

Vergaderjaar 2009–2010

32 159

Toegankelijker medicinale cannabis

Nr. 4

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 23 december 2009

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft een aantal vragen voorgelegd aan het lid Van der Ham inzake de initiatiefnota «Toegankelijker medicinale cannabis» van 6 oktober 2009 (Kamerstuk 32 159, nrs. 1–2).

Het lid Van der Ham heeft deze vragen beantwoord bij brief van 23 december 2009.

Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Smeets

Adjunct-griffier van de commissie
Sjerp

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kant (SP), Joldersma (CDA), Smilde (CDA), Van Miltenburg (VVD), Timmer (PvdA), Schippers (VVD), Koşer Kaya (D66), Schermers (CDA), Wolbert (PvdA), Bouwmeester (PvdA), Van Gerven (SP), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Leijten (SP), Agema (PVV), Van der Veen (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU), Sap (GL), De Roos-Consemulder (SP), Harbers (VVD), De Vries (CDA) en Willems-van der Ploeg (CDA).

Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), Vietsch (CDA), Verdonk (Verdonk), Arib (PvdA), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Van der Ham (D66), Omtzigt (CDA), Vermeij (PvdA), Heerts (PvdA), Langkamp (SP), De Krom (VVD), Thieme (PvdD), Luijben (SP), De Mos, (PVV), Gill'ard (PvdA), Ortega-Martijn (CU), Halsema (GL), De Wit (SP), Neppérus, (VVD), Ormel (CDA) en Uitslag (CDA).

1

Voor welke ziekten wordt medicinale cannabis momenteel in Nederland met name voorgeschreven?

In de informatiefolder die het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) voor artsen heeft opgesteld, is een lijst met aandoeningen opgenomen waarbij cannabis voorgeschreven kan worden. De aandoeningen die worden opgesomd zijn:

- aandoeningen van lichte spasticiteit in combinatie met pijn (zoals bij multiple sclerose, ruggenmergschade),
- misselijkheid en braken, door onder andere chemotherapie of radiotherapie en bij hiv-combinatietherapie,
- chronische pijn (met name van neurogene aard),
- syndroom van Gilles de la Tourette,
- palliatief bij kanker en aids om o.a. de eetlust op te wekken, pijn te verminderen en gewichtsverlies en misselijkheid tegen te gaan.¹

Behandeling met medicinale cannabis komt alleen in aanmerking als de gangbare behandelingen en geregistreerde geneesmiddelen niet voldoende helpen of teveel bijwerkingen geven. Medicinale cannabis speelt vooralsnog geen rol in de genezing van de genoemde aandoeningen, maar kan helpen de klachten die bij de aandoeningen horen of de bijwerkingen van de andere medicatie te verminderen. Het is aan de arts om te bepalen in welke situatie en bij welke aandoening medicinale cannabis een geschikte keuze is voor een patiënt. Hij of zij is daarbij niet gebonden aan de lijst met aandoeningen zoals hierboven aangegeven. Indien er stelt wel voor om in de informatievoorziening in de richting van artsen explicieter aan te geven dat medicinale cannabis ook dienstig kan zijn bij reuma en glaucoom. Expliciet opnemen in de opsomming kan helpen het middel bespreekbaar te maken, ook voor deze aandoeningen.

Het ministerie van VWS en het Bureau Medicinale Cannabis (BMC) houden niet specifiek bij voor welke aandoeningen medicinale cannabis wordt voorgeschreven. Dit zou kunnen bijdragen aan het inzichtelijk maken van de problematiek.

2

Wat is er bekend van de bijwerkingen van het langdurig gebruik van medicinale cannabis en is dat een reden om het voor bepaalde ziekten, zoals anorexia, niet in te zetten?

Cannabis wordt over het algemeen goed verdragen. Bijwerkingen treden vooral op bij hoge doseringen en verdwijnen meestal binnen enkele uren na het gebruik. De psychische bijwerkingen kunnen sterk verschillen. Ze hangen af van de hoeveelheid cannabis, de wijze waarop gebruikt wordt, of het in combinatie met andere middelen gebruikt wordt, de ervaring van de gebruiker met cannabis en de persoonlijke gesteldheid, zoals stemming op het moment van gebruik en de mate waarin betrokkene openstaat voor de effecten. Na het gebruik van cannabis kan men «high» worden. Ook kan het reactievermogen verminderd zijn, vooral tijdens de eerste uren na gebruik. Cannabis is zelfs bij zeer hoge doseringen niet toxisch.

In recent wetenschappelijk onderzoek wordt geconcludeerd dat langdurige gebruik van hoge doses cannabis geassocieerd wordt met «several adverse psychosocial features, including lower educational achievement and, in some instances, psychiatric illness.» Echter, «there is little evidence, however, that long-term cannabis use causes permanent cognitive impairment, nor is there is any clear cause and effect relationship to explain the psychosocial associations.»²

¹ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en DGV, Nederlands instituut voor verantwoord medicijn-gebruik, Medicinale cannabis. Informatiebrochure voor artsen en apothekers (derde druk, januari 2007) p. 5.

² Leslie Iversen, «Long-term effects of exposure to cannabis», in: Current Opinion in Pharmacology 2005, 5.

Voor medicinaal gebruik worden vaak lage doseringen cannabis gebruikt. Volgens de informatiefolder van het ministerie van VWS zijn over de afhankelijkheid bij therapeutisch gebruik van cannabis geen gegevens bekend. Naar verwachting zal afhankelijkheid «nauwelijks voorkomen als er enkel sprake is van therapeutisch gebruik, zoals ook van morfine-achtigen bekend is.»¹

De reden om cannabis voor een beperkt aantal aandoeningen te adviseren heeft te maken met de voldoende hoeveelheid wetenschappelijk bewijs die tot nu is gevonden voor het therapeutisch effect van cannabis bij deze aandoeningen. Anorexia hoort daar (nog) niet bij. Hoewel cannabis eetlustopwekkende kwaliteiten heeft, heeft dubbel-blind, gerandomiseerd, placebo-gecontroleerd onderzoek nog niet aangetoond dat anorexiapatiënten baat hebben bij medicinale cannabis.

