

Redegørelse af fordele og ulemper ved legalisering af cannabis

Et notat udarbejdet af Center for Folkesundhed i Grønland (Christina Viskum Lytken Larsen & Christine Ingemann) i samarbejde med WHO (Jakob Manthey).

10. oktober 2024

Indhold

1. Baggrund.....	3
2. Brug af hash.....	5
Alders og kønsforskelle i brug af hash	5
Social ulighed i brug af hash.....	6
Brug af hash blandt borgere i en udsat position	7
Brug af hash blandt børn og unge.....	7
3. Regulering af cannabis	9
Forbud	10
Afkriminalisering	10
Delvis legalisering.....	10
Kommerciel legalisering.....	11
Ulovlig aktivitet.....	11
4. Afvejning af forskellige reguleringsformer i forhold til forbrug, sundhed, kriminalitet og økonomi.....	13
Børne- og ungealliancen.....	15
5. Opsamling omkring fordele og ulemper ved forskellige typer regulering af cannabis	16
6. Forebyggelse og behandling	17
Forebyggende indsatser	17
Behandling for hashmisbrug	17
Litteratur	19
Bilag 1: Information om datakilderne	
Bilag 2: Loven om euforiserende stoffer	
Bilag 3: Policy options to regulate cannabis: pros and cons from a public health perspective	

1. Baggrund

Til FM 2023 stillede medlem af Inatsisartut Kristian Jeremiassen (Inuit Ataqatigiit): "Forslag til Inatsisartutbeslutning om at Naalakkersuisut pålægges at udarbejde en redegørelse om fordele og ulemper ved legalisering af cannabis. Redegørelsen skal betragte fordele og ulemper ligeligt og objektivt, og skal også indeholde overvejelser omkring mulige aldersgrænser på hhv. 18, 21 og 25 år. Redegørelsen præsenteres på EM2024."

Udarbejdelsen af denne redegørelse har Departementet for Sundhed uddelegeret for at sikre et uafhængigt og afdækkende notat. Center for Folkesundhed i Grønland blev udpeget til dette og blev bedt om at udarbejde et uafhængigt notat på baggrund af den tilgængelige evidens i samarbejde med Verdenssundhedsorganisation (WHO), som bidrager med en videnskabelig litteratur gennemgang af den internationale evidens på området.

I notatet redegøres for fordele og ulemper med udgangspunkt i et folkesundhedsperspektiv. Fordele og ulemper ved legalisering af cannabis er blevet undersøgt på baggrund af de tilgængelige data om forbrug af hash i Grønland (jf. bilag 1), den internationale evidens om forbrug af cannabis, sundhedsmæssige konsekvenser, ulovlig aktivitet og økonomiske overvejelser, samt perspektiver fra nøglepersoner på området (fx høringssvar). I notatet anvendes primært begrebet cannabis¹, som det overordnede begreb for alle cannabisprodukter (inklusiv hash). Begrebet hash anvendes der, hvor der direkte er blevet talt om eller blevet spurgt efter hash (fx i undersøgelser).

Der er mange faktorer omkring det enkelte menneske og familien, som påvirker folkesundheden. Social ulighed i sundhed opstår som følge af samspillet mellem forskellige niveauer eller lag af årsagsforhold, der spænder fra individet i den ene ende til de overordnede socioøkonomiske, kulturelle og miljømæssige forhold i den anden (Dahlgren & Whitehead, 2021). Individets alder, køn og genetiske faktorer påvirker dens sundhedspotentiale. Dertil kommer individets personlige adfærdsmønster og livsstil. For eksempel har personer i ugunstige situationer ofte en højere forekomst af risikoadfærd som rygning og oplever større økonomiske barrierer for at vælge sundere livstile. Som det næste lag kommer de sociale og fællesskabsbaserede påvirkninger, herunder sociale netværk og andre støttesystemer, både formelle og uformelle. Det næstsidste lag består af vigtige faciliteter og tjenester, som adgang til sundhedsydelser, uddannelse og arbejdsplads. Til sidst, og over alle andre niveauer, findes de økonomiske, kulturelle og miljømæssige egenskaber ved samfundet som helhed, herunder landets økonomiske profil, arbejdsmarkedsforhold og dominerende kulturelle normer.

Det vil sige, at når vi i redegørelsen tager udgangspunkt i et folkesundhedsperspektiv, så ser vi ikke kun på den enkeltes livsstil, men inddrager også konteksten og det omgivende samfund, som danner rammen om det enkelte menneske og familiers muligheder for at træffe sunde valg og opnå det højest mulige sundhedstilstand.

¹ Definition af Jakob Mathey (WHO): Cannabis er et begreb, der refererer til både planten ('cannabis sativa') og de tørrede blomstertoppe af denne plante, som kan bruges til medicinske og rekreative formål. En række cannabinoider produceres i hunplantens blomstrende toppe, hvoraf den afgørende er delta-9-tetrahydrocannabinol (THC), som frembringer de berusende virkninger. Hash eller harpiks er et andet cannabisprodukt, der stammer fra adskillelsen af cannabinoider fra blomsterknopperne og indeholder ofte højere koncentrationer af THC. Brugen af harpiks og blomst varierer mellem landene (f.eks. er harpiks mere almindeligt i Sydeuropa på grund af nærheden til Marokko, hvor hash traditionelt produceres), og begge produkter kan være forurenede med farlige stoffer, hvis kvalitetskontrollen mangler.

International forskning fremhæver flere kritiske faktorer, der påvirker cannabisbrug og afhængighed i en befolkning. Mens afhængighed er mere almindelig end psykose blandt cannabisbrugere, øger visse risikofaktorer sårbarheden, herunder samtidig tobaksbrug, tidlig start på brug og hyppigt forbrug (Curran et al., 2016). Forskningen viser, at der er kønsmæssige forskelle, så mænd typisk starter tidligere med at bruge cannabis og dermed har en højere afhængighedsrisiko (Halladay et al., 2020). For unge er der en række faktorer, der kan øge risikoen for starten på samt udviklingen i brug af cannabis. Disse omfatter misbrug i familien, adfærden i den unges sociale relationer og socioøkonomiske forhold (Garipey et al., 2022; Halladay et al., 2020; Suarez-Maldonado et al., 2022). At forebygge samt takle disse risikofaktorer for at beskytte unge fra brug af cannabis er afgørende for dels at reducere det generelle forbrug af cannabis samt de sundhedsmæssige, sociale og økonomiske konsekvenser, som brug af cannabis kan have på den enkelte, familien og samfundet.

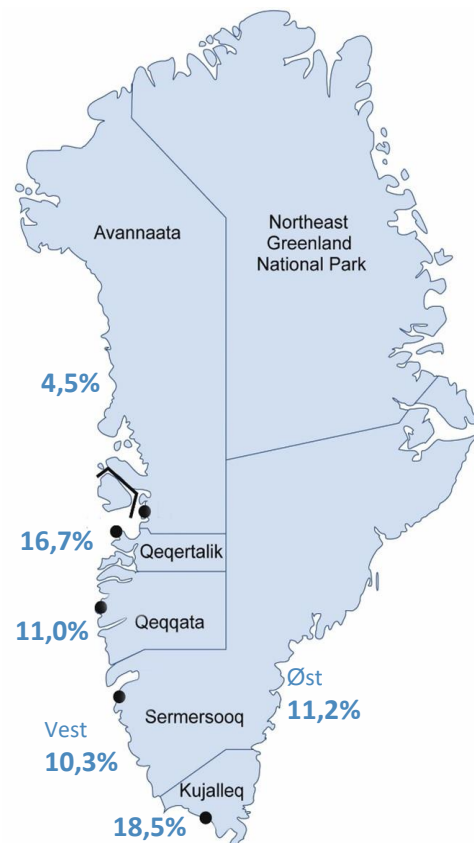
På nuværende tidspunkt, er cannabis et ulovligt stof her i landet (jf. bilag 2), men bruges alligevel af knap en tredjedel af den voksne befolkning (Larsen et al., 2019). Allerede fra skolealderen, forekommer brug af hash blandt de ældste skoleelever (Niclasen et al., 2022). Brug af cannabis er således allerede udbredt og det er velkendt, at det kombineres med andre euforiserende stoffer. En stor del af de borgere, der er afhængige af hash, har også et højt forbrug eller afhængighed af alkohol (Niclasen, 2024). Når dette kombineres med en høj forekomst af traumatiske hændelser i barndommen i befolkningen, så som seksuelle overgreb, vold og alkoholproblemer i hjemmet, er der tale om både høj eksponering i et samfund, hvor der samtidig er høj risiko for at udvikle afhængighed på befolkningsniveau (Curran et al., 2016; Garipey et al., 2022; Halladay et al., 2020; Kyvsgaard, 2020; Niclasen, 2024; Ottendahl et al., 2021; Suarez-Maldonado et al., 2022). Fra fagpersoner på tværs af sektorer udtrykkes derfor udtalt bekymring for den rolle cannabis allerede spiller som årsag til sociale og sundhedsmæssige problemer i dag, og for at forbedre de sociale og sundhedsmæssige forhold, er det afgørende at få nedbragt brug af cannabis i befolkningen. Det er afgørende at forstå, at dette er det sundhedsfaglige udgangspunkt for nedenstående redegørelse omkring forskellige scenarier for regulering af cannabis i samfundet.

2. Brug af hash

I Befolkningsundersøgelsen 2018 svarede 30%, at de havde røget hash inden for det sidste år. Dette er en meget høj prævalens sammenlignet med EU landene. Her har Tyrkiet den laveste prævalens på 1,8%, Danmark ligger i midten for med 12,5%, mens Tjekkiet har den højeste prævalens i EU på 22,9% (EUDA, 2024). Brug af hash mindst en gang om måneden defineres som et regelmæssigt forbrug. Der er store geografiske forskelle på forekomsten af et regelmæssigt forbrug fra 18,5% af de 15+ årige i Kujalleq til 4,5 % blandt de 15+ årige i Avannaata (figur 1). Ser vi isoleret på Nuuk, er det ca. 10% af de 15+ årige, der ryger hash mindst en gang om måneden.

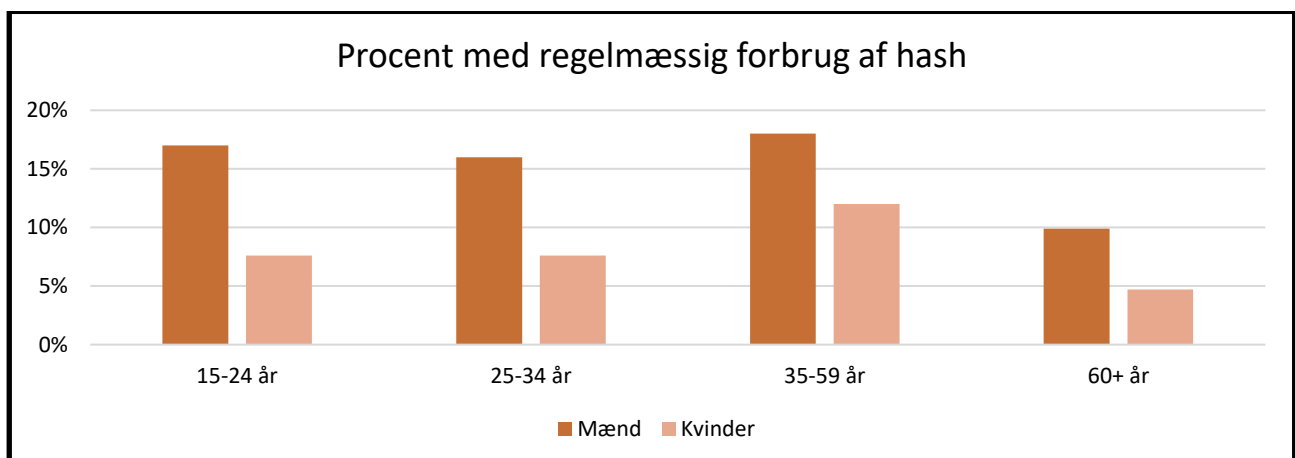
Alders og kønsforskelle i brug af hash

Overordnet havde mandlige deltagere i Befolkningsundersøgelsen 2018 oftere end kvinder et regelmæssigt forbrug af hash, og undersøgelsen viser at forekomsten var konstant indtil 60-års alderen. I gennemsnit for hele befolkningen brugte 9% hash mindst én gang om måneden eller oftere. Blandt unge under 35 år havde 12% et regelmæssigt forbrug.



Figur 1. Regelmæssigt forbrug af hash i grønlandske kommuner blandt deltagere 15+ år. Befolkningsundersøgelsen i 2018. N=1873.

Figur 2 angiver fordelingen af personer, som havde angivet et regelmæssigt forbrug af hash blandt deltagere 15+ år, ud fra køn og alder. Et regelmæssigt forbrug er defineret ved, at man ryger hash én gang om måneden eller oftere (Larsen et al., 2019). Der er væsentlige kønsforskelle i brug af hash, hvilket fremgår af figur 2. Mænd bruger oftere hash end kvinder. Dette gælder for alle aldersgrupper, men især for de 15-34-årige og de 60+ årige, hvor forbruget blandt mænd er dobbelt så højt sammenlignet med de jævnaldrende kvinder.



Figur 2. Brug af hash mindst en gang om måneden opdelt på køn og alder. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. Vægtet for geografiske forskelle. N=1847.

Deltagere i Befolkningsundersøgelsen 2018 kunne angive, om de bor sammen med børn under 18 år, men der er ikke oplysninger om, hvorvidt disse børn er deltagernes egne børn, søskende eller andet. Deltagere uden børn under 18 år i hjemmet har oftere et regelmæssigt forbrug af hash end dem med børn i hjemmet (14,4% vs. 9,1%; $p < 0,001$), se figur 3. Ifølge Allorfiks årsrapport har mange af de borgere, der har i behandling, børn under 18 år i hjemmet (Niclasen, 2024). Blandt de borgere, der var i behandling, angav 59 %, at de ingen hjemmeboende børn havde, 27 % angav at de havde 1-2 hjemmeboende børn, mens 10 % angav, at de havde 3 eller flere hjemmeboende børn.



Figur 3. Et ud af ti hjem med børn har et regelmæssigt forbrug af hash. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018.

Social ulighed i brug af hash

Supplerende analyser fra Befolkningsundersøgelsen 2018 viser en tydelig social gradient i hashforbrug, hvor forbruget varierer afhængigt af opvækstvilkår og socioøkonomiske forhold. Hashrygning er mere udbredt blandt borgere med dårlige opvækstvilkår, som fx alkoholproblemer i hjemmet eller seksuelle overgreb, og blandt hashbrugere vurderer kun 49% deres helbred som godt, mod 60% blandt ikke-brugere. Der er også en sammenhæng mellem hashforbrug og selvmordsforsøg.

Blandt unge fra Befolkningsundersøgelsen 2018 havde dem, der voksede op med høj belastning og høj kulturel tilknytning, fem gange højere risiko for regelmæssigt hashforbrug end dem fra byer med lav belastning (Ottendahl et al., 2021). Risikoen stiger med opvækstens belastning, men kvinder har generelt lavere risiko for hashforbrug uanset vilkår. Borgere i behandling hos Allorfik rapporterer ofte om ustabile opvækstforhold, hvor 37% i behandlingsåret 2023 angav ustabilitet, og 19% havde oplevet deres hjem som kaotisk (Niclasen, 2024). Ligeledes er rusmiddelproblemer ofte et fælles problem i familien, hvor 28% af de borgere, der var i behandling i 2024, havde forældre med stofproblemer og 45% havde søskende med lignende problemer.

En rapport fra Politiet dokumenterer væsentlige demografiske karakteristika blandt de 193 personer, der i 2014 blev dømt for overtrædelser af loven om euforiserende stoffer. Heraf var 57% enlige, 78% havde grundskole som højeste uddannelse, 25% var ikke i beskæftigelse, og 36% modtog offentlig ydelse (Kyvsgaard, 2020).

En undersøgelse af unges trivsel blandt de ældste skoleelever fra 2011 viser endvidere, at 1 ud af 10 unge har oplevet forældre med hashmisbrug, og halvdelen af dem følte sig utrygge som følge heraf (Pedersen & Bjerregaard, 2011). Grønlandske unge har højere forekomst af brug af euforiserende stoffer som hash og snifning sammenlignet med f.eks. danske unge, og risikoen for misbrug fordobles, hvis forældrene har et misbrug.

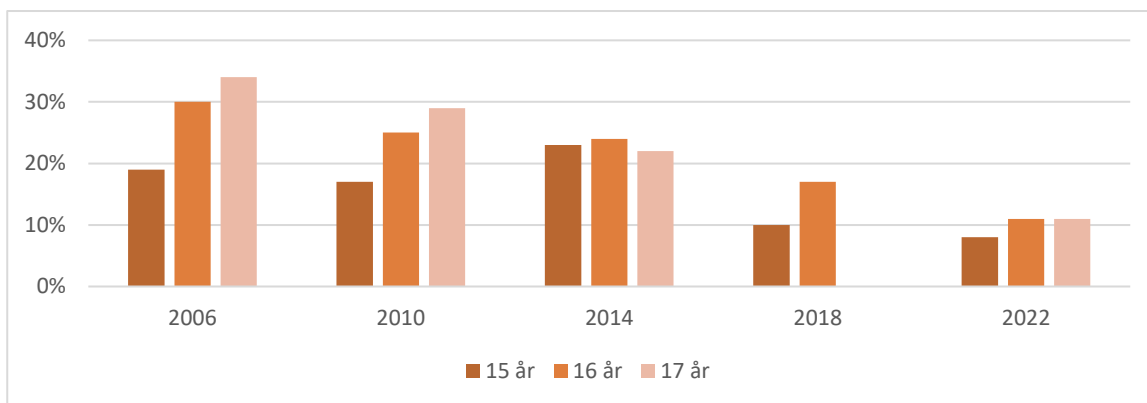
Brug af hash blandt borgere i en udsat position

Den seneste pilot-hjemløsetælling i Grønland viser, at hash er et ofte brugt rusmiddel blandt hjemløse (Arnfred & Perry, 2022). Hash er typisk også det foretrukne rusmiddel blandt personer med psykisk sygdom (Sundhedskommissionen, 2023). Et internt notat fra psykiatrisk afdeling A1 viser, at mange af deres indlæggelser er forbundet med at patienten har et aktivt eller tidligere hashmisbrug. Derudover fremgår det, at det primært er unge (15-30 år), der indlægges med en cannabispsykose diagnose.

Brug af hash blandt børn og unge

Der er en tendens til, at de negative konsekvenser ved brug af hash undervurderes (Niclasen, 2019). Hyppig brug af hash kan have alvorlige konsekvenser, især for børn og unge, hvis hjerner endnu ikke er fuldt udviklede. Selv kortvarig brug kan udløse psykiske lidelser som cannabispsykoser og angst, særligt hos unge, der er disponeret for disse tilstande. Langvarigt forbrug påvirker både indlæringssevnen og hukommelsen negativt. Unge, der begynder at bruge hash tidligt, er desuden i øget risiko for at droppe ud af skolen (Niclasen, 2019).

Skolebørnsundersøgelsen fra 2024 viser, at kun få har prøvet at ryge hash (5%) (HBSC 2024, ikke publiceret). Figur 4 viser udviklingen fra 2006-2022 i andelen af elever over 15 år, der har røget hash mindst én gang i livet. Overordnet set, bortset fra 2014, er der sket et fald i andelen af de 15-17-årige, der har røget hash mindst én gang i deres liv. Det er dog fortsat 1 ud af 10 blandt de ældste skoleelever, der har prøvet hash. Denne seneste undersøgelse fra i år viser også stor kommunal variation (HBSC 2024, ikke publiceret). Færrest elever har prøvet hash i de tre nordlige kommuner Avannaata (8%), Qeqqata (8%) og Qeqertalik (8%). I Sermersooq har 14% prøvet hash og i Kujalleq har 21% af de ældste skoleelever prøvet hash. Derudover angav 14% af alle elever i undersøgelsen, at de let kan få fat i hash.



