één of meer tetrahydrocannabinolen bevatten. Meestal werd verwezen naar de krachtlijnen van de Federale Beleidsnota Drugs van 19 januari 2001 waarbij vooral de voorwaarden 'maatschappelijke overlast' en 'verboden voor minderjarigen' geciteerd werden. Dit kan eveneens een indicatie zijn dat cannabis hoofdzakelijk als roesmiddel wordt gezien waardoor ook deze beleidsnota de meeste respondenten bijblijft.

Wat betreft de lage percentages inzake bekendheid van de visie van de Orde en de Provinciale Geneeskundige Commissie kunnen verschillende verklaringen gegeven worden. In de eerste plaats geven de meeste respondenten blijk van weinig interesse voor de visie en activiteiten van de Orde van Geneesheren en de Provinciale Geneeskundige Commissie. Toch vermoeden de meeste artsen wel dat de Orde en de Commissie een afwijzende houding aannemen betreffende het aanraden of voorschrijven van cannabis als medicijn. Ook wordt er vanuit deze instanties weinig actief ingespeeld op nieuwe tendensen in de medische wereld en bijgevolg worden de leden weinig geïnformeerd over de medische toepassingen van cannabis.

Inzake het volledig legaliseren van cannabis geeft 55,7 % van de artsen aan helemaal niet akkoord te gaan. De belangrijkste vaststelling is evenwel dat 35,6 % van de artsen het eerder eens of helemaal eens is met het gemakkelijker beschikbaar maken van cannabis voor medische doeleinden, dit tegenover slechts 8,2 % van de artsen die het eerder eens of helemaal eens is met de volledige legalisering van cannabis. Dit kan erop wijzen dat artsen wellicht meer gekant zijn tegen de legalisering van cannabis dan tegen het gemakkelijker beschikbaar maken van cannabis voor medische doeleinden.

Vervolgens wordt nagegaan of het hebben van meer kennis over de medische toepassingen van cannabis ook leidt tot een grotere aanvaarding van het product als medicijn.

Deze hypothese werd getest aan de hand van de variabele kennis uit het eerste luik, alsook met de variabele houding. Er werden echter geen statistisch significante associaties gevonden door middel van het berekenen van het chi-kwadraat. Toch werd vastgesteld dat respondenten met veel kennis het hoogste percentage scoren in de categorie 'helemaal eens' met de stelling over het gemakkelijker beschikbaar maken van cannabis voor medische doeleinden. De percentages van de categorieën 'weinig kennis', 'gematigde kennis' en 'veel kennis', kennen een stijgende tendens wat betreft het helemaal eens zijn met de eerste stelling. 7,1 % van de artsen met weinig kennis, 12,5 % van de artsen met matige kennis en 14,3 % van de artsen met veel kennis over het medisch gebruik van cannabis zijn het helemaal eens met de eerste stelling. Dat kan een indicatie zijn dat kennis van de medische toepassingen leidt tot een grotere aanvaarding van het product cannabis als medicijn.

Een vergelijking met de variabele houding geeft evenwel een iets sterkere associatie weer. Daaruit kan immers worden afgeleid dat geen enkele arts die eerder wantrouwig staat tegenover het medisch gebruik van cannabis het helemaal eens is met de eerste stelling over het gemakkelijker beschikbaar maken van cannabis

als medicijn. Daartegenover leidt een gematigd enthousiaste en een vrij enthousiaste houding respectievelijk voor 8,3 % en 21,4 % van de dokters tot een volledige goedkeuring van stelling 1 waarbij voorgesteld wordt cannabis voor medische doeleinden gemakkelijker beschikbaar te maken. Als de categorie 'eerder eens' erbij wordt genomen, wordt een duidelijker onderscheid merkbaar en zijn de gematigd enthousiaste artsen en de vrij enthousiaste artsen respectievelijk voor 36,1 % en 42,8 % het eerder eens of helemaal eens tegenover slechts 22,2 % van de eerder wantrouwige artsen.

Ten slotte kunnen een aantal interessante gegevens worden afgeleid uit de variabelen leeftijd en geslacht.