3

Wat is juridisch het verschil tussen synthetische cannabinoïde medicijnen en het medicinale oprookbare product cannabis?

Nederland is partij bij het Enkelvoudig Verdrag inzake verdovende middelen van de Verenigde Naties, het belangrijkste verdrag in dit verband. De verdovende middelen waarover het verdrag handelt zijn in vier lijsten ondergebracht. Deze lijsten zijn onderworpen aan een eigen controlesysteem. In de bijlage vindt u de lijsten.

Voor de middelen van lijst I (waaronder heroïne, cocaïne en cannabis) gelden alle controlemaatregelen van het verdrag. Aan de stoffen op deze lijst wordt een grote verslavende werking toegeschreven. Op lijst II staan de middelen waarvan de verslavende werking gering is, maar die makkelijk kunnen worden geconverteerd in een verslavend middel van lijst I (bijvoorbeeld codeïne en ethylmorphine). De middelen van lijst II staan onder hetzelfde toezicht als de middelen van Lijst I, met als belangrijkste uitzondering art. 30 leden 2 en 5, waarin staat verwoord dat deze middelen ook zonder geneeskundig voorschrift aan particulieren mogen worden verstrekt. Lijst III somt preparaten op waarin verslavende middelen voorkomen die daaruit niet eenvoudig kunnen worden geïsoleerd, en die in deze samenstelling niet tot misbruik kunnen leiden. Lijst IV bevat middelen, reeds op lijst I vermeld, die een sterk verslavende werking hebben of aanleiding kunnen geven tot misbruik zonder dat dit risico wordt gecompenseerd door een therapeutische noodzaak en verdovende middelen waarvan het gebruik om specifiek medische redenen als een gevaar voor de volksgezondheid moet worden beschouwd. Op deze lijst staan cannabis en cannabishars, desomorphine, heroïne en ketobemidon. De middelen van lijst IV zijn dus tevens in lijst I opgenomen en derhalve onderworpen aan de maatregel van toezicht van deze lijst, terwijl bovendien de partijen bijzondere maatregelen moeten nemen in verband met de extra gevaarlijke eigenschappen van een dergelijk middel.

Art 4, onder c van het verdrag verplicht partijen om productie, vervaardiging, invoer, uitvoer, distributie, handel in en het gebruik en het bezit van verdovende middelen uitsluitend tot geneeskundig en wetenschappelijke doelen te beperken. De zinsnede «medical and scientific purposes» wordt niet enger gedefinieerd, maar volgens het commentaar van het Verdrag dient de interpretatie van dit begrip af te hangen van de stand van zaken van de geneeskunde op het tijdstip van interpretatie.

¹ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en DGV, Nederlands instituut voor verantwoord medicijn-gebruik, Medicinale cannabis. Informatiebrochure voor artsen en apothekers (derde druk, januari 2007) p. 10.

Ten aanzien van synthetische cannabinoïde medicijnen en medicinale cannabis maakt het Enkelvoudig Verdrag geen onderscheid, omdat medicinaal en wetenschappelijk gebruik van de opgenomen middelen zijn uitgezonderd van de bepalingen. De kern van het verdrag is namelijk het

beperken van de legale handel van de opgenomen stoffen tot medische en wetenschappelijke doeleinden.

Voor de goede orde merkt de indiener op dat via import op basis van een artsenverklaring én met toestemming van de IGZ, een aantal niet in Nederland geregistreerde middelen wel verkrijgbaar is of verkrijgbaar is geweest. Dit betreft de middelen dronabinol (Marinol®), nabilone (Cesamet®) en een plantaardig extract van cannabis (Cannador®). Een aantal patiënten gebruikt het synthetische Marinol®, dat slechts één van de mogelijke werkzame stoffen van de cannabisplant bevat. Door het verschil in samenstelling verschillen de effecten van al deze producten. In het jaar 2001 is Marinol® slechts 137 keer afgeleverd in Nederland. De oorzaak van dit geringe aantal is tweeledig: de, naar verluidt, slechte ervaringen van patiënten en de hoge kosten verbonden aan dit product (het komt voor eigen rekening).

4

Wat is in medische uitwerking het verschil tussen synthetische cannabinoïde medicijnen en het medicinale oprookbare product cannabis?

Cannabis bevat meerdere werkzame bestanddelen, waaronder stoffen die worden gerekend tot de cannabinoïden. Dit zijn onder andere Δ^9 -tetrahydrocannabinol (THC) en cannabidiol (CBD). De «high» van cannabis komt primair van THC, de meer dan zestig verschillende cannabinoïden leveren in verschillende combinaties verschillende effecten op.

Tot op heden zijn twee typen cannabinoïd-receptoren in het menselijke lichaam geïdentificeerd, zijnde CB1 en CB2. CB1 komt primair voor in het centrale zenuwstelsel. Dit type receptoren is in het bijzonder verantwoordelijk voor de pijnmodulatie en anti-emetische effecten, maar oefenen ook werking uit op geheugen en motoriek. THC werkt voornamelijk op CB1-receptoren. CB2 komt perifeer voor, voornamelijk op cellen in het immuunsysteem (specifiek in de milt) en is zodoende waarschijnlijk verantwoordelijk voor de immunologische effecten van cannabinoïden. De cannabinoïden grijpen zich aan de receptoreiwitten van de cannabinoïd-receptoren, waardoor laatstgenoemden een bepaalde farmacologische respons veroorzaken. De receptoren verschillen per individu en bepalen de gevoeligheid voor de stoffen van de cannabisplant.