Figur 4. Andel elever over 15 år, der har røget hash mindst én gang i deres liv, fra 2006-2022. Skolebørnsundersøgelsen 2006 (N=420), 2010 (N=560), 2014 (N=378), 2018 (N=330) og 2022 (N=328). I 2018 deltog færre i 10. klasse, hvorfor der ikke er data for 17-årige i 2018.

En spørgeskemaundersøgelse blandt elever på ungdomsuddannelserne fra 2024 viser, at cannabis er udbredt og oftest bruges i sociale sammenhænge (Reenberg et al., 2024). De fleste lærer om cannabis gennem venner og online platforme. Undersøgelsen viser en sammenhæng mellem elevers holdninger til cannabis og hvordan deres venner bruger det. Er eleven en del af et socialt netværk, der bruger cannabis, så er elevens også selv mere tilbøjelige til at bruge cannabis. De elever som svarede, at de trives godt, brugte cannabis mindre. Der er dog ingen klar forbindelse mellem, hvor meget folk ved om cannabis' skadelige virkninger, og hvor meget de

bruger det. Undersøgelsen viser, at cannabis er udbredt blandt elever på Grønlands ungdomsuddannelser, som ofte bruges i sociale sammenhænge. For at kunne udvikle og indføre effektive forebyggende tiltag er det vigtigt at inddrage unge for at forstå hvordan cannabisbrug er knyttet til sociale sammenhænge. Derudover er det særlig relevant at have fokus på uddannelsesinstitutioner, som kan gøre en forskel i forebyggelsen.

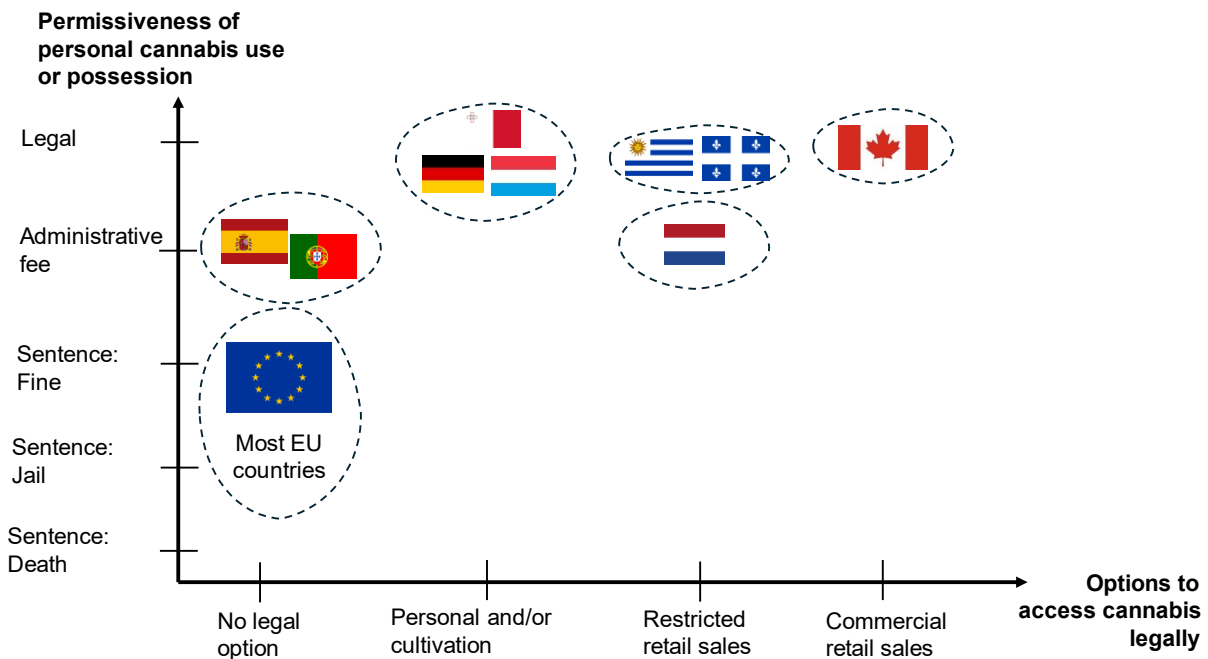
3. Regulering af cannabis

Der er i forbindelse med denne redegørelse udarbejdet et notat af førende eksperter fra WHO. Notatet er vedlagt som bilag 3 og de mest centrale informationer er indarbejdet i dette notat. WHO skitserer i notatet fire forskellige muligheder for at regulere cannabis som præsenteres nedenfor (se figur 5). De fire muligheder er: 1) Forbud, som er den nuværende situation; 2) Afkriminalisering; 3) Delvis legalisering; og 4) Kommerciel legalisering. Mulighederne er hver især kort beskrevet i figur 5.



Figur 5. Forskellige muligheder for at regulere cannabis.

På nuværende tidspunkt er det kun få lande, som har kommercielt legaliseret cannabis. Figur 6 som er gengivet direkte fra WHO notatet, får man et hurtigt overblik over hvordan forskellige lande har valgt at regulere cannabis.



Figur 6. Regulering af cannabis (x-aksen) og tilladelighed af personlig cannabisbrug/besiddelse (y-aksen). [WHO-notat, se bilag 3]

Intet land har legaliseret cannabis (hverken delvist eller kommercielt) uden først at legalisere medicinsk cannabis. Derfor er det umuligt at forudsige virkningerne af cannabislegalisering for lande, der i øjeblikket følger en forbudsstrategi og ikke har legaliseret cannabis til medicinske formål først.

Endvidere nævnes det, at mange europæiske lande i perioden 2010 til 2019 oplevede små til markante stigninger i forekomsten af cannabisbrug blandt voksne, uden væsentlige ændringer i deres cannabispolitikker.

Der præsenteres fire muligheder:

1. Forbud → ingen lovlig adgang og hård straf for personlig brug/besiddelse
2. Afkriminalisering → ingen lovlig adgang, men ingen eller lave straf for personlig brug/besiddelse
3. Delvis legalisering → begrænset lovlig adgang og ingen straf for personlig brug/besiddelse
4. Kommerciel legalisering → omfattende lovlig adgang og ingen straf for personlig brug/besiddelse

Forbud

Sammenlignet med kommerciel legaliseringsmodellen vil et omfattende forbud sandsynligvis holde udbredelsen af cannabisbrug på et minimum. En gennemgang af cannabis forbrug forekomst over tid i lande med forbud, viser, at udbredelsen af brug kan variere betydeligt, uanset om et forbud er til stede eller ej. Med denne viden er det vigtigt at forstå, at andre faktorer muligvis er mere relevante for at forklare forekomsten af cannabis forbrug. En omfattende vurdering af de aktuelle tendenser i cannabisbrug, skader og markedsdynamik i landet bør gennemføres, før der træffes beslutning om en alternativ politisk tilgang til forbud.

Afkriminalisering

Ved sammenligning af studier der undersøger effekten af afkriminalisering af cannabis i et land, så er det vigtigt at være opmærksom på at lande som har afkriminaliseret cannabis har gjort dette på forskellig vis; for eksempel, afkriminalisering af alle euforiserende stoffer eller kun af cannabis, eller indførelse af ingen straf ved besiddelse eller straffen er blevet nedsat. Per definition er lovligt salg ikke tilladt, når cannabis blot er afkriminaliseret. Ulovlige markedsaktiviteter er stort set uafhængige af afkriminaliseringspolitikker. Det er vigtigt at bemærke, at afkriminalisering ikke nødvendigvis medfører en reduktion i anholdelser for besiddelse af cannabis. I WHO-notatet præsenteres endvidere et eksempel som netop fremhæver vigtigheden af at lov er klart defineret, for at sikre at politiets fortolkning og kommunikation af loven til offentligheden stemmer overens.

I betragtning af al tilgængelig evidens er det usandsynligt, at en afkriminalisering af cannabis vil påvirke forekomsten af cannabisbrug.

Delvis legalisering

For delvis legalisering – en model, der først for nylig er blevet implementeret – findes der utilstrækkelig empirisk evidens.

Tre europæiske lande (Tyskland, Luxembourg, Malta) har for nylig indført en delvis legalisering, hvilket ser ud til at være en lovende politisk mulighed. Delvis legalisering vil sandsynligvis ikke

have en betydelig indvirkning på forekomsten af cannabisbrug, da tilgængeligheden og prisen på cannabis ikke vil ændre sig væsentligt. I denne model gives voksne, der bruger cannabis, lovlige måder at få fat i stoffet på, mens adgangsbarrierer for ikke-brugere og unge opretholdes gennem et forbud mod kommercielt salg.

Der er dog to ulemper ved en delvis legaliseringsmodel. For det første vil den måske ikke fortrænge det illegale marked lige så effektivt som kommerciel legalisering. For det andet kan offentlige udgifter stige en smule på grund af omkostninger til reguleringsmyndigheder, oplysningskampagner og forskning, uden at der genereres ekstra skatteindtægter. Der er behov for empirisk evidens for fuldt ud at forstå virkningen af en delvis legalisering.

Kommerciel legalisering

I de fleste jurisdiktioner var forekomsten af cannabisbrug steget i flere år før legaliseringen. Det tager tid at udvikle det lovlige marked. Variationer i den juridiske ramme (f.eks. minimumsalder, offentlig vs. privat detailhandelsmodel) afgør adgangen til og brugen af cannabis.

Den videnskabelige litteratur fremlægger solid evidens for, at større tilgængelighed af lovlig cannabis er forbundet med øget brug. Den lovlige minimumsalder for køb er afgørende for at sikre at færre unge bruger cannabis. Desuden har flere studier vist, at både de lovlige og ulovlige udsalgspriser på cannabis er faldet markant efter cannabislegalisering, hvilket muligvis kan tilskynde et øget cannabisbrug blandt befolkningen.

Antallet af cannabis-relaterede indlæggelser er angiveligt steget en smule i flere regioner/lande hvor cannabis er blevet legaliseret. Det er vigtigt at bemærke, at der er blandede resultater med hensyn til afhængighedsspecifik behandling, herunder en reduceret efterspørgsel efter behandling efter at cannabis er blevet legaliseret. Kommerciel legalisering af cannabis medfører salg af spiselig cannabis, som har ført til forgiftning af børn og unge. Den øgede forgiftningsrate tilskrives primært salg af spiselig-cannabis (fx slik), der spises utilsigtet eller i for store mængder. På trods af succesen med at erstatte det illegale marked med lovlige forsyningsmuligheder, kan det ikke fastslås i hvilken grad organiseret kriminalitet blev svækket i jurisdiktioner, der har legaliseret cannabis kommercielt. Der ser dog ud til at være en positiv effekt med hensyn til opklaringsraterne, dvs. politiets ressourcer kan blive frigivet til at efterforske ikke-cannabis-relaterede forbrydelser.

En grundig gennemgang af den tilgængelige internationale evidens på området findes i bilag 3.

Ulovlig aktivitet

Når cannabis er reguleret med forbud, dækkes hele efterspørgslen efter cannabis af ulovlige kilder. Overordnet set er der to hovedtyper af forsyningsmetoder: organiseret kriminalitet og småskaladyrkere. Organiseret kriminalitet omfatter store netværk af personer eller grupper, der beskæftiger sig med produktion, logistik (herunder import) og detailhandel af narkotika, mens småskaladyrkere typisk fokuserer på at dyrke cannabis til eget forbrug eller til salg til venner og familie for at opnå fortjeneste.

Internationalt data indikerer, at en betydelig del af den cannabis, der er tilgængelig i Vesteuropa og Centraleuropa, produceres i Holland. Retshåndhævende myndigheder ser kun små mængder af

den ulovligt tilgængelige cannabis blive konfiskeret. Effektiv reduktion af udbuddet gennem repressive tiltag hæmmes muligvis af markedets decentraliserede natur.

Ifølge politiets årsstatistik blev 95,34 kilogram hash beslaglagt i Grønland i 2023 (Politi, 2024). Endvidere fremviser rapporten at flest sager af overtrædelser af lov om euforiserende stoffer blev registreret i Nuuk (243) og Kangerlussuaq (155), mens der er langt færre i hovedbostederne: Aasiaat (35), Sisimiut (26), Ilulissat (23) og Qaqortoq (19).

4. Afvejning af forskellige reguleringsformer i forhold til forbrug, sundhed, kriminalitet og økonomi

Nedenfor er fordele og ulemper ved hver af de fire former for regulering opstillet ud fra forskellige perspektiver. Dette er gjort i forhold til 1) forbrug af cannabis i befolkningen set i relation til de fire typer af regulering; 2) herefter de sundhedsmæssige konsekvenser i relation til regulering; 3) ulovlig aktivitet i relation til de forskellige former for regulering og afslutningsvist 4) økonomiske overvejelser omkring hver af de fire typer regulering. Informationerne i tabellen bygger på den internationale evidens ift. de fire muligheder for regulering af cannabis (jf. bilag 3).

	Fordele	Ulemper
Forbud		
<i>Forbrug af cannabis</i>	• Reduktion af udbuddet ved at eliminere ulovlig produktion, anholde narkotikahandlere og beslaglægge cannabisprodukter, der er tilgængelige på det ulovlige marked	
<i>Sundhedsmæssige konsekvenser</i>	• Minimeret, hvis målet om reduktion af udbuddet er opnået	• Forfalskninger af naturlige cannabisprodukter med mere farlige stoffer
<i>Ulovlig aktivitet</i>		• Omfattende ulovlige markedsaktiviteter, delvist udført af organiseret kriminalitet • Betydelig reduktion af ulovlige markedsaktiviteter er måske ikke opnåelig • Negative juridiske og sociale konsekvenser for dem, der bliver anholdt
<i>Økonomiske overvejelser</i>		• Høje offentlige udgifter til retshåndhævelse, retsforfølgning og fængsling
Afkriminalisering		
<i>Forbrug af cannabis</i>		• Lille risiko for øget cannabisbrug
<i>Sundhedsmæssige konsekvenser</i>		• Muligvis øget kørsel under påvirkning af cannabis
<i>Ulovlig aktivitet</i>	• Færre negative konsekvenser som følge af at blive anholdt for cannabisbesiddelse	
<i>Økonomiske overvejelser</i>	• Ressourcer frigivet til retshåndhævelse og retsforfølgning	
Delvis legalisering	<i>Ingen tilgængelig evidens</i>	

	Fordele	Ulemper
Kommerciel legalisering		
<i>Forbrug af cannabis</i>		• Høj risiko for øget cannabisbrug blandt voksne under liberal regulering; Mulig risiko for øget cannabisbrug blandt unge
<i>Sundhedsmæssige konsekvenser</i>	• Forbedret adgang til kvalitetskontrollerede og ikke-forurenede produkter; Forbedret oplysning om sundhedsrisici, f.eks. gennem sundhedsadvarselsmærkater	• Øget risiko for akutte problemer som følge af brug af cannabis-edibles for børn, unge og voksne • Øget risiko for kroniske problemer på grund af øget udbredelse af cannabis forbrug • Muligvis højere risiko for dårligere mental sundhed på grund af øget THC-eksponering; Muligvis øget risiko for kørsel under påvirkning og trafikulykker
<i>Ulovlig aktivitet</i>	• Færre negative konsekvenser som følge af at blive anholdt for cannabisbesiddelse	
<i>Økonomiske overvejelser</i>	• Ressourcer frigivet til retshåndhævelse og retsforfølgning; Skatteindtægter fra cannabislicenser og salg	• Øgede udgifter til sundhedsmæssige konsekvenser • Øgede udgifter til cannabisadministration (f.eks. licenser)

Det er ligeledes væsentligt at inddrage viden og erfaringer, fra de sektorer og fagprofessionelle, der håndterer de skadelige konsekvenser af cannabismisbrug i samfundet. I forbindelse med høring af det politiske forslag om at legalisere cannabis, har Landslægeembedet, Allorfik, Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse, Departementet for Børn, Unge og Familie, og Departementet for Finanser og Ligestilling indgivet høringssvar (ref.: interne dokumenter).

Alle høringssvar forholder sig kritisk til forslaget med bekymring om at en legalisering vil have en skadelig effekt for samfundet, belaste sundhedsvæsenet yderligere, medvirke til yderligere sociale og personlige udfordringer blandt befolkningen, og muligvis medføre at andre hårde stoffer bliver smuglet ind i landet.

De samme bekymringer deles af de fagpersoner, vi har talt med i forbindelse med udarbejdelsen af dette notat. Vi har interviewet fagpersoner fra både kommunerne og sundhedsvæsenet, og alle udtrykker stor bekymring omkring at bruge legalisering som regulering af cannabis. Der er frygt for, at legalisering vil føre til en normalisering, ligesom det på nuværende tidspunkt er tilfældet for alkohol og tobak, hvor forbruget er højt i befolkningen. Flere stiller spørgsmålet: Hvis vores samfund allerede har svært ved at håndtere alkohol, hvordan kan vi så forvente, at cannabis vil blive håndteret anderledes?

Der er bekymring for, at en legalisering kan føre til et øget forbrug af cannabis, hvilket kan resultere i flere

PERSPEKTIVER FRA FAGPERSONER

Fordel ved legalisering:

- Giver udtryk for at en fordel vil være at man vil have kendskab til THC-indholdet i cannabisprodukter.

Ulemper ved legalisering:

- En stor bekymring for et øget forbrug blandt især unge.
- Bekymring for flere cannabispsykoser og forgiftninger blandt børn og unge.
- Et øget eller fortsat højt forbrug af cannabis under

cannabispsykosier – et område, hvor vi allerede mangler et tilstrækkeligt beredskab. Fagpersonerne er især bekymrede for de unge, da det er velkendt, at hashmisbrug ofte fører til social isolation. Dette er en bekymring, fordi forekomsten af ensomhed allerede er høj blandt børn og unge. Desuden gives der udtryk for, at legalisering af cannabis strider imod landets ambitioner om at få flere unge gennem uddannelsessystemet. Cannabis påvirker de kognitive evner og kan skabe indlæringsvanskeligheder.

Børne- og ungealliancen

MIO, UNICEF og Foreningen for Grønlandske Børn indgår i børne- og ungealliancen i Grønland. Alliancen arbejder i overensstemmelse med Forenede Nationers (FN) Børnekonvention (UNICEF, 1989) og er i direkte kontakt med børn og unge, hvilket giver dem mulighed for at formidle deres oplevelser og perspektiver. Børn og unge udtrykker enstemmigt, at forældre ikke bør ryge hash. Når der er hashmisbrug i hjemmet, forsømmer forældrene ofte deres børn, hvilket skaber utryghed og ustabilitet. Dette kan føre til, at børn mangler omsorg, og at der ikke er penge til basale fornødenheder som mad og tøj. Derudover fortæller børnene, at nogle allerede i 10-13-årsalderen introduceres til hash – nogle gange af deres egne forældre.

Børn ønsker sig et trygt hjem med forældre, der hverken drikker alkohol eller ryger hash. Som en 14-årig dreng udtrykker det: "Jeg ønsker mig forældre, der hverken drikker eller ryger hash. Et fredeligt hjem med mad og opfyldelse af mine behov, som en seng og tøj." (MIO, 2017b). Et andet barn fortæller: "Da jeg var lille, og mine forældre røg hash og drak, manglede jeg opmærksomhed." (MIO, 2017a). Børn rapporterer også, at de ser andre børn ryge hash (MIO, 2017a). Alliancen bemærker, at børn fra hjem med et cannabismisbrug ofte selv udvikler et misbrug og danner usunde relationer for at kompensere for den manglende omsorg, hvilket kan føre dem ind i kriminalitet.

Børne- og ungealliancen oplever dermed, at de nuværende forebyggende indsatser og behandlingstilbud ikke er tilstrækkeligt effektive. En eventuel legalisering af cannabis vil derfor i deres perspektiv have uoverskuelige konsekvenser for samfundet. Det er afgørende, at forebyggende indsatser styrkes, før en legalisering overhovedet kan komme på tale.