Inzake leeftijd is het opvallend dat één leeftijdsgroep, nl. de 45-55-jarigen, zich in de onderzoeksresultaten telkens onderscheidt van de overige twee leeftijdsgroepen 25-45 en 55-65+. De helft van deze leeftijdsgroep haalt immers af en toe of regelmatig informatie uit een vaktijdschrift. Dit in contrast met de leeftijdsgroepen 25-45 en 55-65+, waarvan respectievelijk 28,6 % en 18,2 % af en toe of regelmatig informatie vindt in een vaktijdschrift. Ook heeft 19,4 % van de leeftijdsgroep 45-55 veel kennis van de medische toepassingen van cannabis, in tegenstelling tot de leeftijdsgroepen 25-45 en 55-65+ die respectievelijk in de categorie veel kennis 7,1 % en 0 % scoren.

Daarnaast toont de variabele 'houding' weer een onderscheid tussen de leeftijdsgroep 45-55 en de andere twee leeftijdsgroepen. Het verschil laat zich hoofdzakelijk zien in de categorie 'vrij enthousiast' waar 36,1 % van de 45-55-jarigen zich vrij enthousiast opstelt tegenover het medisch gebruik van cannabis. Dit terwijl slechts 14,3 % of 2 van de 14 van de leeftijdsgroep 25-45 en niemand van de leeftijdsgroep 55-65+ zich 'vrij enthousiast' opstelt ten aanzien van cannabis als medicijn. Het enthousiasme over het medisch gebruik van cannabis van de 45-55-jarigen kan gedeeltelijk verklaard worden vanuit een vorige bevinding met betrekking tot de informatieverzameling. Hierbij kan de redenering gevolgd worden dat het lezen van bijdragen in vaktijdschriften de kennis met betrekking tot het medisch gebruik van cannabis verhoogt, wat kan leiden tot een groter vertrouwen en een positievere houding tegenover medische cannabis.

Wat betreft de variabele 'geslacht' geven de chi-kwadraatanalyses significante verschillen aan tussen mannen en vrouwen wat betreft het verkrijgen van informatie via vaktijdschriften. 20 % van de vrouwelijke artsen haalt regelmatig informatie over het medisch gebruik van cannabis uit een vaktijdschrift, tegenover slechts 2,0 % van de mannelijke artsen. Anderzijds scoren de mannelijke respondenten hoger dan de vrouwelijke respondenten in de categorie 'af en toe'. Het gaat hier respectievelijk om 39,0 % en 10,0 %.

Als we de variabele 'geslacht' bekijken inzake 'veel kennis over de medische toepassingen van cannabis' kan een percentageverschil worden vastgesteld van 20,2 punten. Een frappante vaststelling is dat 30,0 % van de vrouwelijke respondenten over veel kennis beschikt tegenover slechts 9,8 % van de mannelijke respondenten. Als de categorieën 'veel kennis' en 'gematigde kennis' samen worden geïnterpreteerd, stellen we vast dat 80,0 % van de vrouwen gematigd tot veel kennis heeft over het medisch gebruik van cannabis, tegenover 47,1 % van de mannen. Dit percentageverschil kan enerzijds te wijten zijn aan het feit dat vrouwen

resoluter gekozen hebben voor de antwoordcategorieën ja of nee, terwijl mannen wellicht meer ‘weet niet’ ingevuld hebben.

Een laatste significant verschil inzake ‘geslacht’ en ‘kennis van wetgeving’ toont dat 70,0 % van de vrouwelijke dokters aangeeft op de hoogte te zijn van de regulering inzake de medische toepassingen van cannabis, tegenover slechts 28,6 % van de mannelijke dokters. Een verklaring hiervoor kan gebaseerd worden op vroegere bevindingen waaruit bleek dat vrouwelijke artsen meer vaktijdschriften raadpleegden en meer kennis hadden over cannabis als medicijn. Zo leidt het lezen van vaktijdschriften blijkbaar niet alleen tot een goede kennis over cannabis als medicijn maar ook tot kennis van wetgeving en regulering inzake de medische toepassingen van cannabis. Deze laatste vaststelling wordt in *Tabel 1*. schematisch voorgesteld.