Er zijn verschillende studies gedaan naar de werkzaamheid van enkelvoudig cannabinoïden en combinaties van cannabinoïden zoals die voorkomen in cannabis zelf. Daaruit blijkt dat combinaties van cannabinoïden ongewenste bijwerkingen van bijvoorbeeld THC onderdrukken. Hetzelfde geldt voor bepaalde andere stoffen die in cannabis voorkomen, zoals terpenoïden.

De chemische compositie van cannabis is afhankelijk van genetica, groei-omgevingsfactoren zoals voeding, luchtvochtigheid en lichtomstandigheden, oogsttijdstip en droogomstandigheden. Van belang is dat de meer dan zestig verschillende cannabinoïden in verschillende combinaties verschillende effecten opleveren bij patiënten. De minister erkent dit ook. In beantwoording op schriftelijke vragen van het lid Bouwmeester stelt hij: «Net als bij alle geneesmiddelen hangt de mate van werkzaamheid van medicinale cannabis voor een groot deel af van de stofwisseling van een patiënt. Dit betekent dat de ene patiënt anders kan reageren op een geneesmiddel dan een andere patiënt. Wanneer blijkt dat bij een groot deel van de patiënten een behoefte is aan een andere variëteit dan wordt dit serieus in overweging genomen. Zo is bijvoorbeeld in 2006, mede op verzoek van MS-patiënten, een nieuwe variëteit ontwikkeld voor deze groep van patiënten.»¹

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, Aanhangsel, KVR33637.

5

Is het technisch mogelijk de pijnstillende en anti-emetische werking van cannabis te vatten in synthetische medicijnen?

Nee, want de pijnstillende en anti-emetische werking van cannabis heeft niet alleen te maken met THC, maar ook met de combinatie van andere stoffen in medicinale cannabis. Marinol bevat alleen synthetische THC en is al ruim 20 jaar op de markt. Desondanks blijkt dit middel niet in staat om iedereen te helpen. In landen waar Marinol relatief veel gebruikt wordt blijven artsen cannabis aanbevelen en voorschrijven.

6

Waar zijn de getallen op gebaseerd dat 700 tot 1200 patiënten met medicinale cannabis zijn gestopt en worden zij allen nu op illegale wijze bevoorrad dan wel zijn er ook een aantal helemaal gestopt met cannabis?

Het onderzoeksinstituut TNO heeft in 1998 een enquête gehouden onder alle 13 000 Nederlandse MS-patiënten, van wie ongeveer 50% een antwoord gegeven heeft op de vraag of zij cannabis voor hun ziekte gebruiken. In deze periode, waarin cannabis voor medicinaal gebruik nog niet gelegaliseerd was, bleek 12% van de Nederlandse MS-patiënten cannabis te gebruiken. Dit waren dus ongeveer 1500 patiënten. In de periode juli tot oktober 2005 heeft voormalig minister Hoogervorst het beleid rond medicinale cannabis laten evalueren. In de evaluatie wordt uiteengezet hoe het BMC tijdens de voorbereidende fase voor het beschikbaar maken van medicinale cannabis een schatting heeft gemaakt van de mogelijke afzetmarkt. Dit gebeurde op basis van gesprekken met illegale leveranciers van cannabis voor medicinaal gebruik, gesprekken met vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties en gesprekken met een aantal artsen van wie bekend was dat zij welwillend stonden tegenover cannabis als geneesmiddel.

Het BMC gebruikte gegevens van de Stichting PMM uit Rotterdam, gegevens van het bedrijf Maripharm en schattingen van coffeeshopeigenaren. Het BMC en de Begeleidingscommissie concludeerden uiteindelijk dat de totale potentiële markt op 10 000 patiënten betrekking zou kunnen hebben. Tot dit aantal werd mede geconcludeerd omdat cannabis ook voor andere indicaties werd voorgeschreven. De omzetgegevens en het aantal recepten dat werd uitgeschreven suggereerden dat het aantal patiënten dat cannabis op recept verkreeg in 2004 ongeveer 1000 tot 1500 bedroeg. Minister Hoogervorst en minister Klink waren in 2005 respectievelijk 2008 niet bereid te onderzoeken hoeveel mensen in totaal om medische redenen cannabis gebruikten. Minister Klink gaf in september vorig jaar aan dat op basis van het aantal afgeleverde apotheekverstrekkingen van medicinale cannabis en een gemiddelde dagdosering het aantal patiënten in 2007 geschat werd op circa 300.¹ Dit houdt in dat op een patiëntenpopulatie van 1000 tot 1500 er in vier jaar tijd tussen de 700 en 1200 patiënten gestopt zijn met het aanschaffen van medicinale cannabis via de apotheek.

De indiener kan niet kwantificeren hoeveel van hen op illegale wijze cannabis betreft en hoeveel van hen helemaal gestopt zijn met medicinale cannabis. Deze gegevens zijn niet bekend. Beide mogelijkheden zijn echter onwenselijk voor de zeer kwetsbare patiënten die baat hebben bij medicinale cannabis.

7

Waaruit blijkt dat er bij artsen huiver is om medicinale cannabis voor te schrijven?

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, Aanhangsel, KVR33637.

Volgens het evaluatierapport van november 2005 zijn er verschillende redenen waarom het beleid niet uitwerkte zoals verwacht. Deze redenen zijn:

- onduidelijkheid over de grootte van de (potentiële) markt;
- de hogere prijs in vergelijking met illegale cannabis;
- de geringe neiging bij artsen om cannabis voor te schrijven;
- de activiteiten van illegale leveranciers;
- de (meestal) weinig positieve publiciteit in de algemene pers;
- de beperkte keuze in variëteiten;
- het niet vergoeden van medicinale cannabis;
- het (te) beperkte wetenschappelijke onderzoek;
- het gebrek aan interesse bij de farmaceutische bedrijven;
- en het niet uitvoeren van voorgestelde marketingactiviteiten.