Grønland ratificerede Børnekonventionen i 1993 og har forpligtet sig til at opfylde dens artikler. Fra et børnerettighedsperspektiv vurderer alliancen en legalisering af cannabis som en krænkelse af især børns ret til beskyttelse mod narkotika (artikel 33), både i forhold til forældres og børns egen brug af hash. En kommerciel legalisering vil øge risikoen for forgiftninger, især blandt børn og unge, da salg af spiselig cannabis kan blive mere udbredt. Dette vil krænke børns ret til sundhed (artikel 24). Dertil kommer retten til beskyttelse mod vold, overgreb og omsorgssvigt (artikel 19), som ofte er forbundet med brug af hash og alkohol i hjemmet. Derfor anser alliancen en mulig legalisering som et skridt væk fra fuld opfyldelse af FN's Børnekonvention i Grønland.

5. Opsamling omkring fordele og ulemper ved forskellige typer regulering af cannabis

Forbud mod cannabis kan holde udbuddet lavt og detailpriserne høje, hvilket derved begrænser adgangen til stoffet. Samtidig har straffens alvorlighed ikke nogen væsentlig indvirkning på efterspørgslen efter cannabis. På baggrund af den eksisterende evidens, tyder det ikke på, at afkriminalisering fører til en stigning i brug af cannabis, men set ud fra et sundhedsperspektiv er det endnu mere væsentligt at bemærke, at det heller ikke fører til en reduktion i forbruget.

Hashforbruget i Grønland er højt og præget af betydelige sociale uligheder og udfordringer, der kræver målrettede indsatser, forebyggelses- og behandlingsinitiativer på tværs af sektorer. Selvom legalisering af cannabis kan være en del af diskussionen, er der ikke evidens for, at det vil reducere forbruget. Set ud fra et folkesundhedsperspektiv, er det afgørende at nedbringe forbruget og især fokusere på at forhindre, at unge begynder at bruge cannabis. En sammenhængende og koordineret indsats på tværs af politi, sundhedsvæsen, kommuner, Selvstyret og relevante organisationer er nødvendig for at sikre effektiv tidlig intervention og behandling.

Det er vigtigt at bemærke, at europæiske lande har oplevet både fald og stigninger i udbredelsen af cannabisbrug, tilsyneladende uden forbindelse til politiske tiltag. Dette tyder på, at andre faktorer, såsom sociale normer, kan være vigtigere for at forklare tendenser i cannabisbrug. Kommerciel legalisering af cannabis kan øge brugen og sundhedsproblemer ved at lette adgangen til cannabis og reducere detailpriserne.

Centrale myndigheder og behandlingsinstanser forholder sig alle kritisk til at legalisere cannabis, fordi det med stor sandsynlighed vil have en skadelig effekt på samfundet, belaste sundhedsvæsenet yderligere, medføre yderligere sociale og personlige udfordringer for befolkningen, og muligvis medføre at andre hårde stoffer bliver smuglet ind i landet. Myndigheder og fagpersoner er enige om, at vi i stedet bør fokusere på, hvordan vi kan styrke forebyggelsen af cannabismisbrug og bekæmpe den illegale import af cannabis.

6. Forebyggelse og behandling

Når fordele og ulemper ved forskellige former for regulering analyseres, er det ligeledes vigtigt at forholde sig til, hvorvidt de indsatser, der findes, er tilstrækkelige til at forebygge cannabis.

Forebyggende indsatser

I 2016 udgav Paarisa i Departementet for Sundhed et omfattende forslag til 'National indsatsplan mod hash' (Paarisa, 2016). Indsatsplanen blev udviklet på tværs af departementer og med inddragelse af alle politiske partier samt andre relevante handleplaner og det daværende folkesundhedsprogram Inuuneritta II. Den samlede indsatsplan mod hash indeholdt en lang række indsatser, som på det tidspunkt manglede finansiering. Disse omfattede både 1) begrænsning af indførsel og salg af hash i landet samt 2) begrænsning af misbrug igennem forebyggende og behandlende indsatser. Indsatserne blev skitseret på tværs af sundheds-, uddannelses-, justits- og finansområdet. Desværre blev den omfattende plan ikke løftet og forblev et forslag, men en del af indsatserne i planen var knyttet til folkesundhedsprogrammet Inuuneritta II og blev løftet derigennem. Dette er dokumenteret i midtvejsevalueringen af Inuuneritta II (Ingemann & Larsen, 2018).

Hash har været et fokusområde i alle tre folkesundhedsprogrammer fra Inuuneritta I i 2007 frem til den nuværende Inuuneritta III (Naalakkersuisut, 2007, 2013, 2020). Det indgår ligeledes på listen af de folkesundhedsindikatorer, man fra Selvstyrets side monitorerer fast igennem Befolkningsundersøgelserne og HBSC Greenland, der gennemføres blandt skolebørn. Midtvejsevalueringerne af henholdsvis Inuuneritta I og II viste at der igennem årene er igangsat en del forebyggende indsatser i form af kampagner, informationsmaterialer, uddannelse og kurser for misbrugsnøglepersoner og i relation til konceptet Komphash, samt revision af lovgivningen (Ingemann & Larsen, 2018; Larsen et al., 2011). Hash indgår under pejlemærke fire i Inuuneritta III, hvor der er fokus på, at ingen børn skal skades af tobak eller rusmidler. Der arbejdes med kommunale partnerskaber under Inuuneritta III, og der er ikke en landsdækkende indsats i gang målrettet hash. Der foregår dog forskellige aktiviteter i kommunerne, som især har til formål at forebygge brug af hash blandt de ældste skoleklasser samt blandt gravide familier igennem programmerne MANU og Tidlig Indsats (Ingemann & Larsen, 2018).

Allorfik tilbyder rusmiddelforebyggelse til de ældste folkeskoleklasser og har en del indsatser omkring sekundær forebyggelse f.eks. forældrekurser, kurser for unge opvokset med rusmidler, forældremødemateriale om rusmidler og tilbud om udgående indsats på uddannelsesinstitutioner over folkeskolen. Udbuddet af disse tilbud varierer over tid og er afhængig af lokale ressourcer. Forebyggende indsatser eksisterer dermed i Allorfik, i Paarisa, i politiet og i kommunerne. For at sikre sammenhængen på tværs af forskellige ressortområder er man derfor afhængig af en overordnet ledelsesdialog og koordinering på tværs. Det er uklart, om denne finder sted på nuværende tidspunkt.

Behandling for hashmisbrug

I 2014 udarbejdede Departementet for Sundhed en redegørelse om behovet for misbrugsbehandling (Departement for Sundhed og Infrastruktur, 2014), hvilket førte til en national plan i 2015 (Departementet for Sundhed, 2015). Allorfik blev oprettet i 2016 for at implementere planen og tilbyder gratis behandling til voksne med rusmiddel- og spilproblemer, herunder

hashmisbrug. I 2019 udvidede Allorfik sit tilbud til børn og unge, understøttet af en lov vedtaget af Inatsisartut (Departementet for Sundhed, 2019; Naalakkersuisut, 2019).

I Befolkningsundersøgelsen 2018 svarede 7% af deltagerne, at de tidligere har været i behandling for misbrug, såsom alkohol eller hash (Larsen et al., 2019). Blandt dem med regelmæssigt hashforbrug havde 22% været i behandling. Ifølge Allorfiks årsrapport 2023 bruger 52% af de borgere, der har haft kontakt med centeret, hash (Niclasen, 2024). Af disse havde 63% af mændene og 58% af kvinderne en DUDIT-score, der indikerede afhængighed. Mange hashbrugere har også problemer med alkohol og pengespil, samt en række øvrige helbredsproblemer oveni deres afhængighed. Behandling er effektiv, men mange borgere har behov for gentagne behandlinger. I 2023 havde 52% af de behandlede tidligere modtaget behandling. Supplerende analyser fra Allorfik for 2023 viser, at blandt unge under 25 år, som blev visiteret til Allorfik, havde 10% brug for behandling af hashmisbrug. Blandt de 25-34-årige var det 28% (ref.: personlig kommunikation med Birgit Niclasen).

Litteratur

- Arnfjord, S., & Perry, K. (2022). *Den grønlandske hjemløsetælling 2022 - pilottællingens oversigtsrapport*. <https://www.uni.gl/media/8386132/den-groenlandske-hjemloesetaelling-2022.pdf>
- Center for Folkesundhed i Grønland. (2021). *Analyser af forbruget af hash i Grønland til Familie- og sundhedsudvalget*.
- Curran, H. V., Freeman, T. P., Mokrysz, C., Lewis, D. A., Morgan, C. J., & Parsons, L. H. (2016). Keep off the grass? Cannabis, cognition and addiction. *Nat Rev Neurosci*, 17(5), 293-306. <https://doi.org/10.1038/nrn.2016.28>
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2021). The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public Health*, 199, 20-24. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.08.009>
- Departement for Sundhed og Infrastruktur. (2014). *Misbrugsbehandling behov og samfundsmæssige gevinster*. Nuuk: Naalakkersuisut
- Departementet for Sundhed. (2015). *Forslag til national plan for fremtidens misbrugsbehandling*. Nuuk: Naalakkersuisut
- Departementet for Sundhed. (2019). *Plan for tilbud til børn og unge, der har problemer med rusmidler- og pengespil*. Nuuk: Naalakkersuisut
- EUDA. (2024). *Dashboard. Prevalence of cannabis use in Europe (updated June 2024)*. European Union Drugs Agency,. Retrieved 2024 from https://www.euda.europa.eu/media-library/edr24/dashboard-prevalence-cannabis-use-europe_en
- Garipey, G., Danna, S. M., Hawke, L., Henderson, J., & Iyer, S. N. (2022). The mental health of young people who are not in education, employment, or training: a systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 57(6), 1107-1121. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02212-8>
- Halladay, J., Woock, R., El-Khechen, H., Munn, C., MacKillop, J., Amlung, M., Ogrodnik, M., Favotto, L., Aryal, K., Noori, A., Kiflen, M., & Georgiades, K. (2020). Patterns of substance use among adolescents: A systematic review. *Drug Alcohol Depend*, 216, 108222. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108222>
- Ingemann, C., & Larsen, C. V. L. (2018). *Midtvejsevaluering af Inuuneritta II: Gennemført i 2017 [Midterm-evaluation of Inuuneritta II: Conducted in 2017]*.
- Kyvsgaard, B. (2020). *Kriminalitet og lovovertrædere i Grønland*.
- Landslægeembedet. (2023). *Landslægeembedets vejledning nr. 2/2023 om forsøgsordning med medicinsk cannabis*. Nuuk
- Larsen, C. V. L., Dahl-Petersen, I. K., Kamper-Jørgensen, F., Dalentoft, L., & Pars, T. (2011). *Midtvejsevaluering af folkesundhedsprogrammet Inuuneritta [Midterm-evaluation of the public health program Inuuneritta]*.
- Larsen, C. V. L., Hansen, C. B., Ingemann, C., Jørgensen, M. E., Olesen, I., Sørensen, I. K., Koch, A., Backer, V., & Bjerregaard, P. (2019). *Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. Levevilkår, livsstil og helbred - Oversigt over indikatorer for folkesundheden [The Greenland Population Health Surevy 2018]* (SIF's Grønlandsskrifter, Issue. https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2019/befolkningsundersogelsen_i_groenland
- MIO. (2017a). *Børns budskaber til voksne - Ønsket om et godt liv, Kujalleq*.
- MIO. (2017b). *Kære voksne - Børns egne ord om deres liv og hverdag i Qeqqata Kommunia*.
- Niclasen, B. (2019). *HBSC Greenland: Data fra Skolebørnsundersøgelsen 2018* (SIF's Grønlandsskrifter nr. 32, Issue. https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2019/hbsc_greenland
- Niclasen, B. (2024). *Allorfik Årsrapport 2023*.
- Niclasen, B. V., Svartá, D. L., & Larsen, C. V. L. (2022). *Skolebørnsundersøgelsen i Grønland 2022: Helbred, trivsel og sundhedsadfærd blandt skoleelever i 5.-10. klasse*.

- Naalakkersuisut. (2007). *Inuuneritta-Folkesundhedsprogram, Landsstyrets strategier og målsætninger for folkesundheden 2007–2012* [Public Health Programme, strategies and goals from 2007 to 2012]. Nuuk: Home Rule Government Greenland
- Naalakkersuisut. (2013). *Inuuneritta II - Naalakkersuisuts strategier og målsætninger for folkesundheden 2013-2019*. Nuuk: Home Rule Government Greenland
- Inatsisartutlov om behandling af afhængighed, (2019). https://nalunaarutit.gl/groenlandsk-lovgivning/2019/I-10-2019?sc_lang=da
- Naalakkersuisut. (2020). *Inuuneritta III: Naalakkersuisuts strategi for samarbejdet om det gode børneliv 2020-2030*. Nuuk, GL
- Inatsisartutlov om euforiserende stoffer, (2022). https://nalunaarutit.gl/groenlandsk-lovgivning/2022/I-24-2022?sc_lang=da
- Selvstyrets bekendtgørelse om euforiserende stoffer, (2024). https://nalunaarutit.gl/groenlandsk-lovgivning/2024/selvstyrets-bekendtgørelse-nr-37-af-20_06_2024?sc_lang=da
- Ottendahl, C. B., Bjerregaard, P., Svartá, D. L., Sørensen, I. K., Olesen, I., Nielsen, M. S., & Larsen, C. V. L. (2021). *Mental sundhed og helbred blandt 15-34-årige i Grønland* [Mental health and well-being among 15-34-year-olds in Greenland]. https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2021/mental_sundhed_unge_groenland_dk
- Pedersen, C. P., & Bjerregaard, P. (2011). *Det svære ungdomsliv - Unges trivsel i Grønland: en undersøgelse blandt de ældste folkeskoleelever* [Well-being among youth in Greenland].
- Politi, G. (2024). *Årsstatistik 2023 Grønlands Politi*.
- Paarisa. (2016). *National indsatsplan mod hash*. Nuuk: Naalakkersuisut
- Reenberg, A., Mathiasen, C., & Langgaard, E. K. (2024). *En tværsnitsundersøgelse af omfanget af cannabis blandt elever på Grønlands ungdomsuddannelser* [Kandidatspeciale, Aalborg Universitet]. Aalborg.
- Suarez-Maldonado, M. T., Dominguez-Martinez, T., & Benjet, C. (2022). Why Do Some People Become More Involved in Cannabis Use Than Others? A Systematic Narrative Review on Cannabis Use Transition Predictors. *J Stud Alcohol Drugs*, 83(6), 781-792. <https://doi.org/10.15288/jsad.21-00270>
- Sundhedskommissionen. (2023). *Sundhedskommissionens Betænkning 2023: Vores Sundhedsvæsen - Vores Fælles Ansvar*.
- UNICEF. (1989). *Convention on the Rights of the Child*. <https://www.unicef.org/crc/>

Bilag 1: Information om datakilderne

Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018

Befolkningsundersøgelsen i Grønland følger forbruget af hash i befolkningen løbende. Ved seneste undersøgelse blev borgerne både spurgt om deres forbrug samt brug af behandling for misbrug (alkohol, hash eller ludomani). Spørgsmålene lød "Har du nogensinde prøvet at ryge hash?" og "Hvor ofte inden for det sidste år har du røget hash?" Af de 2539 deltagere i befolkningsundersøgelsen, som var 15+ år, besvarede 1873 (74%) spørgsmålene om hash. Resultaterne er beskrevet i hovedrapporten fra befolkningsundersøgelsen (Larsen et al., 2019) og i en rapport om unges mentale sundhed og helbred (Ottendahl et al., 2021). Derudover sammenfatter et notat fra 2021 til Familie- og Sundhedsudvalget disse resultater samt bidrager med supplerende analyser (Center for Folkesundhed i Grønland, 2021). Tekst og tal fra disse gengives delvis i notatet sammen med supplerende analyser der undersøger den sociale gradient af hashforbrug.

HBSC – Skolebørnsundersøgelsen i Grønland 2022

Skolebørnsundersøgelsen er det grønlandske bidrag til den internationale spørgeskemaundersøgelse Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) og har været gennemført siden 1994. I skolebørnsundersøgelsen (HBSC) fra 2024 fik elever i 5.-10. klasse spørgsmål om hash. Spørgsmålene lyder "Hvor mange dage har du røget hash i hele dit liv?" og "Hvor svært ville det være for dig at få fat i det, der er nævnt nedenfor [herunder hash], hvis du var interesseret?" Elever på 15 år og opefter fik også et spørgsmål om opfattelsen af risiko ved brug af hash: "Hvor stor risiko tror du, der er for at skade sig selv (fysisk eller på anden måde), hvis man: Prøver marihuana eller hash 1 eller 2 gange; Ryger hash en gang imellem; Ryger hash jævnligt." Tekst og tal fra rapporten Skolebørnsundersøgelsen i Grønland 2022: Helbred, trivsel og sundhedsadfærd blandt skoleelever i 5.-10. klasse gengives i dette notat (Niclasen et al., 2022).

Allorfik Årsrapport 2023

Allorfik – Videnscenter om Afhængighed udgiver årsrapporter med tal om visiterede og behandlede borgere vedrørende misbrugsproblemer. Til vurderingen af problemer med hash og andre stoffer anvender Allorfik spørgeskemaet DUDIT. (Niclasen, 2024)

Tal fra Grønlands Politi

I statistikrapporterne fra politiet tales der i forhold til hash om narkotika kriminalitet og overtrædelser af loven om euforiserende stoffer. Der gengives tal fra politiets årsstatistik 2023 (Politi, 2024) og fra en rapport om 'Kriminalitet og lovovertrædere i Grønland' (Kylvsgaard, 2020). Sidst nævnte rapport er en undersøgelse af lovovertræderes sociale profil, hvor baseret på en række kriterier 1860 personer, som har begået en lovovertrædelse i 2014, udgør undersøgelsesgruppen. Disse 1860 personer er sammenlagt dømt for 2890 lovovertrædelser, der er anmeldt i 2014 (Kylvsgaard, 2020). For herværende notat har vi kun set på tal der vedrører lovovertrædelser af loven om euforiserende stoffer.

Kandidatspeciale 2024 om cannabisadfærd blandt elever på ungdomsuddannelserne

Et kandidatspeciale fra 2024 udarbejdet af tre specialestuderende fra Folkesundhedsvidenskab fra Aalborg Universitet har undersøgt forbruget af cannabis og adfærden relateret hertil blandt elever på Grønlands ungdomsuddannelser og hvilken sammenhæng det har til adfærden relateret til cannabis i deres sociale netværk. Dette blev undersøgt ved hjælp af spørgeskemaer udsendt til alle ungdomsuddannelser; fire gymnasiale uddannelser og 10 erhvervsuddannelser. Suppleret med internationale erfaringer om skolebaserede interventioner og årsager til cannabisbrug, skulle det give en indikation af behovet for det videre forebyggende arbejde i denne kontekst. Spørgeskemaerne blev udviklet på baggrund af validerede spørgeskemaer. 288 elever deltog i undersøgelsen, hvor 73 kun besvarede nogle af spørgsmålene mens 215 besvarede alle spørgsmål (Reenberg et al., 2024).

Det svære ungdomsliv

Det svære ungdomsliv (Pedersen & Bjerregaard, 2011) er en spørgeskemaundersøgelse fra 2011, som har fokus på de unges trivsel. Undersøgelsen omfatter 481 unge på 15 år og derover fra 9. og 10. klassetrin i syv byer. Undersøgelserne giver et indblik i, hvordan de unge trives i familien, blandt venner og i skolen, og giver således en indsigt i de vigtigste arenaer for unges hverdag.