TABEL 1.: verschil tussen mannelijke en vrouwelijke artsen wat betreft het al of niet kennen van de huidige wetgeving

			GESLACHT		TOTAAL
			V	M	
Huidige wetgeving	ja	N %	7 70,0 %	14 28,6 %	21 35,6 %
	nee	N %	3 30,0 %	35 71,4 %	38 64,4 %
TOTAAL		N %	10 100,0 %	49 100,0 %	59 100,0 %

Vermeldenswaard is ten slotte een significant verschil inzake artsen met en artsen zonder bijkomende opleiding als het gaat over kennis van de huidige wetgeving inzake medisch gebruik van cannabis. De statistisch significante associatie toont dat 48,3 % van de dokters met een bijkomende opleiding of specialisatie op de hoogte zijn van de regulering inzake medisch gebruik van cannabis, tegenover 23,3 % van de artsen zonder bijkomende opleiding. Een verklaring hiervoor kan gevonden worden in het eenvoudige feit dat artsen met een bijkomende opleiding in het kader van hun specialisme meer met specifieke en ernstige aandoeningen te maken krijgen die in aanmerking komen voor de medische toepassingen van cannabis en vandaar ook meer informatie, waaronder ook wetgeving, inwinnen over de verschillende aspecten en toepassingen van het medisch gebruik van cannabis.

4. Besluit

De onderzoeksresultaten tonen aan dat artsen bijzonder weinig informatie krijgen uit of op zoek gaan naar informatie in de aangehaalde bronnen. De belangrijkste bronnen waaruit informatie werd gehaald over de medische toepassing van cannabis zijn de vaktijdschriften en de media. De overige bronnen: opleiding, collega's,

Orde van Geneesheren en de Provinciale Geneeskundige Commissie zijn nage-
noeg niet belangrijk.

De kennis van artsen over de medische toepassingen van cannabis is beperkt. Slechts 8 van de 62 respondenten geven blijk van veel kennis inzake de medische toepassing van cannabis bij verschillende aandoeningen.

Daarbij dient te worden opgemerkt dat de categorieën om de respondenten in te delen in respectievelijk 'weinig', 'gematigd' en 'veel kennis', bijzonder mild werden samengesteld, aangezien vanaf 7 juiste antwoorden van de 19 al kan gesproken worden van veel kennis over het medisch gebruik van cannabis. Het hercoderen van de kennisvariabele in een houdingvariabele geeft evenwel een gematigde tot positieve houding tegenover het medisch gebruik van cannabis.

Op één respondent na bleken de bevraagde artsen totnogtoe nooit cannabis te hebben voorgeschreven ter behandeling van een bepaalde aandoening. Hoewel artsen gematigd positief staan tegenover de medische toepassingen van cannabis, zijn 75,4 % van de artsen blijkbaar niet bereid in te gaan op een expliciete vraag van de patiënt naar het medisch gebruik van cannabis. Dit staat haaks op de onderzoeksbevindingen waarbij men tot de conclusie kwam dat dokters bereid waren de wet te overtreden als ze van oordeel waren dat cannabis het meest geschikte geneesmiddel was. In België lijken dokters nog niet in die mate overtuigd van de gunstige medische eigenschappen van cannabis. Uitgaande van de veronderstelling dat artsen een invloed hebben op het aan- of afraden van het medisch gebruik van cannabis, tonen de onderzoeksresultaten een ontmoedigende houding van artsen tegenover het medisch gebruik van cannabis.

Bij de keuze van de vorm waarin artsen cannabis zouden voorschrijven, gaat in vergelijking met de andere toedieningsvormen de voorkeur uit naar cannabispillen. Een belangrijke opmerking hierbij is dat het bij de keuze van cannabispillen ook slechts om 48,4 % van de respondenten gaat. De hoge percentages nee-antwoorden zijn enerzijds te verklaren vanuit de veronderstelling dat dokters geen vorm van cannabis willen aanduiden omwille van een te geringe kennis terzake, anderzijds kunnen deze verklaard worden vanuit de vaststelling dat dokters in geen geval bereid zijn in te gaan op de expliciete vraag van een patiënt naar het medisch gebruik van cannabis en bijgevolg deze vraag niet toepasselijk vinden.