In het evaluatierapport wordt gemeld dat afgevraagd kan worden of de medische wereld voldoende betrokken werd bij het ontwikkelen van het beleid. «Specialisten, zoals neurologen en internisten,», stelt het rapport, «schrijven medicinale cannabis weinig voor en huisartsen doen dit slechts op verzoek van patiënten. De reden hiervan is dat wetenschappelijke onderbouwing ten aanzien van de werkzaamheid en effectiviteit van cannabis bij de aanbevolen indicaties nog niet is aangetoond.»

In Nederland rapporteren patiënten nog altijd met regelmaat naar patiëntenorganisaties – en politici, waaronder de indiener zelf – dat artsen geen medicinale cannabis voorschrijven, of pas na langdurig aandringen.

Momenteel zijn er vele wetenschappelijke onderzoeken waaruit de werking van medicinale cannabis blijkt, en de indiener vindt het wenselijk dat de medische sector voldoende op de hoogte wordt gehouden van de nieuwste ontwikkelingen.

8

Waaruit blijkt dat de drie cannabis variëteiten niet voldoende zijn om cannabis als medicijn te garanderen?

THC is niet het enige cannabinoïd in cannabis. Er verschijnt de laatste jaren steeds meer wetenschappelijk bewijs voor de werkzaamheid van andere cannabinoïden zoals Cannabidiol (CBD), Tetrahydrocannabivarin (THCV), en Cannabigerol (CBG). In de drie huidige variëteiten komen met name THC en CBD voor. In Bedrocan zit circa 19% THC, in Bedrobinol circa 12% en in Bediol circa 5%. Zowel in Bedrocan als Bedrobinol zit minder dan 1% CBD. In Bediol zit circa 7% CBD. Andere variëteiten cannabis bevatten bijvoorbeeld ook THCV en CBG. Het toenemend gebruik van Bediol dat in 2007 als middel beschikbaar kwam, toont aan dat andere variëteiten in een behoefte voorzien. Bediol is door middel van kweektechniek gecreëerd (en is dus niet genetisch gemodificeerd).

Voorts blijkt uit het gedrag en opmerkingen van patiënten dat deze drie variëteiten niet in alle behoeften voorzien. Ultiem voorbeeld daarvan is een MS- patiënt die in 2008 door de Hoge Raad in het gelijk werd gesteld met betrekking tot het thuis mogen telen van medicinale cannabis (LJN: BC7923, Hoge Raad, 01090/07). Eén van de belangrijkste argumenten daarbij was dat de bestaande variëteiten in de apotheek niet in de specifieke behoeften van de patiënt voorzien. Dit argument werd gedurende de behandeling van deze zaak voor het Gerechtshof te Leeuwarden onderschreven door getuige deskundigen en door het Hof overgenomen.

Hoewel het mogelijk is om tientallen verschillende varianten te telen, leert navraag bij Amerikaanse deskundigen die grote hoeveelheden medicinale

cannabis aan patiënten leveren dat tussen de zeven en tien variëteiten voldoende zijn om praktisch de hele patiëntenpopulatie te dekken.

9

Bestaan er onderzoeken naar de noodzaak om een divers aanbod van cannabis te bieden? Zo nee, waar baseert de indiener zich dan op? Indien ja, kunt u deze overleggen aan de Kamer?

Zoals beantwoord in vragen 4, 6 en 8 zijn er gegevens en aanwijzingen voor een vraag naar uitbreiding. Indiener heeft deze gegevens bijeen willen brengen in zijn nota.

10

Hoe verhouden de kosten van oprookbare cannabis zich tot vergelijkbaar effect verkrijgende synthetische cannabinoïde medicijnen?

De prijzen verschillen per apotheek. De volgende cijfers zijn afkomstig van één apotheek, zodat er sprake is van symmetrische vergelijking. De huidige prijs van Marinol is daar € 8,71 per capsule van 2,5 milligram (exclusief receptregel vergoeding). De huidige prijs (inclusief BTW) per gram cannabis is voor Bedrocan € 6,36, voor Bediol € 6,36 en voor Bedrobinol € 8,74.

De prijs van 10 milligram THC in de verschillende producten is dus voor Marinol € 34,84, voor Bedrocan € 0,33 en voor Bedrobinol € 0,73. De prijs voor Bediol moet mede gerelateerd worden aan de CBD die dit product bevat. Door de beide gehalten (THC/CBD) op te tellen en te delen over de kostprijs geldt de volgende rekensom: 6% THC + 7,5% CBD = 13,5%. De prijs van 10 mg THC/CBD in Bediol komt daarmee op € 0,47. Marinol is dus tientallen malen duurder dan medicinale cannabis.

11

Waaruit blijkt dat de coffeeshopcannabis in de regel ongevaarlijk zou zijn voor gezonde mensen, gelet op de verslavende werking ervan?

Coffeeshopcannabis is gevaarlijk, ook voor gezonde mensen, vanwege de mogelijke (en in een aantal gevallen aangetoonde) aanwezigheid van pesticiden, zware metalen en mycotoxinen (afvalstoffen van schimmels). Zoals in vraag 2 aangegeven is de «verslavende» werking van cannabis in de wetenschap betwistbaar geacht, zelfs wanneer cannabis hoge aantallen THC of zeer vaak gebruikt wordt. De verslavende werking van cannabis is over het algemeen mild en minder sterk als van veel bekende legale en illegale drugs zoals alcohol, tabak, opiaten, benzodiazepines en barbituraten, zoals ook recent onderzoek van het RIVM aantoonde. Ook kan coffeeshopcannabis negatief uitwerken wat betreft sociale en psychische gesteldheid, zeker bij langdurig gebruik. Met name gebruikers met aanleg voor psychische aandoeningen lopen een verhoogd risico. De indiener doelde met zijn opmerking op het feit dat coffeeshopcannabis een relatief veilige drug is, zeker voor mensen die fysiek in orde zijn. Voor sommige patiënten die baat hebben bij medicinale cannabis is coffeeshopcannabis echter (levens)gevaarlijk.