Bilag 2: Loven om euforiserende stoffer

I 2022 blev loven om euforiserende stoffer fra 1955 opdateret og trådte i kraft den 1. januar 2023 (Naalakkersuisut, 2022). Efterfulgt af 'Selvstyrets bekendtgørelse om euforiserende stoffer' i juni 2024 (Naalakkersuisut, 2024). Lovændringerne skete på baggrund af to forslag:

- EM2019/59: Forslag til Inatsisartutbeslutning om, at Naalakkersuisut pålægges at gøre det lovligt at købe, sælge og indføre cannabisolier, der indeholder CBD (cannabidiol), og som maksimalt indeholder 0,2 % THC (tetrahydrocannabinol)."
- EM2019/128: Forslag til Inatsisartutbeslutning om, at Naalakkersuisut pålægges at tage skridt til lovgivning af cannabisprodukter (herunder cannabisolie) med et THC-indhold på maksimalt 0,2 %

De nævnte tilpasninger i lovgivningen er implementeret for at udmønte politiske beslutninger og skabe grundlag for eventuelle fremtidige justeringer. Et af de elementer er et vejledende sanktionskatalog, der er beskrevet i bilag 2 til lovbemærkningerne. Dette katalog indeholder retningslinjer for, hvilke faktorer Anklagemyndigheden og Domstolene kan overveje, når de vurderer alvoren af en lovovertrædelse. Det hjælper med at sikre en ensartet vurdering af sager og giver myndighederne klare parametre at basere deres beslutninger på.

Derudover åbnede lovgivningen mulighed for legalisering af cannabisprodukter med et indhold af op til 0,2 % THC. Denne justering bygger på tidligere beslutninger truffet af Inatsisartut i 2019, som gav mulighed for at udstede bekendtgørelser, der kunne tillade produkter med et lavt THC-indhold. Selvom dette skaber rammerne for eventuelle fremtidige lovændringer, er der endnu ikke truffet en konkret politisk beslutning om en generel legalisering af cannabis.

I marts 2023 blev på baggrund af et politisk ønske etableret en 2-årig forsøgsordning med medicinsk cannabis. I Landslægeembedets vejledning om forsøgsordningen fremgår det at "på baggrund af en konkret lægefaglig vurdering vil det således være muligt i nøje udvalgte tilfælde at behandle særlige patientgrupper med medicinsk cannabis, hvor konventionel behandling med godkendte lægemidler ikke har haft den fornødne effekt" (Landslægeembedet, 2023). Den forsøgsordning er stadig igangværende og derfor ikke blevet evalueret endnu, men landslægen oplyser at ordningen stort set ikke er blevet brugt (ref.: personlig kommunikation med Landslægeembedet 20. september, 2024).

I august 2024 underskrev Naalakkersuisoq for Finanser og Skatter og Danmarks Skatteminister en aftale om styrket samarbejde mod narkotikasmugling og sort økonomi under et møde i Grønland. Aftalen skal også bekæmpe sort arbejde og økonomisk kriminalitet, der ofte hænger sammen med narkotikahandel. Der blev også indgået en tillægsaftale til dobbeltbeskatningsoverenskomsten for at bekæmpe skattesvig.

Bilag 3:

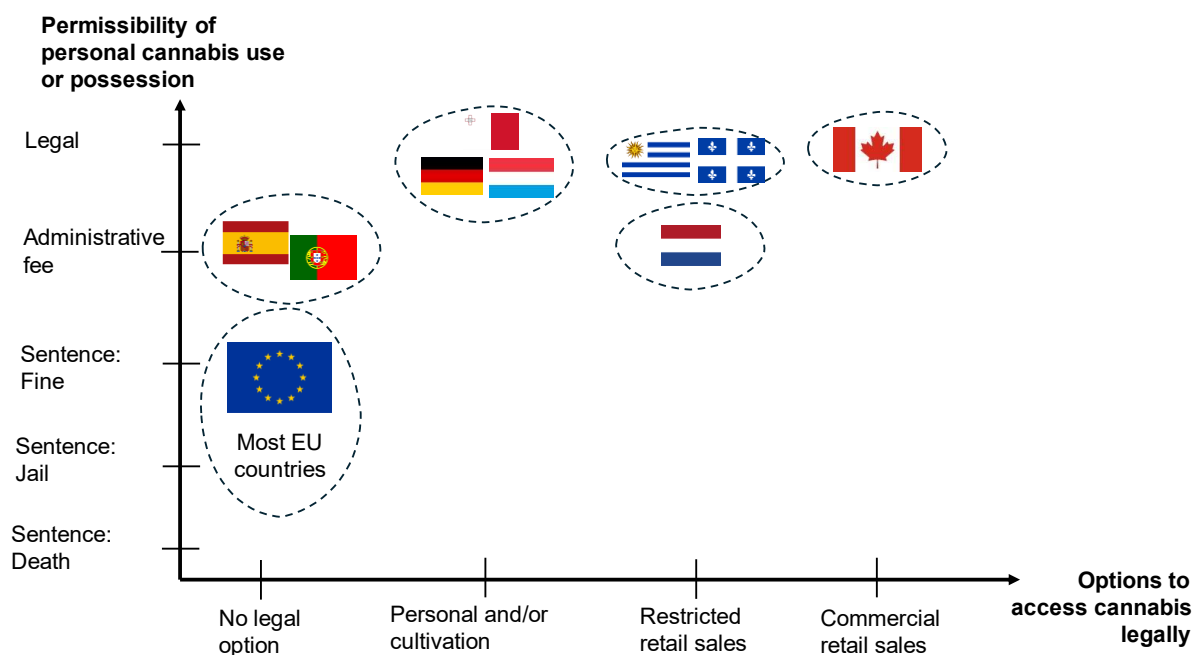
Muligheder for at regulere cannabis: Fordele og ulemper fra et folkesundhedsperspektiv

Forfatter: Jakob Manthey (Konsulent, WHO's regionale kontor for Europa)

Version: 18. september 2024

1. Introduktion: nuværende tilgange til regulering af cannabis?

Der er mange tilgange til regulering af rekreativ adgang til cannabis, og der er mindst to vigtige dimensioner at tage i betragtning: 1) om det er tilladt at bruge eller besidde cannabis til personlige formål, og 2) de juridiske muligheder for at få adgang til cannabis. Selv om de to politiske dimensioner ikke er helt uafhængige, synes det nødvendigt med en omhyggelig, separat vurdering af hver mulighed. **Figur 1** opsummerer begge politiske dimensioner i brede begreber og giver eksempler til illustration.



Figur 1. Muligheder for lovlig adgang til cannabis (x-akse) og tilladelse til personlig brug/besiddelse af cannabis (y-akse)

I denne figur antyder de to akser kontinua, dvs. at folk, der bor i et land længere væk fra nulpunktet, har flere muligheder for at få lovlig adgang til cannabis og har mindre risiko for at blive retsforfulgt for brug eller besiddelse af cannabis. Det er vigtigt at understrege, at det ikke betyder, at en given kategori på x-aksen vil have alle kategorier af lavere orden til stede. Et land, der tillader begrænset detailsalg, tillader f.eks. ikke nødvendigvis personlig dyrkning. For bedre at forstå de grupper, der er vist i **Figur 1**, er deres respektive tilgange til cannabis skitseret nedenfor med udvalgte lande som eksempler.

Gruppe 1: de fleste EU-lande

I de fleste EU-lande er det strafbart at være i besiddelse af cannabis, og de, der bliver dømt, kan blive idømt fængsel eller store bøder (f.eks. Danmark: op til 2 år; for en oversigt over straffe, se (1)). I mange lande bliver førstegangsforbrydere ikke retsforfulgt, og der er mulighed for at erstatte straf med behandling. I de fleste EU-lande er der ingen lovlig adgang til cannabis til rekreative formål.

Gruppe 2: Spanien og Portugal

Besiddelse af cannabis er afkriminaliseret i Spanien og Portugal, hvilket betyder, at folk kan blive pålagt at betale et administrativt gebyr for besiddelse af små mængder cannabis i det offentlige rum, men ikke kan blive arresteret (1). Med afkriminaliseringen er politiets

prioritering af at stoppe og visitere folk for cannabis eller andre stoffer lav, så der er generelt få anholdelser. Teknisk set er der ingen lovlig adgang i disse to lande, men der findes sociale cannabisclubber i nogle dele af Spanien. Selvom disse klubber ikke opererer lovligt, udgør de en platform for kollektiv dyrkning af cannabis og giver adgang på non-profit-basis (2).

Gruppe 3: Tyskland, Luxembourg og Malta

I disse tre lande vil besiddelse af en begrænset mængde cannabis til eget brug være lovligt fra 2023 eller 2024. Det betyder ikke, at folk vil kunne bruge cannabis offentligt uden nogen begrænsninger. I Tyskland er det f.eks. forbudt at bruge cannabis i nærheden af skoler, børnehaver og legepladser. Alle tre lande tillader personlig dyrkning af et begrænset antal cannabisplanter på privat grund. Derudover tillader Malta og Tyskland drift af klubber til kollektiv dyrkning af cannabisplanter (se også (3)).

Gruppe 4: Holland

Holland er et meget specielt tilfælde, fordi både tilladelsen og de juridiske adgangsmuligheder ikke er veldefinerede. Teknisk set er besiddelse, dyrkning og salg af cannabis ulovligt og kan resultere i fængselsstraf. Besiddelse af små mængder cannabis, dyrkning af op til fem planter og køb af små mængder cannabis i coffee shops bliver dog ikke retsforfulgt (4).

Gruppe 5: Uruguay og Quebec (Canada)

Uruguay har legaliseret cannabis til rekreative formål ved at tillade privat og kollektiv dyrkning og begrænset salg på autoriserede apoteker. I den canadiske provins Quebec er der oprettet et statsligt monopol til at koordinere den licenserede cannabis-detailhandel i hele provinsen. Folk, der er interesserede i at købe cannabis i Quebec, kan besøge fysiske butikker eller bestille cannabis online, men de har ikke lov til at dyrke deres egne cannabisplanter.

Gruppe 6: Canada

I Canada er det lovligt at besidde cannabis op til en vis mængde, men der er restriktioner på offentlig brug (for en sammenligning af provinspolitikker, se (5)). De fleste canadiere bor i provinser eller territorier, der har udviklet et privat eller hybrid (privat og offentligt) detailsystem for cannabis. Uden et loft over antallet af udstedte licenser er der åbnet mange privatdrevne fysiske butikker, især i byområder(6), som sælger cannabisprodukter. Sammenlignet med det offentlige system i Quebec indebærer private og hybride detailsystemer et højere antal detailforretninger pr. 100.000 indbyggere, hvilket resulterer i betydeligt større adgang til cannabis (7). Det er bemærkelsesværdigt, at størstedelen af de amerikanske stater, der har legaliseret cannabis til rekreative formål, også følger lignende detailmodeller (for en sammenlignende oversigt over de vigtigste cannabispolitikker i alle amerikanske stater, se (8, 9)).

2. Reduktion af den 2-dimensionelle politiske tilgang til 4 politiske muligheder

Som det fremgår af de seks grupper, der er placeret på forskellige punkter på de to dimensioner, kan en reform af cannabispolitikken enten indebære ændringer i tilladelsen til personlig brug eller besiddelse af cannabis eller ændringer i lovlig adgang til cannabis. Til en vis grad hænger begge dimensioner sammen. Ved at opsummere de eksisterende grupper opstår fire hovedpolitiske muligheder:

1. Forbud → ingen lovlig adgang og hårde straffe for personlig brug/besiddelse (gruppe 1)
2. Afkriminalisering → ingen lovlig adgang, men ingen/lave sanktioner for personlig brug/besiddelse (gruppe 2)
3. Delvis legalisering → begrænset juridisk adgang og ingen sanktioner for personlig brug/besiddelse (gruppe 3)
4. Kommerciel legalisering → omfattende juridisk adgang og ingen straf for personlig brug/besiddelse (gruppe 5-6)

Inden for disse fire politiske muligheder er gruppe 5 (Holland) ikke klassificeret, fordi det repræsenterer en unik tilgang, som ikke er blevet vedtaget af noget andet land.

I hoveddelen af denne rapport vil jeg opsummere den tilgængelige dokumentation om virkningen af hver politikmulighed på forbrug, sundhedsindikatorer eller ulovlige markedsaktiviteter. Der er tre forbehold til denne tilgang:

For det første er empiriske evalueringer tilgængelige for tre politiske muligheder (forbud, afkriminalisering, kommerciel legalisering). Der er utilstrækkelig empirisk evidens for delvis legalisering - en politikmodel, der først for nylig er blevet implementeret - så jeg vil diskutere dens virkninger i stedet for at opsummere primære undersøgelser.

For det andet er hver politikmulighed kendetegnet ved betydelig variation i gennemførelsen (f.eks. bøder, beskatning), hvilket er anerkendt i de primære undersøgelser og i mit resumé.

For det tredje påvirker reguleringen af cannabis ikke kun rekreativt, men også medicinsk brug. I undersøgelser er det kun omkring halvdelen af dem, der rapporterer at bruge cannabis, der udelukkende gør det til rekreative formål, mens resten udelukkende rapporterer medicinsk brug eller en blanding af medicinsk og rekreativ brug (f.eks. Canada, se side 12 (10)). Selvom hovedårsagerne til medicinsk brug (smerte, angst, søvnproblemer: side 18 (10)) ikke passer godt sammen med den eksisterende evidens om effektiviteten af cannabis (11), er dets medicinske brug udbredt. Det faktum, at cannabis ikke kun er et stof, der bruges til rekreative formål, men også til medicinske formål, er vigtigt for at informere politiske beslutningstagere af to grunde. For det første blev enhver legalisering af cannabis i de amerikanske stater eller Canada - de lande, der leverer langt størstedelen af undersøgelser om dette emne - forudgået af medicinske legaliseringsreformer. For eksempel legaliserede Canada medicinsk cannabis i 2001, som blev reformeret i 2013 og endelig suppleret med legaliseringen af rekreativt cannabis i 2018. Da medicinsk cannabis også kan fås af dem, der bruger cannabis (udelukkende) til rekreative formål, er medicinske cannabispolitikker inkluderet i mange politiske evalueringer. Faktisk har intet land legaliseret cannabis (delvist eller kommercielt) uden at legalisere medicinsk cannabis på et tidspunkt. Derfor er det umuligt at forudsige virkningerne af legalisering af cannabis for lande, der i øjeblikket har en forbudstilgang og ikke har legaliseret cannabis til medicinske formål.

3. Tilgængelig dokumentation for hver politikmulighed

Dette afsnit opsummerer den tilgængelige empiriske dokumentation for hver politikmulighed. Beviset vil fortrinsvis være baseret på systematiske reviews og metaanalyser, der måler effekten af, at en jurisdiktion skifter til den pågældende politik. Derudover vil nøgle kvantitative og kvalitative undersøgelser blive refereret til at videreudvikle viden. For hver politikmulighed vil beviserne for (a) udbredelse af cannabisbrug, (b) sundhedsmæssige konsekvenser og (c) ulovlige markedsaktiviteter blive skitseret. Derudover præsenteres enhver tilgængelig dokumentation om oprindelige befolkninger og økonomiske overvejelser. Hvert afsnit afsluttes med en liste over fordele og ulemper.

3.1 Forbud

Siden den fælles konvention om narkotiske stoffer trådte i kraft i 1961 (12) har de fleste lande håndhævet forbud mod besiddelse, produktion og salg af cannabis. På trods af denne lange tradition mangler der stort set omfattende evalueringer af forbudspolitikker. Faktisk har intet land indført et nyt forbud mod cannabis fra en juridisk status i de seneste årtier. Derfor er der ingen direkte vurdering af cannabisforbud.

Da forbud er status quo i de fleste lande, er det vigtigt at have en omfattende forståelse af dets virkninger for at forstå virkningen af alternative tilgange.

Udbredelse af cannabisbrug

Sammenlignet med en kommerciel legaliseringsmodel vil et omfattende forbud sandsynligvis holde prævalensen af cannabisbrug lav (se også Fejll Henvisningskilde ikke fundet.). Det er dog vigtigt at erkende, at udbredelsen af cannabisbrug ikke nødvendigvis hænger sammen med stregheden af sanktioner. For eksempel pålægges der meget strenge straffe for besiddelse af cannabis i Frankrig og Ungarn, lande med meget forskellige prævalenser for det seneste års brug (Frankrig 2021: 10.6 %; Ungarn 2019: 1.3 %; (13)).

Derudover kan brugsprævalensen variere betydeligt over tid i det samme land uden nogen ændring i politikken. For eksempel har udbredelsen af cannabisbrug blandt voksne i Tyskland fulgt et bølgelignende mønster siden 1995. Kun mellem 2012 og 2021 steg forekomsten af det seneste års brug fra 5 % til 10 % (14) - på trods af en stigning i antallet af registrerede lovovertrædelser (15). Faktisk har mange europæiske lande set lave til markante stigninger i udbredelsen af cannabisbrug blandt voksne mellem 2010 og 2019, uden større ændringer i cannabispolitikken (16). Undersøgelsesdata indsamlet blandt europæiske unge mellem 1999 og 2015 tyder på, at den månedlige prævalens af cannabisbrug er steget i Sydeuropa og Balkan, mens der er observeret fald blandt vesteuropæiske drenge (17). Samlet set ser det ud til, at udbredelsen af brug kan variere meget, uanset om der er et forbud i øjeblikket eller ej. Med denne lektion er det vigtigt at forstå, at andre determinanter kan være mere relevante for at forklare, om folk bruger cannabis.

I flere årtier har alkoholforbruget blandt unge været faldende i de fleste europæiske lande (17). Da faldet i alkoholforbruget for det meste er begrænset til unge mennesker, er dette fænomen ikke drevet af politikker, der er specifikt rettet mod unge. I stedet er denne tendens med faldende alkoholbrug observeret i mange europæiske lande ikke stærkt forbundet med ændrede holdninger (data fra 31 lande: (18)), men snarere til øget forældrekontrol (data fra skandinaviske lande: (19)). I England nævnte unge også kulturelle forandringer og stigningen i andre stoffer samt nedsat pris og adgang til alkohol (20).

Forskning i faldet i alkoholforbrug blandt unge fremhæver behovet for at overveje prævalensen af stofbrug i sammenhæng med en række forskellige determinanter, herunder, men ikke begrænset til, fremherskende nationale og internationale tendenser på makroniveau, såvel som normer på individuelt niveau vedrørende stofbrug. Det er vigtigt at bemærke, at disse determinanter ikke er specifikke for forbud, men sandsynligvis også vil være relevante under de alternative politiske scenarier, der diskuteres nedenfor.

Sundhedsmæssige konsekvenser

Brug af cannabis indebærer risici, men også potentielle sundhedsmæssige fordele. Det Europæiske Lægemiddelagentur har godkendt to lægemidler (nabiximol og epidyolex), der indeholder cannabinoider - de psykoaktive komponenter i cannabis. Der er stærke beviser for de medicinske fordele ved visse cannabinoider for visse former for epilepsi, smerte, anfald og dissemineret sklerose, selvom milde bivirkninger (f.eks. psykiske) ikke er ualmindelige (11). Sundhedseffekterne af medicinsk brug af cannabis kan ikke generaliseres, da lande har meget forskellige tilgange til medicinsk cannabis (for en europæisk oversigt, se (21)).

Cannabisbrug kan have en række negative konsekvenser, herunder men ikke begrænset til hashbrugsforstyrrelser (22), psykose (23, 24), motorkøretøjsulykker (25, 26) og, hvis det bruges under graviditeten, skade på spædbarnets helbred (27). En række individuelle og kontekstuelle faktorer bestemmer sandsynligheden for negative resultater. Især ser hyppigheden af brug ud til at være en vigtig forudsigelse for cannabisbrugsforstyrrelser og psykotiske symptomer (23, 28). Der er andre vigtige adfærdsmæssige risikofaktorer, hvor tidlig brugsalder og samtidig brug af tobak fører til øgede sundhedsrisici (29). Derudover er koncentrationen af den primære psykoaktive ingrediens, tetrahydrocannabinol (THC), i cannabis en anden determinant, da højere koncentrationer er blevet forbundet med en øget forekomst af cannabisbrugsforstyrrelser og psykotiske symptomer (30).