Een laatste aspect van het voorschrijfgedrag, meer bepaald omtrent wat artsen ervan weerhoudt om cannabis voor te schrijven, geeft aan dat vooral gering wetenschappelijk onderzoek (75,8 %) wordt aangehaald als de reden waarom dokters cannabis niet voorschrijven.

De onderzoeksresultaten van het derde luik inzake de houding van artsen tegenover de cannabiswetgeving en de wetgeving inzake het medisch gebruik tonen dat de dokterspopulatie positiever staat tegenover het gemakkelijker beschikbaar maken van cannabis als medicijn dan tegenover een legalisering ervan. Toch blijft het percentage artsen dat aangeeft eerder eens of helemaal eens te zijn met het gemakkelijker beschikbaar maken van cannabis voor medische doeleinden heel gering (35,6 %).

De overtuiging dat cannabis een effectief geneesmiddel kan zijn voor bepaalde aandoeningen wordt slechts door weinig artsen aangenomen. Volgens MANDER-

SON⁴⁰ is het debat over het medisch gebruik van cannabis een weerspiegeling van een conflict tussen rationaliteit en emotionaliteit, een meningsverschil omtrent wat wetenschap, bewijs en waarheid is. Vanuit het medisch formalisme wordt marihuana als medicijn afgewezen omdat het niet voldoet aan een aantal criteria zoals: de chemische bestanddelen van de drug moeten gekend zijn, er moeten veiligheids- en effectiviteitsstudies over bestaan, de drug moet aanvaard zijn door gekwalificeerde experts en het wetenschappelijk bewijs moet wijdverspreid aanvaard zijn. Deze criteria bepalen niet het huidige medisch gebruik van cannabis maar willen veeleer uitmaken of dit medisch gebruik ook effectief kan 'bewezen' worden. Op die manier is het volgens het medisch formalisme noodzakelijk de therapeutische eigenschappen van marihuana te verifiëren aan de hand van klinische onderzoeken. Op basis daarvan wordt veelal geconcludeerd dat de resultaten niet overtuigend genoeg zijn en niet voldoen aan de vooropgestelde criteria want bewijs vereist immers expertise en een bepaalde formele procedure. Terwijl de ervaringen van artsen die cannabis voorschrijven en van mensen die marihuana gebruiken als geneesmiddel tegen bijvoorbeeld misselijkheid bij kanker veelal over het hoofd worden gezien.

Anderzijds dient uiteraard ook rekening te worden gehouden met de algemene maatschappelijke zienswijze ten aanzien van cannabis. Aan het begin van de twintigste eeuw werd in toenemende mate strenger en repressiever opgetreden inzake gebruik en bezit van cannabis omwille van de sterke opkomst van het recreatieve gebruik. Het recreatieve gebruik van cannabis werd gelinkt met bepaalde vormen van criminaliteit, met losbandigheid en rebellie waardoor het product een negatieve bijklank kreeg. Precies door de nadruk op de recreatieve eigenschappen van cannabis de afgelopen decennia is het beeld van cannabis als medicijn volledig uit het menselijk geheugen verdwenen. Op die manier speelt deze zienswijze onbewust een rol bij het beoordelen van cannabis als medicijn en kan dit een van de redenen zijn waarom dokters behoorlijk negatief staan tegenover zowel het gemakkelijker beschikbaar maken van cannabis voor medische doeleinden, alsook tegenover de legalisering van cannabis.

Globaal kan uit de onderzoeksresultaten worden besloten dat de onderzochte dokterspopulatie slechts weinig kennis heeft van de medische toepassing van cannabis en bijgevolg een behoorlijk afwijzende houding heeft tegenover het medisch gebruik. Buitenlandse onderzoeksresultaten inzake het meten van de houding van artsen tegenover het medisch gebruik van cannabis tonen aan dat de meningen sterk verdeeld zijn. In het kader daarvan sluiten onze onderzoeksresultaten aan bij de vaststelling dat artsen een eerder terughoudende en afwijzende houding aannemen ten aanzien van het medisch gebruik van cannabis.