12

Waaruit blijkt dat er sprake is van een taboe rond gebruik van medicinale cannabis?

Indiener heeft verschillende gesprekken gevoerd met patiëntenorganisaties en patiënten. Ook het BMC en NCSM hebben dat gedaan. Hieruit bleek dat er reserves bestaan rond medicinale cannabis, zowel bij patiënten als artsen. Zie ook de antwoorden op vraag 7.

13

Is bekend wat het gemiddelde gebruik is van medicinale cannabis bij MS-patiënten, gezien het feit dat wel bekend is dat de meeste patiënten tussen de één en zeven gram gebruiken?

De opmerking dat de meeste patiënten tussen de 1 en zeven gram is afkomstig van de verklaring van de anesthesioloog die als deskundige ter zitting van het hof fungeerde in de strafzaak van de MS-patiënt die genoemd wordt in de initiatiefnota en in de beantwoording van vraag 8. Deze anesthesioloog verklaarde ongeveer 400 MS-patiënten met medicinale cannabis te hebben behandeld. De indiener wijst erop dat ook dit de stelling onderschrijft dat er meer mensen medicinale cannabis gebruiken dan blijkt uit de verkoop bij apothekers.

14

Is bekend voor andere patiënten dan MS-patiënten wat zij gemiddeld gebruiken?

Zie antwoord vraag 13.

15

Meer varianten zullen het Bureau Medicinale Cannabis (BMC) op nog meer kosten jagen, ze moeten immers alle varianten op voorraad houden. Waarom niet eerst wetenschappelijk onderzoek afwachten om zo de noodzaak tot het uitbreiden van de varianten te kunnen onderbouwen?

Sinds 2008 is door BMC het uitstalleven (houdbaarheid) van cannabis verlengd van 1 naar 2 jaar op basis van wetenschappelijk onderzoek, verricht in opdracht van BMC. Dit maakt de productie en verkoop van relatief kleine hoeveelheden cannabis (ca 8 kg) mogelijk, zonder groot risico van overschrijden van houdbaarheid data.

In de farmaceutische wereld is het doen van klinisch wetenschappelijk onderzoek een taak van de producent/leverancier van een geneesmiddel. De producent is in dit geval de Nederlandse overheid. De teler produceert cannabis slechts als farmaceutische grondstof. De kennis voor het uitvoeren van goede klinische trials met cannabis is in Nederland ruimschoots aanwezig. Overeenkomstig de regelgeving voor Opiumwetvergunningen is het doel van het BMC tweeledig. Enerzijds dient BMC te (laten) onderzoeken of cannabis of cannabisproducten kunnen worden gebruikt als geneesmiddel; anderzijds moet BMC de apotheken in de loop van 2003 gaan voorzien van medicinale cannabis, zodat patiënten die op doktersrecept kunnen verkrijgen. De onderzoeksverantwoordelijkheid heeft BMC helaas onvoldoende ingevuld. Voor zover bij de indiener bekend heeft het BMC nooit zelf onderzoek uitgevoerd.

16

Waarom wil indiener overleggen met patiëntenorganisaties en niet met medisch deskundige medici?

De indiener geeft op pagina 10 van de nota aan dat het wenselijk is dat de minister van VWS in gesprek dient te gaan met patiëntenorganisaties en beroepsverenigingen van artsen, in de eerste plaats de KNMG, om het taboe rond gebruik van medicinale cannabis bij patiënten, artsen en zorgverzekeraars zoveel mogelijk te doorbreken. Bij de uitbreiding van soorten op pagina 11 van de nota stelt de indiener alleen voor om in overleg te treden met patiëntenorganisaties. De motivatie hiervoor ligt gelegen in de gedachte dat patiënten als ervaringsdeskundigen kunnen aangeven welke soorten zij nu missen, soorten die misschien nu door hen op andere wijze worden verkregen. De indiener heeft zijn uitspraak echter niet beperkend

bedoeld. Het zou zeker wenselijk zijn dat medisch deskundigen worden geraadpleegd bij het komen tot uitbreiding van de hoeveelheid soorten cannabis die worden aangeboden in de apotheek. Uiteindelijk is uitbreiding overigens een beleidsbeslissing van de minister.

17

Als de indiener medicinale cannabis in het basispakket wil hebben, hoe wordt dat dan bekostigd oftewel wat moet er dan uit?

De indiener stelt voor om medicinale cannabis op te nemen in het basispakket. Allereerst omdat de kosten voor de individuele gebruiker zodanig hoog zijn dat die niet in redelijke mate te dragen zijn, zeker niet als de patiënt beperkt is in zijn financiële middelen. Hier komt bij dat het gevaar van substitutie door een mogelijk inferieur product – coffeeshopcannabis – groter is dan bij andere niet vergoede geneesmiddelen, en dat dit product voor de betreffende patiënten extra gezondheidsrisico's meebrengt. Voor andere geneesmiddelen geldt niet dat er een enorme markt bestaat waarop vergelijkbare geneesmiddelen gedooft worden aangeboden, zoals dat met coffeeshopcannabis wel het geval is.

Voorafgaand aan de verkrijgbaarheid van medicinale cannabis schatte de overheid de potentiële markt op mogelijk 10 000 patiënten. Het Evaluatierapport medicinale cannabis van het ministerie van VWS combineert andere gegevens, en komt tot een schatting van 3000 patiënten. Tussen 2003 en 2005 was de omzet van BMC betrekkelijk constant, namelijk tussen de 60 en 70 kilogram op een populatie van 1000 tot 1500. Op het moment dat 3000 patiënten de duurste variant die er op dit moment is zouden gebruiken – Bediol – komen we uit op kosten van circa 1,38 miljoen euro.