Ud over disse generelle sundhedseffekter af cannabisbrug, kan der være yderligere problemer forårsaget af cannabisforbud. Afhængigt af tilgangen til straf kan anholdelse for cannabis resultere i tab af beskæftigelse eller endda fængsel. Fængselsstraf reducerer muligvis ikke recidiv (31), men kan have andre negative helbredsmæssige konsekvenser (32). Derudover ses et omfattende cannabisforbud som en forløber for fremkomsten af stoffer, der efterligner virkningerne af cannabis, men som er mere farlige: syntetiske cannabinoidreceptoragonister (SCRA'er) er en klasse af stoffer, der kom ind på det europæiske marked omkring 2012 med dokumenteret brug i hele Europa (33, 34). Selvom det er kemisk nært beslægtet med de stoffer, der findes i naturlig cannabis, har SCRA en højere risikoprofil, og deres anvendelse har hovedsageligt været forbundet med akutte helbredsproblemer (f.eks. psykiatriske, kardiovaskulære (35)), men også med dødsfald (36). Narkotikakontrolldata fra otte europæiske lande viste, at cannabis solgt ulovligt var forfalsket med SCRA (37).

Endelig er virkningen af cannabisforbud på behandlingstilbud og -optagelse kompleks og dårligt forstået. Personer, der er anholdt for besiddelse af cannabis, kan blive henvist til behandling som alternativ til straf. Mellem 19 % og 27 % af europæerne i behandling for problemer med cannabisbrug blev henvist til behandling af politiet eller strafferetssystemet (38). Et problem med behandlingstvang er, at besiddelse af hash er en dårlig indikator for at have problemer med hashbrug, det vil sige behov for behandling. For eksempel ser personer, der er tvunget til behandling, ud til at opleve mindre psykiske lidelser og er mere tilbøjelige til at gennemføre behandlingen end dem, der søger behandling frivilligt (39). Det er også blevet hævdet, at cannabisforbud fører til suboptimal behandlingsoptagelse, fordi

folk frygter juridiske konsekvenser af at afsløre deres brug på grund af offentlig stigmatisering (40), men der er utilstrækkelige data til at understøtte denne påstand.

Præcise skøn over de sundhedsmæssige konsekvenser af cannabisbrug under forbud er ikke tilgængelige. Det kan antages, at den samlede sundhedsbyrde, der kan tilskrives cannabisbrug, er en funktion af (a) udbredelsen af cannabisbrug og brugsmønstre, (b) typerne af tilgængelige produkter (THC-koncentration; forfalskning med SCRA) og (c) niveauet af undertrykkende foranstaltninger.

Tag Tyskland som et eksempel. Her er udbredelsen af cannabisbrug steget parallelt med stigende antal hospitalsindlæggelser og ambulante diagnoser i perioder med øget repression (15, 41). Det er muligt, at stigende THC-koncentrationer i cannabisblomst har bidraget til at øge sundhedsrisici for brugere (42). Tilsvarende tyder data fra Danmark på, at sammenhængen mellem cannabisbrugsforstyrrelser og skizofreni er blevet styrket i de seneste årtier, muligvis på grund af stigninger i THC-koncentrationer (43, 44). Det er vigtigt, at det ikke er muligt at henhøre denne udvikling til cannabisforbud, da alternative scenarier er ukendte. Det er dog vigtigt at understrege, at de sundhedsmæssige konsekvenser af cannabisbrug - såvel som udbredelsen af cannabisbrug - ikke er konstante og kan variere betydeligt selv i mangel af politiske ændringer. Derfor bør der foretages en omfattende vurdering af aktuelle tendenser i udbredelse af cannabisbrug, skader og markedsdynamikker, før der træffes beslutning om en alternativ politisk tilgang.

Ulovlige aktiviteter

Under et omfattende forbud mod cannabis skal al efterspørgsel efter cannabis dækkes fra ulovlige kilder. Det er ikke muligt at give en detaljeret redegørelse for de netværk, der er involveret i ulovlig levering af cannabis, men der er to hovedtyper af levering: (1) organiseret kriminalitet involveret i produktion, logistik (herunder import) og/eller detailhandel; (2) småproducenter involveret i produktion og/eller detailhandel. Organiseret kriminalitet kan involvere store netværk af enkeltpersoner eller grupper involveret i narkotikaproduktion, -smugling og detailhandel samt andre ulovlige aktiviteter. I modsætning hertil kan smådyrkere udelukkende fokusere på at dyrke cannabis, enten for at imødekomme personlige behov og distribuere overskud til venner og familie, eller for at sælge hash for profit (45).

Produktions- og forbrugsdata fra forskellige lande giver vigtig indsigt i aktiviteterne på det ulovlige cannabismarked i Europa. En nøgleundersøgelse fra Holland anslog, at der blev produceret mellem 171 og 965 tons cannabisblomst (ulovligt) i Holland i 2012-2013. Mens det indenlandske forbrug kun udgør omkring 28 til 119 tons, blev 85 % (53 til 937 tons) anslået til at blive eksporteret (46, 47). Samlet set tyder undersøgelsen på, at hollandsk produktion kan tegne sig for mellem 10 og 38 % af den samlede cannabis, der bruges i Vest- og Centraleuropa, hvilket blev anslået til at være mellem 1.500 og 2.100 tons. Det er vigtigt, ifølge de seneste tilgængelige data for Holland (2018: 3 tons), Frankrig (2022: 41 tons), Belgien (2022: 3 tons), Tyskland (2022: 17 tons) eller Storbritannien (2017: 29 tons; (13)).

For yderligere at forstå, hvordan produktionskapaciteten kan organiseres, giver politirapporter fra Tyskland en vis indsigt. I 2022, før cannabispolitikken blev liberaliseret, identificerede det tyske politi n=665 cannabisplantager, hvoraf størstedelen var små (20-99 planter: n=471), mens minoriteten var stor (100-999 planter: n=141) og professionelle ($\geq$ 1000 planter: n=53) (48). Hvis disse data giver en nøjagtig beskrivelse af den indenlandske cannabisproduktion, kan det konkluderes, at cannabisproduktionen for det meste er decentraliseret, mens en ikke ubetydelig del kan produceres af nogle få store produktionssteder. Jo mere decentraliseret indenlandsk cannabisproduktion er, jo mindre undertrykkende kan der sættes ind for at begrænse cannabisudbuddet ved at udrydde

cannabisplantager, da hver enkelt facilitet kun bidrager med et lille beløb til det samlede udbud.

Samlet set tyder de tilgængelige data på, at en stor del af den cannabis, der er tilgængelig i Vest- og Centraleuropa, er produceret i Holland. Kun små mængder ulovligt tilgængelig cannabisblomst ser ud til at blive beslaglagt af retshåndhævende myndigheder. Det er muligt, at en effektiv udbudsreduktion gennem retshåndhævelse hæmmes af et decentraliseret ulovligt marked.

Det er vigtigt at bemærke, at forbud mod cannabis kræver retshåndhævende aktiviteter, der kan have negative konsekvenser for dem, der kun besidder cannabis til personlig brug. I de fleste europæiske lande, hvor cannabis er forbudt, kan besiddelse straffes med fængsel, bøder eller behandling (1). Pålidelige data om fuldbyrdelse foreligger ikke, men det kan antages, at fængsel for simpel besiddelse er sjældent, men bøder og (tvangs)behandling kan være almindelige. Ud over direkte juridiske konsekvenser kan de, der arresteres for besiddelse af cannabis, blive udsat for negative konsekvenser såsom tab af beskæftigelse og social udstødelse eller mere generelt stigmatisering (49). I Sverige, som måske har det strengeste forbud mod brug og besiddelse af cannabis i Europa, er mellem 6 % og 9 % af politistyrken afsat til retshåndhævelse af narkotika, hvilket resulterer i, at omkring 10.000 unge mennesker har en straffeattest for besiddelse eller brug af stoffer (de fleste af dem hash-relaterede), hvilket reducerer deres chancer for at få et kørekort eller finde et job (50).

Indvirkning på oprindelige befolkninger

Generelt har de negative konsekvenser af narkotikaforbud uforholdsmæssigt påvirket oprindelige befolkninger, der har brugt cannabis og andre stoffer til spirituelle eller medicinske formål i århundreder (51). På verdensplan anses stofforbud for at have særligt negative sundhedsmæssige, sociale og økonomiske konsekvenser for personer, der bruger stoffer i lavindkomstlande, men dette er ikke specifikt for cannabis (52). I USA er narkotikaforbud blevet ledsaget af racistiske og fremmedfjendske fortællinger rettet mod venstreorienterede, men også sorte samfund for at legitimere undertrykkende politiarbejde af disse grupper (51). Mere end 40 år senere er der omkring fire gange større sandsynlighed for, at sorte voksne bliver arresteret for cannabisrelaterede lovovertrædelser end hvide voksne, der bor i amerikanske stater med cannabisforbud (53). Data fra Canada i 2015 (tre år før legalisering) bekræfter dette mønster og viser, at forskellen i arrestationsrater for oprindelige folk er lig med eller større end for sorte (sammenlignet med hvide; (54)). Det skal bemærkes, at prævalensen af cannabisbrug ser ud til at være højere blandt oprindelige folk end blandt andre befolkninger (data fra Canada: (55, 56)), men denne forskel kan ikke fuldt ud forklare de for høje anholdelsesrater.

Økonomiske overvejelser

I mangel af kontrafakta er det vanskeligt at kvantificere den økonomiske virkning af cannabisforbud. I USA steg narkotikakontrolbudgettet støt mellem 1981 (1,5 milliarder USD; (57)) og 2024 (44 milliarder USD; (58)). I Sverige er narkotikakontrolaktiviteterne også steget siden 1970, hvor 6-9 % af politistyrken i 2010-2020 var afsat til retshåndhævelse af narkotika (50). Det skal bemærkes, at offentlige udgifter til opretholdelse af cannabisforbud ikke er begrænset til retshåndhævelse og retsomkostninger. I det amerikanske narkotikakontrolbudget for 2024 var de tre største udgiftskategorier behandling (27 %), retfærdighed (23 %) og grænsekontrol (16 %), men der blev også brugt betydelige beløb på uddannelse og forskning (58). Tilsvarende blev omkring to tredjedele af de 5,2-6,1 milliarder euro, der blev brugt på narkotika i Tyskland i 2006, brugt på politi (34 %) og retsvæsen (21 %) og 28 % på sundhed (59). Det er vigtigt, at dette budget dækker alle illegale stoffer, ikke

kun cannabis, og det er tænkeligt, at en betydelig del af disse omkostninger ville blive afholdt under forskellige cannabispolitiske scenarier.

Sammenfattende har den kommercielle legalisering af cannabis i Canada haft nogle positive økonomiske virkninger, især med hensyn til skatteindtægter. Omkostningerne for samfundet overstiger dog skatteindtægterne. Højere omkostninger end indtægter er ikke overraskende og er tidligere beskrevet for alkohol (139). Derudover er cannabisindustrien meget konkurrencedygtig, og cannabissektorens tilbagegang siden 2023 øger det økonomiske pres (140). I denne situation lobbyer industrigrupper i stigende grad for en lempelse af lovbestemmelser (f.eks. sænkning af skatter), som kan stimulere økonomisk vækst, men kan være i konflikt med målene for folkesundhed (141).

Fordele og ulemper for forbuddet mod cannabis

Domæne	Fordele	Ulemper
Brug prævalens	- Udbudsreduktion ved at minimere ulovlig produktion, arrestere narkohandlere og beslaglægge cannabisprodukter, der er tilgængelige på det ulovlige marked	
Sundhedsmæssige konsekvenser	- Minimeres, hvis målet om udbudsreduktion nås	- Forfalskning af cannabisprodukter med farlige stoffer (f.eks. SCRA)
Ulovlige aktiviteter		- Omfattende ulovlige markedsaktiviteter, dels af organiseret kriminalitet - En væsentlig reduktion af ulovlige markedsaktiviteter er muligvis ikke opnåelig - Negative juridiske og sociale konsekvenser for arresterede brugere
Indvirkning på oprindelige befolkninger		- Højere byrde af juridiske konsekvenser, fx gennem overpoliti
Økonomiske overvejelser		- Høje offentlige udgifter til retshåndhævelse, retsforfølgning og fængsling

3.2 Afkriminalisering

Flere lande har afkriminaliseret brugen og/eller besiddelse af cannabis uden at legalisere nogen form for forsyning. Det er vigtigt, at tilgange til cannabis -afkriminalisering varierer betydeligt, da de følgende eksempler illustrerer. I Portugal blev besiddelse af cannabis og alle andre lægemidler afkriminaliseret i 2001 (60). Her er folk, der besidder cannabis eller andre stoffer, en lille risiko for at blive arresteret og få bøde, og vigtigst af alt er det strafferetlige system normalt ikke involveret (61). I England blev besiddelse af cannabis afkriminaliseret mellem 2004 og 2009, hvor 7 ud af 10 lovovertrædelser endte med en formel advarsel, men ingen bøde (62). I nogle amerikanske stater er cannabis blevet afkriminaliseret i mere end 50 år (f.eks. Oregon 1973: (63)). I syv stater, der afkriminaliserede cannabis mellem 2008 og 2016, blev bøder reduceret fra \$ 500- \$ 1500 til \$ 100- \$ 200, mens fængsling som straf blev fjernet (64). I Tjekkiet blev kun sanktioner for besiddelse af store mængder cannabis eller dyrkning reduceret i 2010 (65). Disse forskelle bør tages i betragtning, når man fortolker de empiriske beviser for virkningerne af denne politiske tilgang. Det er også vigtigt at bemærke, at nogle undersøgelser har brugt udtrykket afkriminalisering til at henvise til legalisering af medicinsk cannabis eller til en blanding af medicinsk og rekreativ legalisering (f.eks. (66)), men disse undersøgelser er ikke inkluderet i denne syntese.

Cannabisbrug

En systematisk gennemgang fandt, at afkriminalisering af medikamenter generelt havde ringe indflydelse på forekomsten af stofbrug (67). En anden systematisk gennemgang af 13 undersøgelser, der specifikt kiggede på virkningerne af cannabis -afkriminalisering, bekræftede, at de fleste undersøgelser ikke fandt nogen effekt på cannabisbrug (68).

En casestudie undersøgte virkningen af afkriminalisering af medikamenter i Portugal i 2001 op til 2007. Identificering af meget ens tendenser i udbredelsen af cannabisbrug i Portugal, Spanien og Italien konkluderede forfatterne, at afkriminalisering ikke havde nogen indflydelse på brugen af Portugal (61). En mere robust analyse ved hjælp af australske data bekræftede, at afkriminalisering ikke havde nogen indflydelse på forekomsten af cannabisbrug blandt unge. Imidlertid faldt alderen for første brug lidt kort efter afkriminalisering, men denne effekt forsvandt fem år efter politikimplementering (69). I Tjekkiet ændrede alderen ved første brug af cannabis ikke, efter at sanktioner for besiddelse af store mængder og dyrkning af cannabis blev reduceret (65). I England var afkriminaliseringen af cannabis i 2004 for det meste ikke forbundet med ændringer i forekomsten af cannabis eller anden stofbrug i forskellige aldersgrupper (15-17, 18-20, 21+; (62)). I fem amerikanske stater syntes afkriminalisering af cannabis mellem 2008 og 2014 ikke at påvirke hyppigheden af cannabisbrug blandt unge (64).

Det skal bemærkes, at det er blevet argumenteret for, at afkriminalisering kan sende det forkerte signal til unge mennesker ('signalhypotesen') ved at antyde, at cannabis ikke er skadelig. Dette signal kan føre til øget accept og øget brug (70). En undersøgelse, der understøtter denne hypotese, evaluerede den relativt liberale afkriminalisering implementeret i Californien i 2011. Efter at cannabisbesiddelse blev behandlet som en overtrædelse - svarende til en parkeringsbillet - steg brugen af cannabis med 25% blandt 12. klasse med et forsinkelse på 1-2 år, mens der ikke blev observeret nogen ændring blandt 8. og 10. klasser (70). Forfatterne anerkender kritisk, at dette kan være en kohorteffekt snarere end en virkning af cannabis -afkriminalisering. Samlet antyder det, at de tilgængelige beviser antyder, at afkriminalisering af cannabis sandsynligvis ikke vil påvirke forekomsten af cannabisbrug.

Sundhedsmæssige konsekvenser

Virkningen af afkriminalisering på sundhedsresultater er meget begrænset. Hvis afkriminalisering imidlertid ikke påvirker forekomsten eller mønstre af cannabisbrug, kan det antages, at denne politik ikke har en negativ indflydelse på sundhedsresultater. Det er blevet hævdet, at personer med problemer med cannabisbrug kan være mere tilbøjelige til at søge professionel hjælp eller afsløre deres brug i medicinske omgivelser efter afkriminalisering, fordi stigmatiseringen af cannabisbrug og muligvis problemer med brug er reduceret (49). Selvom der ikke er noget bevis for at understøtte denne hypotese, er det mere plausibelt, at afkriminalisering vil *reducere* efterspørgsel efter afhængighedsbehandling ved at reducere juridiske henvisninger.

En meget tidlig undersøgelse evaluerede sundhedseffekterne af cannabis -afkriminalisering i fem amerikanske stater mellem 1975 og 1977 ved hjælp af data fra akutafdelinger. I elektroniske sundhedsregistre fandt undersøgelsen øgede omtaler af cannabis, men reducerede omtaler af alle medikamenter (inklusive cannabis) forbundet med cannabis -afkriminalisering (71). Resultaterne blev foreløbigt fortolket som cannabis, der erstattede andre lægemidler, med nettopositive effekter.

Med hensyn til virkningen af cannabis -afkriminalisering på resultaterne af trafikssikkerhed identificerede en systematisk gennemgang fire undersøgelser, der rapporterede en øget hastighed af positive cannabisforsøg i dødelige kollisioner i amerikanske stater (72), selvom en af disse fire undersøgelser misklassificerede medicinsk legalisering som afkriminalisering (73). En øget hastighed af positive cannabisforsøg indebærer, at en højere procentdel af chauffører havde brugt cannabis på et tidspunkt før styrtet. I betragtning af den lange halveringstid af THC i blod er det imidlertid ikke muligt at bestemme, om cannabis blev brugt kort før styrtet og bidraget til eller forårsagede styrtet. En femte undersøgelse identificeret ved gennemgangen fandt, at afkriminalisering ikke var forbundet med hastigheden af dødelige bilulykker.

Ulovlige aktiviteter

Per definition er juridisk salg ikke tilladt, når cannabis kun afkriminaliseres. Da alle former for forsyning, herunder menneskehandel, forbliver ulovlige og underlagt kriminelle sanktioner, er det rimeligt at antage, at disse aktiviteter stort set ikke påvirkes af afkriminaliseringspolitikker. Dette bekræftes af data fra Portugal, hvor mængden af hash, der blev beslaglagt, varierede betydeligt fra år til år, men ikke så ud til at være påvirket af afkriminalisering i 2001 (61). Som beskrevet ovenfor repræsenterer politiets anfald kun en brøkdel af den samlede mængde cannabis, der er tilgængelig på det ulovlige marked, så dette er en svag indikator. Derudover er der ikke observeret nogen indflydelse på gadeprisen på cannabis eller andre ulovlige stoffer (61, 74), hvilket yderligere understøtter forestillingen om, at ulovlig markedsaktivitet stort set ikke påvirkes af afkriminaliseringspolitikker.

Efter afkriminaliseringen af cannabis og andre ulovlige stoffer i Portugal er antallet af stofbrugere, men ikke menneskehandlere, faldet, men ikke forsvundet (61). Det er vigtigt, at den portugisiske tilgang kræver, at politiet udsender advarsler til dem, der bruger eller besidder narkotika (60). Derefter gennemgår den såkaldte 'Kommission for afskrækkelse af narkotikamisbrug' sagen og beslutter mulige sanktioner, såsom terapi eller retsforfølgning. De fleste lovovertrædere står ikke over for sanktioner for besiddelse af cannabis, men forhandlere er stadig retsforfulgt (60).

For at bekræfte den portugisiske oplevelse er der observeret lavere anholdelsesrater for narkotika i amerikanske stater, der har afkriminaliseret cannabis (75). Med fokus på amerikanske stater, der implementerede afkriminalisering mellem 2000 og 2019, anslog en

undersøgelse, at anholdelsesraten for besiddelse af cannabis faldt med 70 % for voksne og 40 % for unge efter lovændringen (76). To andre undersøgelser fandt også reducerede arrestationer blandt voksne og unge (53, 64).