Een afwijzende houding die enerzijds kan verklaard worden vanuit een tekort aan kennis over de effecten en het medisch gebruik van cannabis. Anderzijds een terughoudende houding omwille van de overtuiging dat cannabis in de eerste plaats een roesmiddel is en geen medicijn.

40. D. MANDERSON, "Formalism and narrative in law and medicine: The debate over medical marijuana use", *Journal of Drug Issues* 1999, 121-135.

Eenzijds zou het tekort aan kennis over het medisch gebruik van cannabis kunnen worden opgevangen door aangepaste bijscholing voor artsen te organiseren. Anderzijds zal het organiseren van studie- en vormingsdagen wellicht alleen de meest geïnteresseerde en gemotiveerde artsen bereiken. Daarom is er wellicht in de eerste plaats nood aan meer diepgaand en nauwkeurig wetenschappelijk onderzoek dat het terrein van het medisch gebruik van cannabis verder exploreert.

Een toename van kennis over het medisch gebruik van cannabis kan op die manier op lange termijn wellicht een noodzakelijke mentaliteitswijziging bewerkstelligen. De mogelijkheid om pijn te verlichten is o.i. immers een essentieel bestanddeel van individuele vrijheid.

Bibliografie

- ASHTON, C.H., "Adverse effects of cannabis and cannabinoids", *British Journal of Anaesthesia* 1999, 637-649.
- Beleidsnota van de Federale Regering in verband met de drugproblematiek, Brussel, 19 januari 2001; http://www.minsoc.fgov.be/cabinet/2001_01_19_federale_beleidsnota_drugs.htm#federalenota.
- BILLIET, J.B., *Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek, ontwerp en dataverzameling*, Leuven, Acco, 1994, 320 p.
- BRISSON, P., *L'usage des drogues et la toxicomanie*, Montréal, Gaëtan Morrin, 2001, 501 p.
- CAMPBELL, F.A., TRAMER, M.R., CAROLL, D., REYNOLDS, D.J., MOORE, R.A. en MCQUAY, H.J., "Are cannabinoids an effective and safe treatment option in the management of pain? A qualitative review", *British Medical Journal* 2001, 1-6.
- CERMAK TIMMEN, L.M.D., "Addiction medicine perspective on the medicalization of marijuana", *Journal of Psychoactive Drugs* 1998, 155-162.
- CHANG, A.E., SHILING, D.J., STILLMAN, R.C., GOLDBERG, N.H., SEIPP, C.A., BAROFKY, I. en ROSENBERG, S.A., "Delta-9-tetrahydrocannabinol as an antiemetic in cancer patients receiving high dose methotrexate, a prospective, randomized evaluation", *Annals of Internal Medicine* 1979, 819-824.
- COOMBER, R., *The control of drugs and drug users. Reason or Reaction*, UK, Harwood Academic Publishers, 2000, 265 p.
- CULPEPER, N., *Culpepers complete herbal: a book of natural remedies for ancient ills, s.l.*, Foulsham & Co Ltd., 1995, 306 p.
- DE KORT, M., *Tussen patiënt en delinquent, geschiedenis van het Nederlandse drugsbeleid*, Rotterdam/Hilversum, Uitgeverij Verloren, 343 p.
- De Orde van Geneesheren: www.ordomedic.be.
- GOLD, M.S., *Marijuana, drugs of abuse: a comprehensive series for clinicians*, New York, Plenum Medical Book Company, 1986, 289 p.
- GRINSPOON, L. en BAKALAR, J.B., *Marijuana, the forbidden medicine*, New York, Press Binghamton, 1993, 233 p.
- GRINSPOON, L., *Marijuana reconsidered*, Massachusetts, Harvard University Press, 1971, 443 p.