Er is dus sprake van een vrij overzichtelijk kostenplaatje. Daarnaast dient het gebruik van medicinale cannabis vaak als laatste uitkomst in een zoektocht naar een passend hulpmiddel. Het voorkomt veelal ander medicijngebruik, die doorgaans kostbaarder zijn. Pharmo heeft in de periode september 2003 tot en met januari 2004 200 medicinale cannabisgebruikers onderzocht. Bijna een kwart van hen gaf aan dat zij het gelijktijdig gebruik van andere geneesmiddelen konden verminderen. Voor slechts 0.9% was het gebruik van andere medicijnen toegenomen. Deze gegevens suggereren dat de extra kosten die opname van medicinale cannabis in het basispakket met zich meebrengt, gedeeltelijk terugverdiend worden via besparingen op andere medicijnen. De kosten van het vergoeden via het basispakket zijn volgens de indiener daarmee goed te overzien.

18

Kan een overzicht worden geboden van pijnstillers en anti-emetica die in het basispakket zitten en pijnstillers en anti-emetica die dat niet zitten? Kan de indiener daarbij kort de overweging om deze al dan niet tot het basispakket toe te laten weergeven?

Er zijn veel soorten pijnstillers. Hoewel het merendeel daarvan in het basispakket zit, is het niet eenvoudig een lijst op te stellen met pijnstillers (en anti-emetica) die vergoed worden. Als de vraag gespecificeerd wordt naar een aantal specifieke soorten pijnstillers (en anti-emetica), kan de informatie aangeleverd worden. Via de website www.medicijnkosten.nl (van het College voor Zorgverzekeringen) kan per geneesmiddel opgezocht worden of het middel in het basispakket is opgenomen. Overigens spelen diverse medisch inhoudelijke omstandigheden van een patiënt een rol of een geneesmiddel wel of niet voor vergoeding in aanmerking komt.

19

Kan de indiener uiteenzetten waarom, gelet op de door hem vermelde gezondheidsrisico's bij zelfteelt, hij deze variant van medicinale cannabis wel zou willen goedkeuren?

De indiener spreekt in zijn nota duidelijk uit dat deze oplossing wat hem betreft niet de voorkeur heeft. Allereerst omdat de indiener meent dat het een vreemde zaak is als patiënten noodzakelijke medicijnen zelf dienen te telen en bereiden. Hier dienen formele instanties zorg voor te dragen. Bovendien missen veel patiënten de expertise om op goede wijze cannabis te telen. Dit kan negatieve effecten hebben op de kwaliteit van het product en de gezondheid van de patiënt. Ook kan zelfteelt overlast en (brand)gevaar opleveren. Indiener meent ook dat de Amerikaanse en Canadese voorbeelden aantonen dat er een gevaar is dat er bij zelfteelt ook criminele invloeden kunnen insluipen, door patiënten die worden gebruikt, of door misbruik van de regeling. De indiener heeft een sterke voorkeur voor het zo transparant mogelijk houden van de teelt, de bereiding en het gebruik.

Indiener verwacht dat door de voorgestelde beleidswijzigingen inzake uitbreiding van de soorten en vergoeding, een wijziging van de Opiumwet onnodig zal blijken te zijn. De indiener merkt wel op dat er ook bij het verbeteren van het assortiment en het vergoeden van de kosten er zeer waarschijnlijk patiënten zullen blijven die zelf blijven telen. Dat kan als bij het uitgebreide pakket aan cannabissoorten een voor een individuele patiënt werkende variant toch nog ontbreekt. Dit zal echter een zeer kleine groep zijn. Indachtig de uitspraak van de Hoge Raad zal politie en justitie een goede afweging moeten maken of vervolging in die zeer schaarse gevallen opportuun is.

20

Hoe zal de betere voorlichting de groep artsen bereiken die nu ook al niet geïnteresseerd is in medicinale cannabis door negatieve associaties veroorzaakt door recreatief gebruik?

De voorlichting zal de meest recente onderzoeken tonen. Ook dient de minister tijdens zijn gesprekken met belanghebbenden het standpunt van de regering duidelijk uit te dragen: dat medicinale cannabis kan helpen, en dat de regering het liefst ziet dat medicinale cannabis een gewoon geregistreerd geneesmiddel wordt.

21

Verwacht de indiener dat door betere voorlichting meer artsen bereid zullen zijn over hun bezwaren tegen cannabis heen te stappen, is er wellicht al onderzoek gedaan naar te verwachten effecten?

De indiener verwacht dat door betere voorlichting meer artsen bereid zullen zijn over hun bezwaren tegen cannabis heen te stappen. De reden dat zij niet snel voorschrijven heeft te maken met de vermeende onduidelijkheid van de wetenschappelijke status van cannabis als medicinaal product, maar de laatste jaren is hier meer duidelijkheid over ontstaan.

22

Wanneer kan de Commissie Farmaceutische Hulp (CFH) medicinale cannabis beoordelen op het criterium gestandaardiseerde apotheekbereiding?

De Commissie Farmaceutische Hulp (CFH) van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) beoordeelt maandelijks geneesmiddelen op een aantal facetten om te bepalen of een geneesmiddel in aanmerking komt voor

plaatsing in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) en eventueel onder welke voorwaarden.

23

Ligt het in de lijn der verwachting dat medicinale cannabis als rationele farmacotherapie zal worden beschouwd?

Het BMC heeft in de eerste helft van 2003 een aanvraag voor vergoeding ingediend bij de CFH; deze commissie heeft gekeken naar het bewijs van werkzaamheid van cannabis en kwam tot de conclusie dat dit bewijs onvoldoende is.

De CFH heeft echter niet beoordeeld of medicinale cannabis een gestandaardiseerde apotheekbereiding is. Echter, een gestandaardiseerde apotheekbereiding komt ook in aanmerking voor het predicaat «rationele farmacotherapie», en daarmee in aanmerking voor opname in het basispakket. Daarom is het wenselijk dat de CFH medicinale cannabis nogmaals beoordeeld.