Det er vigtigt, at afkriminalisering ikke nødvendigvis reducerer arrestationer for besiddelse af cannabis. I Tjekkiet reducerede afkriminalisering i 2010 kun sanktioner for besiddelse af store mængder cannabis og for dyrkning, mens sanktioner for besiddelse af små beløb forblev uændret. Efter denne politik faldt antallet af arrestationer for besiddelse af cannabis ikke (65). Forfatterne bemærkede, at bestemmelsen om mængder ikke var veldefinerede, hvilket førte til forvirring omkring fortolkningen af den liberaliserede lov, ofte benævnt legalisering og til øget politiets håndhævelse. Dette eksempel fremhæver vigtigheden af en klart defineret lov, hvordan det fortolkes af politiet (se også (62)), og hvordan det kommunikeres til offentligheden.

Med hensyn til virkninger på andre ulovlige aktiviteter, var afkriminalisering af cannabis ikke forbundet med øget andel af ejendom eller voldelig kriminalitet, mord, røveri, voldtægt, indbrud eller tyveri af motorkøretøjer, mens grove overfald og tyveri var lavere i stater, der afkriminaliserede besiddelse af cannabis i 2010 og 2014 (75). Disse fund blev bekræftet af en undersøgelse, der undersøgte virkningerne af cannabis -afkriminalisering i England i 2004 (62).

Påvirkning på oprindelige befolkninger

Den specifikke virkning af afkriminalisering af cannabis på oprindelige befolkninger er ikke godt forstået. Der er imidlertid stærke beviser for, at afkriminaliseringspolitikker, der blev implementeret i amerikanske stater mellem 2000 og 2019, var forbundet med reducerede racemæssige forskelle i arrestationsraterne. Specifikt blev sort-hvide forskelle i arrestationer for cannabisbesiddelse reduceret med 17 % blandt voksne, men ikke blandt unge (76). Forskelle i arrestationer blandt oprindelige befolkninger er ikke blevet specifikt undersøgt.

Økonomiske overvejelser

Hvis man antager, at afkriminalisering har ringe eller ingen indflydelse på udbredelsen af brug og sundhedsresultater, ville virkningerne af afkriminaliseringspolitikker hovedsageligt være relateret til ændringer i udgifter til retshåndhævelse. Hvis afkriminalisering frigør kapaciteten hos det retshåndhævende personale, kan de blive tildelt til andre kriminelle aktiviteter (f.eks. Narkotikahandel), men de samlede offentlige udgifter ville ikke ændre sig, medmindre arbejdsstyrken blev reduceret, dvs. politi eller dommere blev afvist.

For at illustrere omkostningerne ved en cannabis -afkriminaliseringspolitik estimerede en undersøgelse fra 2014 omkostningerne til New South Wales (Australien), hvor besiddelse af små mængder cannabis resulterer i en forsigtighed snarere end en kriminel fortegnelse (77). De årlige omkostninger blev anslået til 80 millioner dollars, mest i de offentlige udgifter til politi, retfærdighed og behandling, men også i private udgifter til bøder og forsvarsadvokater. Undersøgelsen bekræfter således, at der er ringe forskel i statslige udgifter mellem forbud og afkriminaliseringsscenarier. Derudover fandt denne undersøgelse langt flere økonomiske fordele end omkostninger, næsten udelukkende på grund af det forbedrede subjektive velvære som følge af cannabisbrug - efter at have taget hensyn til tab på grund af cannabisrelaterede svækkelser i uddannelsesniveau og ulykker (77).

Fordele og ulemper for afkriminalisering af cannabis (sammenlignet med forbud)

Domæne	Fordele	Ulemper
Brug prævalens		
Sundhedsmæssige konsekvenser		- Risiko for øget kørsel under påvirkning af cannabis
Ulovlige aktiviteter	- Færre negative konsekvenser som følge af at blive anholdt for besiddelse af cannabis	
Indflydelse på oprindelige befolkninger	- Reduceret overpolering af mindretal - Reduceret stigmatisering	
Økonomiske overvejelser	- Ressourcer, der er frigivet, kan bruges til retshåndhævelse og retsforfølgning af andre forbrydelser	

3.3 Kommerciel legalisering

Canada og Uruguay er de eneste lande, der har implementeret landsdækkende kommercielle legaliseringsmodeller. Derudover har mere end 20 amerikanske stater legaliseret kommerciel levering af cannabis. Som nævnt i introduktionen er det vigtigt, at der er implementeret meget store forskelle i de implementerede legaliseringsmodeller. Da de fleste af beviserne kommer fra Canada og USA, er det vigtigt at kortlægge og sammenligne de eksisterende juridiske rammer. I både Canada og de amerikanske stater med juridiske markeder kan cannabis ikke sælges til mindreårige, og den sædvanlige minimumskøbsalder er 19-21 år. Foruden licenseret salg tillader nogle jurisdiktioner hjemmedyrkning (78, 79). Cannabis -annonceringsforbud er på plads i forskellige grader, men markedsføringseksposering fjernes ikke (80). Salget er begrænset til licenserede forhandlere i alle rapporterende lande, mens nogle, men ikke alle, også tillader internetordrer. Antallet af licenserede detailhandlere er ikke begrænset i nogen jurisdiktion, men canadiske provinser med offentlige salgsmonopoler har betydeligt færre detailhandlere pr. Indbygger (7). De fleste lovlige cannabisprodukter skal sælges i emballage, der indeholder sundhedsadvarsler, herunder THC -niveauer. Specifikke cannabisafgifter opkræves, men de er for det meste baseret på vægten eller værdien af produktet snarere end THC -koncentrationen. Kørsel under påvirkning af cannabis er generelt ikke tilladt, med THC -grænser for det meste varierer mellem 0 og 5 ng/ml blod. Mere detaljerede resume af de forskellige juridiske rammer er blevet offentliggjort andetsteds (5, 8, 9, 81).

Cannabisbrug

Flere systematiske anmeldelser har vurderet virkningerne af legalisering af cannabis på cannabisbrugsprævalens og andre indikatorer (82-91). To overvejende overlappende anmeldelser fokuserede på beviser indsamlet i USA frem til 2020 (83, 84). For forekomsten og hyppigheden af brug af cannabis blandt unge præsenterer de identificerede undersøgelser et blandet billede, hvor de fleste fund konvergerer uden ændring. Når der blev fundet stigninger, var virkningerne små (f.eks. (92)). Blandt voksne var undersøgelser mere konsistente med at finde stigninger (f.eks. (93)). Forestillingen om at øge brugen af cannabis blandt voksne og blandede fund blandt unge blev bekræftet af efterfølgende anmeldelser (88, 89, 94), herunder to anmeldelser med fokus på canadiske beviser (82, 91). De fleste anmeldelser kvantificerer ikke virkningen af legalisering af cannabis ved anvendelse af meta-analytiske tilgange. Et tidligt papir samlede syv undersøgelser af virkningen af legalisering af cannabis på udbredelsen af brugen, hvilket antyder en ubetydelig stigning (0,03, 95% CI: -0.01 to 0.07; (68)).

Tre aspekter skal tages i betragtning, når man fortolker undersøgelser, der evaluerer virkningerne af cannabislegalisering: Udbredelsen af cannabisbrug havde været stigende i flere år forud for legaliseringen, hvilket gjorde det vanskeligt at tilskrive stigninger til loven; det tager noget tid for det juridiske marked at udvikle sig, f.eks. for detailhandlere at åbne, så langsigtet opfølgning (f.eks. mindst 2 år) giver mere værdifuld dokumentation; forskelle i de juridiske rammer (f.eks. minimumsalder, offentlig vs. privat detailhandelsmodel) bestemmer adgangen til og brugen af cannabis (95). Under hensyntagen til disse determinanter fandt en gennemgang i 2023 overbevisende bevis for, at legalisering er forbundet med små stigninger i cannabisbrug blandt voksne, med større effekter i undersøgelser, der undersøger langtidseffekter og i lande med mere liberale regler (resumé: (85); Prøveundersøgelse: (96)).

Det er også frygtet, men ikke empirisk bekræftet, at øget anvendelse i den generelle befolkning vil lette øget cannabisbrug blandt unge (85).

Der er få empiriske undersøgelser, der undersøger mekanismerne til kommerciel legalisering, der letter øget brug af cannabis, men empiriske beviser findes for to mekanismer. Først fandt to systematiske anmeldelser robuste beviser for, at øget tilgængelighed af lovlig cannabis er forbundet med øget anvendelse (97, 98). Specifikt blev større tilgængelighed målt ved et højere antal cannabisforhandlere pr. indbygger eller i et givet område (dvs. densitet) eller af en kortere afstand til den nærmeste forhandler. For det andet er hævelse af den juridiske købsalder forbundet med færre unge, der bruger cannabis (99). Derudover har flere undersøgelser vist, at lovlige og ulovlige detailpriser på cannabis er faldet markant efter cannabis-legalisering (100-102), hvilket kan tilskynde til cannabisbrug.

Sundhedsmæssige konsekvenser

Generelt synes virkningen af legalisering af cannabis på sundhedsresultater i vid udstrækning at være en funktion af forekomsten af cannabisbrug. I overensstemmelse hermed er der stærke beviser for, at cannabis -legalisering er øget (mentale) sundhedsmæssige problemer, som bekræftet af flere systematiske anmeldelser om emnet (83-85, 87, 91).

En evaluering af de primære undersøgelser afslører et mere komplekst mønster. Blandt voksne cannabisbrugere ser hyppigheden af brugsforstyrrelser ikke ud til at være påvirket (se f.eks. (103)). Imidlertid er det rapporteret, at hastigheden af cannabisrelaterede hospitalsindlæggelser er steget lidt i flere lande (104, 105), hvilket kan skyldes en stigning i antallet af brugere snarere end en stigning i problemer blandt brugerne. Det er vigtigt, at der er blandede fund med hensyn til afhængighedsspecifik behandling, herunder et fald i efterspørgslen efter behandling efter legalisering af cannabis (106, 107).

Mens hospitalets indlæggelser hovedsageligt afspejler kroniske effekter af brugen af cannabis, fortjener virkningen af akut cannabisproblemer særlig opmærksomhed. Cannabis -forgiftning, defineret som opfordringer til giftstyringscentre eller optagelser til akutafdelinger relateret til cannabisbrug, er steget kraftigt efter kommerciel legalisering i flere jurisdiktioner i Canada og i amerikanske stater. En metaanalyse vurderede, at risikoen for cannabisforgiftning steg 3,56 gange efter legalisering af cannabis (95% CI: 2.43-5.20; (108); Prøveundersøgelse: (109)). Det er vigtigt, at større effekter blev observeret blandt unge mennesker, især børn. Forøgede forgiftningsgrader tilskrives for det meste salg af spiselig cannabis, som forbruges utilsigtet eller i for store mængder. Ved kun at tillade spiselige cannabisvarer i børnesikrede beholdere, som er mindre attraktive for børn, har den canadiske provins Quebec været i stand til at holde hash-relaterede skadestuebesøg på et minimum (110).

Nogle fortalere for legalisering af cannabis har hævdet, at lovlig adgang til cannabis indebærer reduceret risiko på grund af færre forurenende stoffer. Faktisk er antallet af opkald til giftkontrolcentre relateret til brugen af syntetiske cannabinoider faldet efter legalisering af cannabis i flere amerikanske stater (111). Derudover ser legalisering ud til at katalyse tendenser i produktpræferencer og administrationsvej, der kan have betydelige sundhedsmæssige konsekvenser. I lande, hvor kommerciel cannabis er blevet legaliseret, er der for eksempel blevet øget efterspørgsel efter vaping og andre højpotensprodukter (101, 112). Ydermere faldt hashrygning som den mest almindelige administrationsmåde fra 89 % til 63 % mellem 2018 og 2023 i Canada (113). Mens den øgede anvendelse af ikke-brændbare administrationsruter forventes at være gavnlige for luftvejsfunktion, kan den sandsynlige stigning i THC-eksponering på grund af utilstrækkelig titrering (114) kan være

skadelig for brugerens mentale sundhed, f.eks. om forekomsten af psykose (30). Til dato er der imidlertid ingen beviser for, at kommerciel legalisering er blevet efterfulgt af øgede diagnoser af psykose (115).

En anden stor bekymring ved kommerciel legalisering af cannabis er dens indflydelse på trafiksikkerheden. Flere systematiske anmeldelser har rapporteret blandede resultater (82-88, 94). En systematisk gennemgang med fokus på trafiksikkerhedsresultater viste, at størstedelen af undersøgelserne fandt, at flere bilister testede positive for THC-metabolitter efter cannabis-legalisering, hvilket - som beskrevet ovenfor - ikke nødvendigvis indikerer øget kørsel efter brug, men blot øget brug på et tidspunkt før kørsel (72). Stort set konsistente resultater fra 20 undersøgelser tyder på, at kommerciel legalisering i flere, men ikke alle, amerikanske stater og Uruguay blev efterfulgt af beskedne til betydelige stigninger i antallet af fatale bilulykker (72). Tilgængelige data fra Canada foreslår dog ikke en stigning i antallet af bilulykker (116, 117). Generelt er det ikke klart, gennem hvilken mekanisme legaliseringen af cannabis påvirker kørselssikkerheden (f.eks. øget accept eller villighed til at køre påvirket af cannabis blandt et stabilt antal brugere vs. øget antal brugere, mens prævalensen af kørsel i påvirket tilstand blandt brugere forbliver stabile), og om tilstedeværelsen af offentlig transport modererer de politiske virkninger. Derfor kan de tilgængelige beviser ikke let generaliseres til andre jurisdiktioner.

Ulovlige aktiviteter

Legaliseringen af salg af cannabis kan forventes at reducere den ulovlige forsyning over tid. Den vigtigste måde at måle succesen med ulovlig markedsfortrængning er at spørge brugerne om deres (foretrukne) forsyningskilde. I en undersøgelse fra 2023 rapporterede 73% af de nuværende brugere i Canada, at de normalt køber deres cannabis fra juridiske kilder sammenlignet med kun 4% kort efter legalisering i 2018 (113). Disse tal stemmer overens med data om gennemsnitlige husstandsudgifter, ifølge hvilke 75 % af cannabisudgifterne i de første to kvartaler af 2024 var på licenserede kilder (ulicenseret: 25%; (118)). Robuste data om tilstedeværelsen eller efterspørgslen efter ulovlig forsyning er ikke tilgængelige fra mange amerikanske stater (undtagen Washington: (119)), mens data fra Uruguay antyder en meget langsommere substitution af ulovlig forsyning (85). De vigtigste determinanter for brugere at købe lovligt er pris, tilgængelighed og produktkvalitet (120, 121).

På trods af succes med at erstatte det ulovlige marked med lovlig forsyning er det ikke muligt at bestemme, i hvilket omfang organiseret kriminalitet er blevet svækket i lande, der har legaliseret cannabis til kommerciel brug. Det er plausibelt at antage, at en betydeligt lavere andel af ulovligt udbud med langsomt stigende efterspørgsel indebærer en svækkelse af organiserede kriminalitetsstrukturer, men medierapporter fra nogle amerikanske stater antyder noget andet (f.eks. Californien: (122)). Omfattende vurderinger af ulovlige forsyningsnetværk ville være nødvendige for at forstå den reelle indflydelse, men dette ville kræve følsomme retshåndhævelsesoplysninger, der ikke er offentligt tilgængelige.

I amerikanske stater, der har legaliseret cannabis, er arrestationer for cannabisbesiddelse blandt voksne faldet markant (53, 123). I Canada faldt arrestationssatserne for besiddelse af cannabis allerede flere år før legalisering, men gennemførelsen af loven reducerede yderligere arrestationsrater (82).

Virkningen på andre kriminalitetsindikatorer, såsom ejendom eller voldelig kriminalitet, er blevet vurderet i flere anmeldelser (85, 86). Generelt blev der ikke fundet nogen klar påvirkning med både stigninger, fald og nulresultater rapporteret. Det ser dog ud til, at der er

en positiv effekt på opklaringsprocenten, det vil sige, at politiets ressourcer kan frigøres til at efterforske ikke-cannabis-relaterede kriminalitet (86).

Påvirkning på oprindelige befolkninger

I Canada er virkningen af legalisering af cannabis på oprindelige folk eksplicit blevet anerkendt i officielle lovgennemgange af Cannabisloven (124-126). De beviser, der er opsummeret her, er baseret på peer-reviewed publikationer og møder mellem embedsmænd og repræsentanter for oprindelige samfund, men inkluderer også beviser fra USA. Overordnet set synes tre nøgletemaer at dukke op: effekter på brug og sundhed; forskelle i arrestationer; økonomisk deltagelse; og folkesundhedsmeddelelser.

I Canada, efter legalisering, forblev cannabisbrug mere udbredt blandt oprindelige folk (56, 124), og de var mere tilbøjelige end hvide til at søge hjælp til problemer med cannabisbrug på akutmodtagelser (127). Det vides dog ikke, i hvilket omfang allerede eksisterende forskelle er blevet forværret, eller i hvilket omfang specifikke underpopulationer, såsom First Nations eller Inuit, er blevet påvirket (126).

Der er blandede beviser for, hvorvidt legalisering af cannabis reducerer eksisterende forskelle i anholdelsesrater. Mens sort-hvide forskelle i anholdelsesrater blev reduceret efter legalisering i Oregon (128), fandt analyser baseret på flere amerikanske stater ingen yderligere fordele ud over afkriminalisering (53, 123), og data fra Washington tyder endda på en stigning i relative forskelle (129). Oregon-undersøgelsen, som også undersøgte anholdelsesforskelle blandt indfødte indianere/Alaska-populationer, fandt ingen beviser for gavnlige virkninger af legalisering af cannabis (128). Vedvarende overpolitisering af oprindelige samfund blev også identificeret som et nøglespørgsmål i fokusgrupper med medlemmer af racebaserede samfund i Canada (130).

Et andet aspekt af oprindelige folk og legalisering af cannabis vedrører økonomisk deltagelse, som er blevet beskrevet som et "hot button"-politisk spørgsmål (131). I 2016 understregede den canadiske legaliseringsramme, at indfødte samfund skal have mulighed for at deltage i cannabismarkedet (132). Baseret på de begrænsede tilgængelige data ser det ud til, at oprindelige folk stort set er underrepræsenteret i den lovlige cannabisdetailsektor i Canada: mens mindre end 1 % (24 ud af >3.300) af licenserede butikker opererer på First Nations-reservater, er der hundredvis af ulicenserede butikker (126). I en undersøgelse foretaget i British Columbia rapporterede kun 17 % af de adspurgte, der brugte cannabis, at de havde købt cannabis fra butikker ejet af oprindelige folk, uanset om de var ulovlige eller lovlige (133). Data fra Los Angeles, Californien, USA, understøtter forestillingen om, at illegale cannabisbutikker drives af sorte, indfødte og farvede mennesker og er koncentreret i lavindkomstområder med høje niveauer af fattigdom og arbejdsløshed (134). Endelig er spørgsmålet om at være underrepræsenteret i den lovlige cannabisindustri og ikke drage fordel af økonomisk vækst og skatteindtægter også blevet rejst af medlemmer af racebaserede samfund i Canada (125, 130). Årsagerne til økonomisk underrepræsentation er forskellige og vedrører geografi, jurisdiktion, adgang til finansiering og overregulering (124).

Den førnævnte legaliseringsramme opfordrede også til kulturelt passende budskaber om risiciene ved cannabisbrug for oprindelige befolkninger (132). Baseret på den begrænsede dokumentation, der er tilgængelig fem år efter legalisering, blev det understreget, at pan-indigenous kommunikation kan være uhensigtsmæssig, da behov og kulturelle tilgange til cannabis varierer mellem samfund (f.eks. dyrkes cannabis traditionelt af nogle, men ikke i alle samfund (126)).

Økonomiske overvejelser

For at forstå de økonomiske konsekvenser af kommerciel legalisering, skal tre hovedfaktorer overvejes: øget cannabisbrug og sundhedsproblemer, ændringer i retshåndhævelsen og generering af skatteindtægter.