- GURLEY, R.J., ARANOW, R.M.D. en KATZ, M.M.D., “Medicinal marijuana: a comprehensive review”, *Journal of Psychoactive Drugs* 1998, 137-144.
- HART, H., VAN DIJK, J., De GOEDE, M., JANSEN, W. en TEUNISSEN, J., *Onderzoeksmethoden*, Amsterdam, Boom, 1996, 381 p.
- INGOLD, R. en TOUSSIRT, M., *Le cannabis en France*, Parijs, Anthropos, 1998, 192 p.
- K.B. van 4 juli 2001 tot bepaling van de voorwaarden voor het afleveren van geneesmiddelen die één of meer tetrahydrocannabinolen bevatten, *B.S.* 19 juli 2001.
- KILLESTEIN, J. en NELEMANS, S.A., “Therapeutische toepassingen en biomedische effecten van cannabinoïden: farmacologische aanknopingspunten”, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1997, 1689-1692.
- MACK, A. en JOY, J., *Marijuana as medicine*, Washington D.C., National Academy Press, 2000, 199 p.
- MANDERSON, D., “Formalism and narrative in the law and medicine: the debate over medical marijuana use”, *Journal of Drug Issues* 1999, 121-135.
- MEEK, C., “Doctors want cannabis prescriptions allowed”, *British Medical Association News Review* 1994, 1-19.
- MERRIT, J.C., CRAWFORD, W.J. en ALEXANDER, P.C., “Effect of marijuana on intraocular and bloodpressure in glaucoma”, *Ophthalmology* 1980, 222-228.
- NIJSTEN, J., *Cannaclopedia*, Berchem, EPO, 2000, 303 p.
- NOLF, M., *Medisch gebruik van cannabis, empirisch onderzoek bij geneesheren*, Faculteit Rechtsgeleerdheid, Vakgroep Strafrecht en Criminologie, 2002, 129 p.
- OGBORNE, A.C., SMART, R.G., WEBER, T., BIRCHMORE-TIMNEY, C., “Who is using cannabis as a medicine and why: an exploratory study”, *Journal of Psychoactive Drugs* 2000, 435-443.
- O'SHAUGHNESSY, W.B., “On the preparations of the Indian hemp or Gunjah, their effects on the animal system in health and their utility in the treatment of tetanus and other convulsive diseases”, Medical College of Calcutta, 1839.
- ROBSON, P., “Therapeutic aspects of cannabis and cannabinoids”, *British Journal of Psychiatry* 2001, 107-115.
- SALLAN, S.E., CRONIN, C., ZELEN, M. en ZINBERG, N.E., “Antiemetics in patients receiving chemotherapy for cancer”, *England Journal of Medicine* 1980, 135-138.
- SCHOUTEN, M., *Marijuana en hasjiesj: een handboek*, Antwerpen/Utrecht, Bruna, 1969, 216 p.
- SCHWARTZ, R.H. en SHERIDAN, M.J., “Marijuana to prevent nausea and vomiting in cancer patients: a survey of clinical oncologists”, *Southern Medical Journal* 1997, 167-175.
- SMART, R.G., OGBORNE, A.C., BIRCHMORE-TIMNEY, C., “An exploratory study of physicians experiences with patients who use marijuana for medical reasons”, *Addiction* 1999, 435-436.
- SNYDER, S.H.M.D., *Uses of marijuana*, New York, Oxford University Press, 1971, 127 p.
- VANDER LAENEN, F. en DHONT, F., “Zalven en slaan. Een eerste analyse van de nieuwe drugwetgeving”, *T. Strafr.* 2003, 227-245.

- VANDER LAENEN, F., “De drugverdragen van de Verenigde Naties. Ruimte voor een multidisciplinair drugbeleid of een keurslijf?”, *VAD-berichten* 2002, 17-19.
- VAN DER ZOUWEN, J. en DIJKSTRA, W., *Sociaal-wetenschappelijk onderzoek met vragenlijsten, methoden, knelpunten, oplossingen*, 1989, 189 p.
- VAN SCHAREN, H., *De cannabisconnectie*, Antwerpen, Houtekiet, 2000, 199 p.
- Wet van 4 april 2003 tot wijziging van de Wet van 24 februari 1921 betreffende het verhandelen van giftstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, ontsmettingsstoffen en antiseptica, *B.S.* 2 juni 2003.
- Wet van 3 mei 2003 tot wijziging van de Wet van 24 februari 1921 betreffende het verhandelen van giftstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, ontsmettingsstoffen en antiseptica, *B.S.* 2 juni 2003.
- WILLIAMSON, E.M. en EVANS, F.J., “Cannabinoids in clinical practice”, *Drugs* 2000, 1303-1311.