24

Waarom heeft College voor zorgverzekeringen (CVZ) medicinale cannabis na 2003 niet meer opnieuw beoordeeld?

Het College voor Zorgverzekeringen heeft medicinale cannabis na 2003 niet meer beoordeeld, omdat het ministerie van VWS hier niet om gevraagd heeft. Indiener stelt voor dat het ministerie dit alsnog verzoekt.

25

Op welke termijn zou medicinale cannabis in het pakket kunnen worden opgenomen?

In theorie zou medicinale cannabis kunnen worden opgenomen vanaf 1 januari 2010, of elk formeel moment daaropvolgend.

26

Wordt medicinale cannabis meegenomen in het eerstvolgende pakketadvies?

Het pakketadvies wordt opgesteld door het CVZ en bevat adviezen over het verzekerd pakket van de Zorgverzekeringswet (basispakket) en de AWBZ. De indiener kan nu niet bevestigen of het CVZ medicinale cannabis meeneemt in het eerstvolgende pakketadvies.

27

Wat zijn de kosten van opname in het pakket?

Zie vraag 17.

Single Convention On Narcotic Drugs, 1961. As amended by the 1972 Protocol amending the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961.

SCHEDULES

Revised Schedules including all amendments made by the Commission on Narcotic Drugs in Force as of 5 March 1990

List of Drugs Included in Schedule I

<i>List of Drugs Included in Schedule I</i>	
Acetorphine	3- <i>O</i> -acetyltetrahydro-7- <i>alpha</i> -(1-hydroxy-1-methylbutyl)-6,14- <i>endoetheno</i> -oripavine
Acetyl-<i>alpha</i>-methylfentanyl	<i>N</i> -[1-(<i>alpha</i> -methylphenethyl)-4-piperidyl]acetanilide
Acetylmethadol	3-acetoxy-6-dimethylamino-4,4-diphenylheptane
Alfentanil	<i>N</i> -[1-[2-(4-ethyl-4,5-dihydro-5-oxo-1 <i>H</i> -trazol-1-yl)ethyl]-4-(methoxymethyl)-4-piperidinyl]- <i>N</i> -phenylpropanamide
Allylprodine	3-allyl-1-methyl-4-phenyl-4-propionoxypiperidine
Alphacetylmethadol	<i>alpha</i> -3-acetoxy-6-dimethylamino-4,4-diphenylheptane
Alphameprodine	<i>alpha</i> -3-ethyl-1-methyl-4-phenyl-4-propionoxypiperidine
Alphamethadol	<i>alpha</i> -6-dimethylamino-4,4-diphenyl-3-heptanol
<i>Alpha</i>-methylfentanyl	<i>N</i> -[1(<i>alpha</i> -methylphenethyl)-4-piperidyl]propionanilide
<i>Alpha</i>-methylthiofentanyl	<i>N</i> -[1-[1-methyl-2-(2-thienyl)ethyl]-4-piperidyl]propionanilide
Alphaprodine	<i>alpha</i> -1,3-dimethyl-4-phenyl-4-propionoxypiperidine
Anileridine	1- <i>para</i> -aminophenethyl-4-phenylpiperidine-4-carboxylic acid ethyl ester
Benzethidine	1-(2-benzyloxyethyl)-4-phenylpiperidine-4-carboxylic acid ethyl ester
Benzylmorphine	3- <i>O</i> -benzylmorphine
Betacetylmethadol	<i>beta</i> -3-acetoxy-6-dimethylamino-4,4-diphenylheptane
<i>Beta</i>-hydroxyfentanyl	<i>N</i> -[1-(<i>beta</i> -hydroxyphenethyl)-4-piperidyl]propionanilide
<i>Beta</i>-hydroxy-3-methylfentanyl	<i>N</i> -[1-(<i>beta</i> -hydroxyphenethyl)-3-methyl-4-piperidyl]propionanilide
Betameprodine	<i>beta</i> -3-ethyl-1-methyl-4-phenyl-4-propionoxypiperidine
Betamethadol	<i>beta</i> -6-dimethylamino-4,4-diphenyl-3-heptanol
Betaprodine	<i>beta</i> -1,3-dimethyl-4-phenyl-4-propionoxypiperidine
Bezitramide	1-(3-cyano-3,3-diphenylpropyl)-4-(2-oxo-3-propionyl-1-benzimidazolyl)-piperidine and EXTRACTS and TINCTURES OF CANNABIS
Cannabis and Cannabis resin	
Clonitazene	2- <i>para</i> -chlorbenzyl-1-diethylaminoethyl-5-nitrobenzimidazole
Coca leaf	
Cocaine	methyl ester of benzoylecgonine
Codoxime	dihydrocodeinone-6-carboxymethylloxime
Concentrate of poppy straw	the material arising when poppy straw has entered into a process for the concentration of its alkaloids when such material is made available in trade
Desomorphine	dihydrodeoxymorphine
Dextromoramide	(+)-4-[2-methyl-4-oxo-3,3-diphenyl-4-(1-pyrrolidinyl)butyl]-morpholine
Diampromide	<i>N</i> -[2-(methylphenethylamino)-propyl]propionanilide
Diethylthiambutene	3-diethylamino-1,1-di-(2'-thienyl)-1-butene
Difenoxin	1-(3-cyano-3,3-diphenylpropyl)-4-phenylisonipeccotic acid
Dihydromorphine	
Dimenoxadol	2-dimethylaminoethyl-1-ethoxy-1,1-diphenylacetate
Dimepheptanol	6-dimethylamino-4,4-diphenyl-3-heptanol
Dimethylthiambutene	3-dimethylamino-1,1-di-(2'-thienyl)-1-butene
Dioxaphetyl butyrate	ethyl-4-morpholino-2,2-diphenylbutyrate
Diphenoxylate	1-(3-cyano-3,3-diphenylpropyl)-4-phenylpiperidine-4-carboxylic acid ethyl ester
Dipipanone	4,4-diphenyl-6-piperidine-3-heptanone
Drotebanol	3,4-dimethoxy-17-methylmorphinan-6- <i>beta</i> ,14-diol
Ecgonine	its esters and derivatives which are convertible to ecgonine and cocaine
Ethylmethylthiambutene	3-ethylmethylamino-1,1-di-(2'-thienyl)-1-butene
Etonitazene	1-diethylaminoethyl-2- <i>para</i> -ethoxybenzyl-5-nitrobenzimidazole