En undersøgelse fra 2014 anslog, at sammenlignet med et afkriminaliseringsscenario implementeret i New South Wales, Australien, ville offentlige udgifter til cannabis blive reduceret med 28 % (77). Disse besparelser er drevet af reducerede udgifter til politi og retsvæsen, delvist opvejet af øgede udgifter til sundhedspleje, reguleringsorganer og uddannelse, hvilket resulterer i en nettoreduktion i statens udgifter til cannabis. Men hvis politi- og retspersonalet ikke reduceres, det vil sige afskediges, vil de samlede offentlige udgifter stige. På indtægtssiden forventede undersøgelsen, at nettoskatteindtægterne ville overstige de offentlige udgifter med en faktor 12 (\$660 millioner i skatteindtægter mod \$56 millioner i omkostninger), hvis regeringen implementerede et cannabismonopol i detailhandelen. Mens resultaterne understøttede synspunktet om, at legalisering af cannabis er den foretrukne mulighed for det offentlige budget, var der fortsat stor usikkerhed omkring estimerne. Da undersøgelsen blev udført før implementeringen af kommercielle modeller for legalisering af cannabis i Nordamerika, var den baseret på antagelser, der måske ikke holder (f.eks. konstant pris eller stor forskydning af ulovlige markeder).

En undersøgelse fra 2018 vurderede den økonomiske virkning af legalisering af cannabis i Tyskland og estimerede den årlige cannabisafgiftsindtægt til €1,8 milliarder (135). Der er tre vigtige forskelle mellem de australske og tyske undersøgelser. Sidstnævnte inkluderede indtægter fra salg, indkomst og andre skatter, hvilket resulterede i samlede offentlige indtægter på €3,341 mia. Derudover antog den tyske undersøgelse, at cannabis-relaterede politi- og retsomkostninger ville blive elimineret, snarere end reduceret til en vis grad, hvilket resulterede i omkostningsbesparelser på 1,361 milliarder euro. Endelig blev sundhedsomkostninger og mulige stigninger i forbrug og brug af sundhedspleje ikke eksplicit taget i betragtning i den økonomiske evaluering. Samlet set understøtter disse resultater påstanden om, at legalisering ville resultere i en nettofordel for de offentlige budgetter.

For at forstå den reelle virkning af legalisering kræves en omhyggelig analyse af situationen i Canada. For det første tager det år at etablere et lovligt marked og fortrænge ulovlige kilder, så fordelene ved skatteindtægter vil tage tid at realisere. Derfor bør økonomiske evalueringer antage et perspektiv, der omfatter flere år efter legalisering. For det andet omfatter økonomiske virkninger både direkte (f.eks. cannabis-, salgs- og indkomstskatteindtægter, frigjort retshåndhævelseskapacitet) og indirekte virkninger (f.eks. mere byggeri og mindre arbejdsløshed fra en voksende industri).

I Canada kan ca. 0,5 % af bruttonationalproduktet i 2023 henføres til cannabissektoren (136). Samlede skatteindtægter, inklusive punktafgifter, salg og andre skatter, beløb sig til 1,5 milliarder USD i regnskabsåret 2022/2023 (136), hvilket repræsenterer 0,3 % af de samlede indtægter (448 milliarder USD). I et forsøg på at give en omfattende økonomisk vurdering fandt en industriledet rapport, at den lovlige cannabisindustri bidrog med \$43,5 milliarder til Canadas bruttonationalprodukt mellem 2018 og 2021, støttede 98.000 jobs og genererede \$15 milliarder i samlede skatteindtægter (137). Det er vigtigt, at denne rapport ikke tager højde for offentlige udgifter til retshåndhævelse og sundhedspleje. Når man tager disse udgifter i betragtning, anslås det, at cannabisbrug har kostet 2,4 milliarder USD i 2020 (138), inklusive betydelige omkostninger i forbindelse med strafferetsplejen (1,1 milliarder USD), sundhed (380 millioner USD) og tabt produktivitet (490 millioner USD). Med andre ord

kan skatteindtægter fra lovligt cannabissalg i Canada dække udgifterne til sundheds- og strafferetssystemet, men ikke de fulde samfundsomkostninger.

Sammenfattende har den kommercielle legalisering af cannabis i Canada haft nogle positive økonomiske virkninger, især med hensyn til skatteindtægter. Omkostningerne for samfundet overstiger dog skatteindtægterne. Højere omkostninger end indtægter er ikke overraskende og er tidligere beskrevet for alkohol (139). Derudover er cannabisindustrien meget konkurrencedygtig, og cannabissektorens tilbagegang siden 2023 øger det økonomiske pres (140). I denne situation lobbyer industrigrupper i stigende grad for en lempelse af lovbestemmelser (f.eks. sænkning af skatter), som kan stimulere økonomisk vækst, men kan være i konflikt med målene for folkesundhed (141).

Fordele og ulemper ved kommerciel legalisering af cannabis (sammenlignet med forbud)

Domæne	Fordele	Ulemper
Brug prævalens		- Høj risiko for øget cannabisbrug blandt voksne under liberal regulering - Risiko for øget cannabisbrug blandt unge
Sundhedsmæssige konsekvenser	- Forbedret adgang til kvalitetskontrollerede og ikke-kontaminerede produkter - Forbedret undervisning om sundhedsrisici, fx gennem sundhedsadvarselmærker	- Høj risiko for øgede akutte problemer på grund af brug af spiselig cannabis til børn, unge og voksne - Høj risiko for øget kroniske cannabisbrugsproblemer på grund af øget udbredelse af brug - Risiko for øget højere psykiske problemer på grund af øget THC-eksponering - Risiko for øget kørsel i påvirket tilstand og trafikdræbte
Ulovlige aktiviteter	- Færre negative konsekvenser som følge af at blive anholdt for besiddelse af cannabis	
Indvirkning på oprindelige befolkninger	- Reduceret overforbrug af politiet af minoriteter - Reduceret stigmatisering	
Økonomiske overvejelser	- Der er frigivet ressourcer til retshåndhævelse og retsforfølgelse - Skatteindtægter fra cannabislicenser og salg kan dække offentlige udgifter	- Øgede udgifter til sundhedsmæssige konsekvensers - Øgede udgifter til cannabisadministration (f.eks. licenser)

4. Diskussion

Denne anmeldelse opsummerer de beviser, der var tilgængelige i september 2024 om forbud mod cannabis, afkriminalisering og kommerciel legalisering.

Cannabisforbud kan holde udbuddet lavt og detailpriserne høje og derved minimere adgangen til stoffet. Samtidig har strengheden af sanktioner ikke en væsentlig effekt på efterspørgslen efter hash. Derfor ser afkriminalisering ikke ud til at føre til en stigning i cannabisbrug. Det er vigtigt, at europæiske lande har oplevet både fald og stigninger i prævalensen af cannabisbrug, som tilsyneladende ikke er relateret til nogen politiske foranstaltninger. Dette tyder på, at andre faktorer, såsom sociale normer, kan være vigtigere for at forklare tendenser i cannabisbrug. Kommerciel legalisering af cannabis kan øge cannabisbrug og sundhedsproblemer ved at øge adgangen til cannabis og reducere detailpriserne. I Canada er det ulovlige marked stort set, men ikke fuldstændigt, fortrængt, og de genererede skatteindtægter kan bruges til at dække en betydelig del af de cannabisrelaterede offentlige udgifter.

Mens der var høje forventninger til de økonomiske fordele ved legalisering af cannabis i Canada, er cannabisindustrien i øjeblikket under pres, og der er betydelig frustration over de ulige økonomiske fordele, som opsummeret i dette citat:

“Løftet om cannabis' grønne rush er helt sikkert blevet overdrevet, men løftet om retfærdighed og muligheder er bestemt ikke blevet givet, hverken i 2018 eller 2022, for oprindelige folk generelt og First Nations specifikt.” (125)

Fra et folkesundhedsperspektiv er afkriminalisering af cannabis at foretrække frem for forbud, da de positive konsekvenser opvejer de mulige risici. Kommerciel legalisering vil dog sandsynligvis få negative folkesundhedsmæssige konsekvenser, som bør afvejes nøje mod de potentielle økonomiske fordele.

Tre europæiske lande (Tyskland, Luxembourg, Malta) har for nylig indført en delvis legalisering, som ser ud til at være en lovende politisk mulighed. Baseret på den forståelse af cannabispolitik, der er skitseret i denne rapport, vil delvis legalisering ikke have en væsentlig indflydelse på udbredelsen af cannabisbrug, da tilgængeligheden og prisen på cannabis ikke vil ændre sig væsentligt. Under denne model får voksne, der bruger cannabis, lovlige muligheder for at få stoffet, mens barrierer for adgang for ikke-brugere og unge opretholdes gennem forbuddet mod kommerciel detailhandel. Der er to ulemper ved en delvis legaliseringsmodel. For det første må det ikke fortrænge det ulovlige marked lige så effektivt som kommerciel legalisering. For det andet kan de offentlige udgifter stige lidt på grund af omkostningerne til reguleringsorganer, uddannelseskampagner og forskning, mens der ikke genereres yderligere skatter. Endelig er empirisk dokumentation nødvendig for fuldt ud at forstå virkningen af en delvis legaliseringsmodel, som kan blive vedtaget af andre europæiske lande, hvis forventningerne indfries (3).

5. Henvisninger

1. Penalties for drug law offences in Europe at a glance [Internet]. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. 2023 [cited 27 July 2023]. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/content/drug-law-penalties-at-a-glance_en.
2. Decorte T, Pardal M, Queirolo R, Boidi MF, Sánchez Avilés C, Parés Franquero Ò. Regulating Cannabis Social Clubs: A comparative analysis of legal and self-regulatory practices in Spain, Belgium and Uruguay. *The International journal on drug policy*. 2017;43:44-56.
3. Manthey J, Rehm J, Verthein U. Germany's cannabis act: a catalyst for European drug policy reform? *The Lancet Regional Health - Europe*. 2024;42:100929.
4. Government of the Netherlands. Am I committing a criminal offence if I possess, produce or deal in drugs? 2024 [Available from: <https://www.government.nl/topics/drugs/am-i-committing-a-criminal-offence-if-i-possess-produce-or-deal-in-drugs>].
5. Canadian Centre on Substance Use and Addiction. Policy and Regulations (Cannabis) 2023 [Available from: <https://www.ccsa.ca/policy-and-regulations-cannabis>].
6. Friesen EL, Konikoff L, Dickson S, Myran DT. Geographic clustering of cannabis stores in Canadian cities: A spatial analysis of the legal cannabis market 4 years post-legalisation. *Drug Alcohol Rev*. 2024;n/a(n/a).
7. Myran DT, Friesen EL, Dickson S, Konikoff L, Arora G, Tanuseputro P. Access to legal cannabis market in Canada over the four years following non-medical cannabis legalisation. *Drug Alcohol Rev*. 2023;42(5):1114-9.
8. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Recreational Use of Cannabis: Volume 2 2021 [Available from: <https://alcoholpolicy.niaaa.nih.gov/cannabis-policy-topics/recreational-use-of-cannabis-volume-1/104>].
9. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Recreational Use of Cannabis: Volume 1 2021 [Available from: <https://alcoholpolicy.niaaa.nih.gov/cannabis-policy-topics/recreational-use-of-cannabis-volume-2/105>].
10. Hammond D, Corsetti D, Fataar F, Iraniparast M, Danh Hong D, Burkhalter R. International Cannabis Policy Study - Canada 2022 Summary 2023. Available from: <https://cannabisproject.ca/wp-content/uploads/2024/01/2022-Canada-Report-June-26.pdf>.
11. Solmi M, De Toffol M, Kim JY, Choi MJ, Stubbs B, Thompson T, et al. Balancing risks and benefits of cannabis use: umbrella review of meta-analyses of randomised controlled trials and observational studies. *BMJ*. 2023;382:e072348.
12. Single Convention on Narcotic Drugs, (1961).
13. Statistical Bulletin 2024 [Internet]. European Union Drugs Agency. 2024 [cited 18 September 2024]. Available from: <https://www.euda.europa.eu/data/stats2024/>.
14. Olderbak S, Mockl J, Manthey J, Lee S, Rehm J, Hoch E, et al. Trends and projection in the proportion of (heavy) cannabis use in Germany from 1995 to 2021. *Addiction*. 2024;119(2):311-21.
15. Manthey J, Klinger S, Rosenkranz M, Schwarzkopf L. Cannabis use, health problems, and criminal offences in Germany: national and state-level trends between 2009 and 2021. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2024.
16. Manthey J, Freeman TP, Kilian C, Lopez-Pelayo H, Rehm J. Public health monitoring of cannabis use in Europe: prevalence of use, cannabis potency, and treatment rates. *Lancet Reg Health Eur*. 2021;10:100227.
17. Kraus L, Seitz NN, Piontek D, Molinaro S, Siciliano V, Guttormsson U, et al. 'Are The Times A-Changin'? Trends in adolescent substance use in Europe. *Addiction*. 2018;113(7):1317-32.
18. Stevely AK, Vashishtha R, Fairbrother H, Fenton L, Henney M, Livingston M, et al. Are changes in attitudes towards school associated with declining youth drinking? A multi-level analysis of 37 countries. *Eur J Public Health*. 2022;32(3):354-9.

19. Raitasalo K, Kraus L, Bye EK, Karlsson P, Tigerstedt C, Torronen J, et al. Similar countries, similar factors? Studying the decline of heavy episodic drinking in adolescents in Finland, Norway and Sweden. *Addiction*. 2020.
20. Whitaker V, Curtis P, Fairbrother H, Oldham M, Holmes J. Young people's explanations for the decline in youth drinking in England. *BMC Public Health*. 2023;23(1):402.
21. Medical use of cannabis and cannabinoids [Internet]. Publications Office of the European Union. 2018 [cited 10 June 2021]. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/10171/20185584_TD0618186ENN_PDF.pdf.
22. Connor JP, Stjepanovic D, Le Foll B, Hoch E, Budney AJ, Hall WD. Cannabis use and cannabis use disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2021;7(1):16.
23. Robinson T, Ali MU, Easterbrook B, Hall W, Jutras-Aswad D, Fischer B. Risk-thresholds for the association between frequency of cannabis use and the development of psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2023;53(9):3858-68.
24. Hasan A, von Keller R, Friemel CM, Hall W, Schneider M, Koethe D, et al. Cannabis use and psychosis: a review of reviews. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2020;270(4):403-12.
25. Rogeberg O, Elvik R. The effects of cannabis intoxication on motor vehicle collision revisited and revised. *Addiction*. 2016;111(8):1348-59.
26. Rogeberg O, Elvik R, White M. Correction to: 'The effects of cannabis intoxication on motor vehicle collision revisited and revised' (2016). *Addiction*. 2018;113(5):967-9.
27. Sorkhou M, Singla DR, Castle DJ, George TP. Birth, cognitive and behavioral effects of intrauterine cannabis exposure in infants and children: A systematic review and meta-analysis. *Addiction*. n/a(n/a).
28. Robinson T, Ali MU, Easterbrook B, Coronado-Montoya S, Daldegan-Bueno D, Hall W, et al. Identifying risk-thresholds for the association between frequency of cannabis use and development of cannabis use disorder: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*. 2022;238:109582.
29. Fischer B, Robinson T, Bullen C, Curran V, Jutras-Aswad D, Medina-Mora ME, et al. Lower-Risk Cannabis Use Guidelines (LRCUG) for reducing health harms from non-medical cannabis use: A comprehensive evidence and recommendations update. *International Journal of Drug Policy*. 2021.
30. Petrilli K, Ofori S, Hines L, Taylor G, Adams S, Freeman TP. Association of cannabis potency with mental ill health and addiction: a systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2022;9(9):736-50.
31. Spohn C, Holleran D. THE EFFECT OF IMPRISONMENT ON RECIDIVISM RATES OF FELONY OFFENDERS: A FOCUS ON DRUG OFFENDERS*. *Criminology*. 2002;40(2):329-58.
32. Reimer S, Pearce N, Marek A, Heslin K, Moreno AP. The Impact of Incarceration on Health and Health Care Utilization: a System Perspective. *J Health Care Poor Underserved*. 2021;32(3):1403-14.
33. López-Pelayo H, Madero S, Gremeaux L, Rönkä S, Matias J. Synthetic Cannabinoids and Cannabis: How the Patterns of Use Differ: Results from the European Web Survey on Drugs. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2022.
34. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Synthetic cannabinoids in Europe – a review 2021 20 June 2022. Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/rapid-communications/synthetic-cannabinoids-europe-review_en.
35. Takakuwa KM, Schears RM. The emergency department care of the cannabis and synthetic cannabinoid patient: a narrative review. *Int J Emerg Med*. 2021;14(1):10.
36. Groth O, Roider G, Angerer V, Schäper J, Graw M, Musshoff F, et al. "Spice"-related deaths in and around Munich, Germany: A retrospective look at the role of synthetic cannabinoid receptor agonists in our post-mortem cases over a seven-year period (2014–2020). *Int J Legal Med*. 2023;137(4):1059-69.

37. Oomen PE, Schori D, Tögel-Lins K, Acreman D, Chenorhokian S, Luf A, et al. Cannabis adulterated with the synthetic cannabinoid receptor agonist MDMB-4en-PINACA and the role of European drug checking services. *International Journal of Drug Policy*. 2022;100:103493.
38. Manthey J. Treatment demand for cannabis use problems: analyses of routine data from 30 European countries. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2024.
39. Copeland J, Maxwell JC. Cannabis treatment outcomes among legally coerced and non-coerced adults. *BMC Public Health*. 2007;7:111.
40. Coles ARL, Harris N, Bishop LD, Howells RL, Donnan JR. The highs and lows of cannabis stigma: a vignette study of factors that influence stigma toward cannabis consumers. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 2024:1-14.
41. Gahr M, Ziller J, Keller F, Muche R, Preuss UW, Schonfeldt-Lecuona C. Incidence of inpatient cases with mental disorders due to use of cannabinoids in Germany: a nationwide evaluation. *Eur J Public Health*. 2022;32(2):239-45.
42. Manthey J, Rosenkranz M, Jonas B, Schwarzkopf L. Can the THC concentration predict the number of patients with cannabis-related diagnoses? *Drug Alcohol Rev*. 2024.
43. Hjorthøj C, Compton W, Starzer M, Nordholm D, Einstein E, Erlangsen A, et al. Association between cannabis use disorder and schizophrenia stronger in young males than in females. *Psychol Med*. 2023:1-7.
44. Hjorthøj C, Posselt CM, Nordentoft M. Development Over Time of the Population-Attributable Risk Fraction for Cannabis Use Disorder in Schizophrenia in Denmark. *JAMA psychiatry*. 2021.
45. Søgaaard TF, Brummer JE, Wilkins C, Sznitman SR, Seigny EL, Frank VA, et al. Global patterns in small-scale cannabis growers' distribution practices: Exploring the grower-distributor nexus. *International Journal of Drug Policy*. 2024:104463.
46. Nationale Drug Monitor. 3.8 Aanbod en markt 2023 [Available from: <https://www.nationaledrugmonitor.nl/cannabis-aanbod-en-markt-coffeeshops-productie-soorten/>].
47. van der Giessen M, van Ooyen-Houben MMJ, Moolenaar DEG. Estimating the production, consumption and export of cannabis: The Dutch case. *International Journal of Drug Policy*. 2016;31:104-12.
48. Bundeskriminalamt. Rauschgiftkriminalität: Bundeslagebild 2022. Wiesbaden: Bundeskriminalamt; 2022.
49. Skliamis K, Benschop A, Korf DJ. Cannabis users and stigma: A comparison of users from European countries with different cannabis policies. *European Journal of Criminology*. 2020.
50. Stenström A, Estrada F, Tham H. "It should be hard to be a drug abuser" An evaluation of the criminalization of drug use in Sweden. *International Journal of Drug Policy*. 2024;133:104573.
51. Daniels C, Aluso A, Burke-Shyne N, Koram K, Rajagopalan S, Robinson I, et al. Decolonizing drug policy. *Harm reduction journal*. 2021;18(1):120.
52. Stowe MJ, Gatonye R, Maharjan I, Kehinde S, Arya S, Valderrábano JH, et al. The war on drugs is a war on us: young people who use drugs and the fight for harm reduction in the Global South. *Harm reduction journal*. 2024;21(1):43.
53. Sheehan BE, Grucza RA, Plunk AD. Association of Racial Disparity of Cannabis Possession Arrests Among Adults and Youths With Statewide Cannabis Decriminalization and Legalization. *JAMA Health Forum*. 2021;2(10):e213435-e.
54. Owusu-Bempah A, Luscombe A. Race, cannabis and the Canadian war on drugs: An examination of cannabis arrest data by race in five cities. *International Journal of Drug Policy*. 2020.
55. Wennberg E, Lasry A, Windle SB, Filion KB, Thombs BD, Gore G, et al. Non-medical cannabis use among Indigenous Canadians: A systematic review of prevalence and associated factors. *International Journal of Drug Policy*. 2021;90:103081.
56. Health Canada. 2022 CANADIAN CANNABIS SURVEY (CCS)2022 18 September 2024. Available from: https://publications.gc.ca/collections/collection_2022/sc-hc/H21-312-2022-2-eng.pdf.

57. Wood E, Werb D, Fischer B, Hart C, Wodak A, Bastos FI, et al. Tools for Debate: US Federal Government Data on Cannabis Prohibition 2010.
58. The White House Executive Office Of The President Office Of National Drug Control Policy. National Drug Control Budget FY 2025 Funding Highlights 2024 18 September 2024. Available from: <https://www.whitehouse.gov/wp-content/uploads/2024/03/FY-2025-Budget-Highlights.pdf>.
59. Mostardt S, Flöter S, Neumann A, Wasem J, Pfeiffer-Gerschel T. Schätzung der Ausgaben der öffentlichen Hand durch den Konsum illegaler Drogen in Deutschland. Gesundheitswesen. 2010;72(12):886-94.
60. Greenwald G. Drug Decriminalization in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies: Cato Institute Whitepaper Series; 2009. Available from: <https://ssrn.com/abstract=1464837>.
61. Hughes CE, Stevens A. What Can We Learn From The Portuguese Decriminalization of Illicit Drugs? British Journal of Criminology. 2010;50(6):999-1022.
62. Braakmann N, Jones S. Cannabis depenalisation, drug consumption and crime - evidence from the 2004 cannabis declassification in the UK. Soc Sci Med. 2014;115:29-37.
63. Blachly PH. Effects of decriminalization of marijuana in Oregon. Ann N Y Acad Sci. 1976;282:405-15.
64. Grucza RA, Vuolo M, Krauss MJ, Plunk AD, Agrawal A, Chaloupka FJ, et al. Cannabis decriminalization: A study of recent policy change in five U.S. states. The International journal on drug policy. 2018;59:67-75.
65. Červený J, Chomynová P, Mravčík V, van Ours JC. Cannabis decriminalization and the age of onset of cannabis use. The International journal on drug policy. 2017;43:122-9.
66. Wang GS, Roosevelt G, Le Lait M-C, Martinez EM, Bucher-Bartelson B, Bronstein AC, et al. Association of Unintentional Pediatric Exposures With Decriminalization of Marijuana in the United States. Ann Emerg Med. 2014;63(6):684-9.
67. Scheim AI, Maghsoudi N, Marshall Z, Churchill S, Ziegler C, Werb D. Impact evaluations of drug decriminalisation and legal regulation on drug use, health and social harms: a systematic review. BMJ Open. 2020;10(9):e035148.
68. Melchior M, Nakamura A, Bolze C, Hausfater F, El Khoury F, Mary-Krause M, et al. Does liberalisation of cannabis policy influence levels of use in adolescents and young adults? A systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2019;9(7):e025880.
69. Williams J, Bretteville-Jensen AL. Does liberalizing cannabis laws increase cannabis use? J Health Econ. 2014;36:20-32.
70. Miech RA, Johnston L, O'Malley PM, Bachman JG, Schulenberg J, Patrick ME. Trends in use of marijuana and attitudes toward marijuana among youth before and after decriminalization: The case of California 2007–2013. International Journal of Drug Policy. 2015;26(4):336-44.
71. Model KE. The Effect of Marijuana Decriminalization on Hospital Emergency Room Drug Episodes: 1975–1978. Journal of the American Statistical Association. 1993;88(423):737-47.
72. Windle SB, Socha P, Nazif-Munoz JI, Harper S, Nandi A. The Impact of Cannabis Decriminalization and Legalization on Road Safety Outcomes: A Systematic Review. Am J Prev Med. 2022;63(6):1037-52.
73. Sevigny EL. The effects of medical marijuana laws on cannabis-involved driving. Accid Anal Prev. 2018;118:57-65.
74. Félix S, Portugal P. Drug decriminalization and the price of illicit drugs. International Journal of Drug Policy. 2017;39:121-9.
75. Maier SL, Mannes S, Koppenhofer EL. The implications of marijuana decriminalization and legalization on crime in the United States. Contemporary Drug Problems: An Interdisciplinary Quarterly. 2017;44(2):125-46.
76. Gunadi C, Shi Y. Cannabis decriminalization and racial disparity in arrests for cannabis possession. Soc Sci Med. 2022;293:114672.

77. Shanahan M, Ritter A. Cost Benefit Analysis of Two Policy Options for Cannabis: Status Quo and Legalisation. *PLoS One*. 2014;9(4):e95569.
78. Wadsworth E, Cristiano N, Pacheco K, Jesseman R, Hammond D. Home cultivation across Canadian provinces after cannabis legalization. *Addictive Behaviors Reports*. 2022;100423.
79. Wadsworth E, Schauer GL, Hammond D. Home cannabis cultivation in the United States and differences by state-level policy, 2019-2020. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2022;1-11.
80. Fischer B. The 'ban' for public health that wasn't? Views and impressions on cannabis retail promotion/advertising realities amidst legalization policy in Canada. *International Journal of Drug Policy*. 2024;104294.
81. Blanchette JG, Pacula RL, Smart R, Lira MC, Boustead AE, Caulkins JP, et al. Rating the comparative efficacy of state-level cannabis policies on recreational cannabis markets in the United States. *International Journal of Drug Policy*. 2022;106:103744.
82. Hall W, Stjepanović D, Dawson D, Leung J. The implementation and public health impacts of cannabis legalization in Canada: a systematic review. *Addiction*. 2023.
83. Chiu V, Leung J, Hall W, Stjepanović D, Degenhardt L. Public health impacts to date of the legalisation of medical and recreational cannabis use in the USA. *Neuropharmacology*. 2021;108610.
84. Hall W, Lynskey M. Assessing the public health impacts of legalizing recreational cannabis use: the US experience. *World Psychiatry*. 2020;19(2):179-86.
85. Manthey J, Hayer T, Jacobsen B, Kalke J, Klinger S, Rehm J, et al. Effects of legalizing cannabis: Bundesministerium für Gesundheit; 2023. Available from: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/technical-report-effects-of-legalizing-cannabis.html>.
86. Fischer B, Robinson T, Albrecht H-J. Primary crime-related outcome indicators associated with recreational cannabis legalization: a comprehensive literature and data review. *Crime, Law and Social Change*. 2024.
87. Walker M, Carpino M, Lightfoot D, Rossi E, Tang M, Mann R, et al. The effect of recreational cannabis legalization and commercialization on substance use, mental health, and injury: a systematic review. *Public Health*. 2023;221:87-96.
88. Athanassiou M, Dumais A, Zouaoui I, Potvin S. The clouded debate: A systematic review of comparative longitudinal studies examining the impact of recreational cannabis legalization on key public health outcomes. *Frontiers in psychiatry*. 2023;13.
89. O'Grady MA, Iverson MG, Suleiman AO, Rhee TG. Is legalization of recreational cannabis associated with levels of use and cannabis use disorder among youth in the United States? A rapid systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2022.
90. Smart R, Pacula RL. Early evidence of the impact of cannabis legalization on cannabis use, cannabis use disorder, and the use of other substances: Findings from state policy evaluations. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2019;45(6):644-63.
91. Boury H, Hall W, Fischer B. Developments and Changes in Primary Public Health Outcome Indicators Associated with the Legalization of Non-Medical Cannabis Use and Supply in Canada (2018): A Comprehensive Overview. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2022;1-15.
92. Cerdá M, Mauro C, Hamilton A, Levy NS, Santaella-Tenorio J, Hasin D, et al. Association Between Recreational Marijuana Legalization in the United States and Changes in Marijuana Use and Cannabis Use Disorder From 2008 to 2016. *JAMA psychiatry*. 2020;77(2):165-71.
93. Everson EM, Dilley JA, Maher JE, Mack CE. Post-Legalization Opening of Retail Cannabis Stores and Adult Cannabis Use in Washington State, 2009-2016. *Am J Public Health*. 2019;109(9):1294-301.
94. Farrelly KN, Wardell JD, Marsden E, Scarfe ML, Najdzionek P, Turna J, et al. The Impact of Recreational Cannabis Legalization on Cannabis Use and Associated Outcomes: A Systematic Review. *Subst Abuse*. 2023;17:11782218231172054.

95. Manthey J, Armstrong MJ, Hayer T, Myran DT, Pacula RL, Queirolo R, et al. How to interpret studies on the impact of legalizing cannabis. *Addiction*. 2023;118(11):2242-3.
96. Bae H, Kerr D. Marijuana use trends among college students in states with and without legalization of recreational use: Initial and longer term changes 2008-2018. *Addiction*. 2020;115(6):1115-24.
97. Cantor N, Silverman M, Gaudreault A, Hutton B, Brown C, Elton-Marshall T, et al. The association between physical availability of cannabis retail outlets and frequent cannabis use and related health harms: a systematic review. *The Lancet Regional Health – Americas*. 2024;32.
98. Manthey J, Jacobsen B, Hayer T, Kalke J, Lopez-Pelayo H, Pons-Cabrera MT, et al. The impact of legal cannabis availability on cannabis use and health outcomes: A systematic review. *The International journal on drug policy*. 2023;116:104039.
99. Nguyen HV, Mital S. Changes in Youth Cannabis Use After an Increase in Cannabis Minimum Legal Age in Quebec, Canada. *JAMA Network Open*. 2022;5(6):e2217648-e.
100. Wadsworth E, Driezen P, Pacula RL, Hammond D. Cannabis flower prices and transitions to legal sources after legalization in Canada, 2019-2020. *Drug Alcohol Depend*. 2022;231:109262.
101. Smart R, Caulkins JP, Kilmer B, Davenport S, Midgette G. Variation in cannabis potency and prices in a newly legal market: evidence from 30 million cannabis sales in Washington state. *Addiction*. 2017;112(12):2167-77.
102. Meinhofer A, Rubli A. Illegal drug market responses to state recreational cannabis laws. *Addiction (Abingdon, England)*. 2021;116(12):3433-43.
103. Martins SS, Segura LE, Levy NS, Mauro PM, Mauro CM, Philbin MM, et al. Racial and Ethnic Differences in Cannabis Use Following Legalization in US States With Medical Cannabis Laws. *JAMA network open*. 2021;4(9):e2127002.
104. Hasin DS, Wall MM, Choi CJ, Alschuler DM, Malte C, Olfson M, et al. State Cannabis Legalization and Cannabis Use Disorder in the US Veterans Health Administration, 2005 to 2019. *JAMA psychiatry*. 2023.
105. Delling FN, Vittinghoff E, Dewland TA, Pletcher MJ, Olgin JE, Nah G, et al. Does cannabis legalisation change healthcare utilisation? A population-based study using the healthcare cost and utilisation project in Colorado, USA. *BMJ open*. 2019;9(5):e027432.
106. Mennis J, McKeon TP, Stahler GJ. Recreational cannabis legalization alters associations among cannabis use, perception of risk, and cannabis use disorder treatment for adolescents and young adults. *Addict Behav*. 2023;138(2gw, 7603486):107552.
107. Mennis J, Stahler GJ. Adolescent treatment admissions for marijuana following recreational legalization in Colorado and Washington. *Drug Alcohol Depend*. 2020;210(ebs, 7513587):107960.
108. Allaf S, Lim JS, Buckley NA, Cairns R. The impact of cannabis legalization and decriminalization on acute poisoning: A systematic review. *Addiction*. 2023;118(12):2252-74.
109. Shi Y, Liang D. The Association between Recreational Cannabis Commercialization and Cannabis Exposures Reported to the US National Poison Data System. *Addiction*. 2020;115(10):1890-9.
110. Myran DT, Tanuseputro P, Auger N, Konikoff L, Talarico R, Finkelstein Y. Pediatric Hospitalizations for Unintentional Cannabis Poisonings and All-Cause Poisonings Associated With Edible Cannabis Product Legalization and Sales in Canada. *JAMA Health Forum*. 2023;4(1):e225041-e.
111. Klein TA, Dilley JA, Graves JM, Liebelt EL. Synthetic cannabinoid poisonings and access to the legal cannabis market: findings from US national poison centre data 2016-2019. *Clin Toxicol (Phila)*. 2022;60(9):1024-8.
112. Borodovsky JT, Lee DC, Crosier BS, Gabrielli JL, Sargent JD, Budney AJ. U.S. cannabis legalization and use of vaping and edible products among youth. *Drug Alcohol Depend*. 2017;177:299-306.
113. Canadian Cannabis Survey. Cannabis use for non-medical purposes among Canadians (aged 16+) Ottawa: Health Canada; 2024 [Available from: <https://health-infobase.canada.ca/cannabis/>].

114. Leung J, Stjepanovic D, Dawson D, Hall WD. Do Cannabis Users Reduce Their THC Dosages When Using More Potent Cannabis Products? A Review. *Frontiers in psychiatry*. 2021;12:630602.
115. Elser H, Humphreys K, Kiang MV, Mehta S, Yoon JH, Faustman WO, et al. State Cannabis Legalization and Psychosis-Related Health Care Utilization. *JAMA Network Open*. 2023;6(1):e2252689-e.
116. Lyubchich V. Assessing the Impact of Marijuana Decriminalization on Vehicle Accident Experience. Document 222163 [Internet]. 2022. Available from: <https://www.cia-ica.ca/publications/publication-details/rp222163>.
117. Callaghan RC, Sanches M, Vander Heiden J, Asbridge M, Stockwell T, Macdonald S, et al. Canada's cannabis legalization and drivers' traffic-injury presentations to emergency departments in Ontario and Alberta, 2015-2019. *Drug Alcohol Depend*. 2021;228(ebs, 7513587):109008.
118. Statistics Canada. Detailed household final consumption expenditure, Canada, quarterly (x 1,000,000) 2024 [Available from: <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=3610012401>].
119. Darnell AJ, Hirsch M, Wanner P. Suppressing illicit cannabis markets after state marijuana legalization. Olympia: Washington State Institute for Public Policy, Group; 2019. Available from: https://www.wsipp.wa.gov/ReportFile/1708/Wsipp_Suppressing-Illicit-Cannabis-Markets-After-State-Marijuana-Legalization_Report.pdf.
120. Wadsworth E, Driezen P, Dilley JA, Gabrys R, Jesseman R, Hammond D. Proximity to legal cannabis stores in Canada and use of cannabis sources in the first three years of legalization, 2019-2021. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2023;84(6):852-62.
121. Goodman S, Wadsworth E, Hammond D. Reasons for Purchasing Cannabis From Illegal Sources in Legal Markets: Findings Among Cannabis Consumers in Canada and U.S. States, 2019–2020. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2022;83(3):392-401.
122. John PS. The reality of legal weed in California: Huge illegal grows, violence, worker exploitation and deaths. *Los Angeles Times*. 2022.
123. Gunadi C, Shi Y. Association of Recreational Cannabis Legalization With Cannabis Possession Arrest Rates in the US. *JAMA Network Open*. 2022;5(12):e2244922-e.
124. Government of Canada. Summary From Engagement With First Nations, Inuit And Métis Peoples. THE CANNABIS ACT AND ITS IMPACTS [Internet]. 2022 17 September 2024. Available from: https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/programs/indigenous-engagement-approach-cannabis-act-legislative-review/document/PDF_Summary_Engagement_Report_EN.pdf.
125. Francis B, Arnot DM. On the Outside Looking In: The Implementation of the Cannabis Act and its effects on Indigenous Peoples 2023 17 September 2024. Available from: https://sencanada.ca/content/sen/committee/441/APPA/reports/Cannabis_Report_e.pdf.
126. Legislative Review Secretariat. Legislative Review of the Cannabis Act: What We Heard Report. Ottawa: Health Canada; 2023. Available from: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-medication/cannabis/laws-regulations/cannabis-act-legislative-review/expert-panel/legislative-review-cannabis-act-report.html#c8>.
127. Anastasia M, Maryam I, David H. Adverse outcomes of cannabis use in Canada, before and after legalisation of non-medical cannabis: cross-sectional analysis of the International Cannabis Policy Study. *BMJ Open*. 2024;14(1):e077908.
128. Firth CL, Hajat A, Dilley JA, Braun M, Maher JE. Implications of Cannabis Legalization on Juvenile Justice Outcomes and Racial Disparities. *Am J Prev Med*. 2020;58(4):562-9.
129. Firth CL, Maher JE, Dilley JA, Darnell A, Lovrich NP. Did marijuana legalization in Washington State reduce racial disparities in adult marijuana arrests? *Subst Use Misuse*. 2019;54(9):1582-7.
130. Wiese JL, Watson TM, Owusu-Bempah A, Hyshka E, Wells S, Robinson M, et al. Overpoliced and Underrepresented: Perspectives on Cannabis Legalization From Members of Racialized Communities in Canada. *Contemporary Drug Problems*. 2023;50(1):25-45.

131. Boyd N, Reid AA. Three Years In: A Consideration of the Impacts of Canada's Legalization of Cannabis on Law Enforcement. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*. 2023;65(1):37-59.
132. Task Force on Cannabis Legalization and Regulation. A Framework for the Legalization and Regulation of Cannabis in Canada. In: Canada H, editor. Ottawa: Health Canada; 2016.
133. BC Cannabis Secretariat. Cannabis in British Columbia: Results from the 2021 BC Cannabis Use Survey 2022. Available from: https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/public-safety-and-emergency-services/public-safety/cannabis/2021_bc_cannabis_use_survey_report_final.pdf.
134. Firth CL, Warren KM, Perez L, Kilmer B, Shih RA, Tucker JS, et al. Licensed and unlicensed cannabis outlets in Los Angeles County: the potential implications of location for social equity. *Journal of Cannabis Research*. 2022;4(1):18.
135. Haucap J, Knoke L. Fiskalische Auswirkungen einer Cannabislegalisierung in Deutschland: Ein Update 2021. 19. November 2021. Available from: https://www.dice.hhu.de/fileadmin/redaktion/Fakultaeten/Wirtschaftswissenschaftliche_Fakultaet/DICE/Bilder/Nachrichten_und_Meldungen/Fiskalische_Effekte_Cannabislegalisierung_final.pdf.
136. Statistics Canada. Net income of cannabis authorities and government revenue from the sale of cannabis (x 1,000) 2024 [Available from: <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1010016501>].
137. Deloitte and Ontario Cannabis Store. An industry makes its mark: The economic and social impact of Canada's cannabis sector 2021. 18 September 2024. Available from: <https://www2.deloitte.com/ca/en/pages/consumer-business/articles/an-industry-makes-its-mark.html>.
138. Canadian Substance Use Costs and Harms Scientific Working Group. Canadian substance use costs and harms (2007–2020). Ottawa, Ontario: Canadian Centre on Substance Use and Addiction; 2023. Available from: <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CSUCH-Canadian-Substance-Use-Costs-Harms-Report-2018-en.pdf>.
139. Sherk A. Canada's Alcohol Deficit, 2007–2020: Social Cost, Public Revenue, Magnitudes of Alcohol Use, and the Per-Drink Net Deficit for a Fourteen-Year Period. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2024;85(3):306-11.
140. Statistics Canada. Research to Insights: Cannabis in Canada 2023 [Available from: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-631-x/11-631-x2023006-eng.htm>].
141. Rehm J, Sornpaisarn B. Canada's Cannabis Legalization with Strict Public Health Control. *SUCHT*. 2023;69(1):15-8.