Etorphine	tetrahydro-7- <i>alpha</i> -(1-hydroxy-1-methylbutyl)-6,14-endoetheno-orphavine
Etoxidine	1-[2-(2-hydroxyethoxy)-ethyl]-4-phenylpiperidine-4-carboxylic acid ethyl ester
Fentanyl	1-phenethyl-4- <i>N</i> -propionyl nylanilino-piperidine
Furethidine	1-(2-tetrahydrofurfuryloxyethyl)-4-phenylpiperidine-4-carboxylic acid ethyl ester
Heroin	diacetylmorphine
Hydrocodone	dihydrocodeinone
Hydromorfinol	14-hydroxydihydromorphine
Hydromorphone	dihydromorphinone
Hydroxypethidine	4- <i>meta</i> -hydroxyphenyl-1-methylpiperidine-4-carboxylic acid ethyl ester
Isomethadone	6-dimethylamino-5-methyl-4,4-diphenyl-3-hexanone
Ketobemidone	4- <i>meta</i> -hydroxyphenyl-1-methyl-4-propionylpiperidine
Levomethorphan *	(-)-3-methoxy- <i>N</i> -methylmorphinan
Levomoramide	(-)-4-[2-methyl-4-oxo-3,3-diphenyl-4-(1-pyrrolidinyl)-butyl]morpholine
Levophenacymorphan	(1)-3-hydroxy- <i>N</i> -phenacymorphinan
Levorphanol *	(-)-3-hydroxy- <i>N</i> -methylmorphinan
Metazocine	2'-hydroxy-2,5,9-trimethyl-6,7-benzomorphan
Methadone	6-dimethylamino-4,4-diphenyl-3-heptanone
Methadone intermediate	4-cyano-2-dimethylamino-4,4-diphenylbutane
Methyldesorphine	6-methyl- <i>delta</i> -6-deoxymorphine
Methyldihydromorphine	6-methyldihydromorphine
3-methylfentanyl	<i>N</i> -(3-methyl-1-phenethyl-4-piperidyl)propionanilide
3-methylthiofentanyl	<i>N</i> -(3-methyl-1-[2-(2-thienyl)ethyl]-4-piperidyl)propionanilide
Metopon	5-methyldihydromorphinone
Moramide intermediate	2-methyl-3-morpholino-1,1-diphenylpropane carboxylic acid
Morpheridine	1-(2-morpholinoethyl)-4-phenylpiperidine-4-carboxylic acid ethyl ester
Morphine	
Morphine methobromide	and other pentavalent nitrogen morphine derivatives, including in particular the morphine- <i>N</i> -oxide derivatives, one of which is codeine- <i>N</i> -oxide
Morphine-<i>N</i>-oxide	
MPPP	1-methyl-4-phenyl-4-piperidinol propionate (ester)
Myrophine	myristylbenzylmorphine
Nicomorphine	3,6-dinicotinylmorphine
Noracymethadol	(±)- <i>alpha</i> -3-acet oxy-6-methylamino-4,4-diphenylheptane
Norlevorphanol	(-)-3-hydroxymorphinan
Normethadone	6-dimethylamino-4,4-diphenyl-3-hexanone
Normorphine	demethylmorphine or <i>N</i> -demethylated morphine
Norpipanone	4,4-diphenyl-6-piperidino-3-hexanone
Opium	
Oxycodone	14-hydroxydihydrocodeinone
Oxymorphone	14-hydroxydihydromorphinone
Para-fluorofentanyl	4'-fluoro- <i>N</i> -(1-phenethyl-4-piperidyl)propionanilide
PEPAP	1-phenethyl-4-phenyl-4-piperidinol acetate (ester)
Pethidine	1-methyl-4-phenylpiperidine-4-carboxylic acid ethyl ester
Pethidine intermediate A	4-cyano-1-methyl-4-phenylpiperidine
Pethidine intermediate B	4-phenylpiperidine-4-carboxylic acid ethyl ester
Pethidine intermediate C	1-methyl-4-phenylpiperidine-4-carboxylic acid
Phenadoxone	6-morpholino-4,4-diphenyl-3-heptanone
Phenampramide	<i>N</i> -(1-methyl-2-piperidinoethyl)-propionanilide
Phenazocine	2'-hydroxy-5,9-dimethyl-2-phenethyl-6,7-benzomorphan
Phenomorphin	3-hydroxy- <i>N</i> -phenethylmorphinan
Phenoperidine	1-(3-hydroxy-3-phenylpropyl)-4-phenylpiperidine-4-carboxylic acid ethyl ester
Piminodine	4-phenyl-1-(3-phenylaminopropyl)-piperidine-4-carboxylic acid ethyl ester
Piritramide	1-(3-cyano-3,3-diphenylpropyl)-4-(1-piperidino)-piperidine-4-carboxylic acid amide
Proheptazine	1,3-dimethyl-4-phenyl-4-propionoxyazacycloheptane
Propoperidine	1-methyl-4-phenylpiperidine-4-carboxylic acid isopropyl ester
Racemethorphan	(±)-3-methoxy- <i>N</i> -methylmorphinan
Racemoramide	(±)-4-[2-methyl-4-oxo-3,3-diphenyl-4-(1-pyrrolidinyl)-butyl]-morpholine

Racemorphan	(±)-3-hydroxy- <i>N</i> -met hylmorphinan
Sufentanil	<i>N</i> -[4-(methoxymethyl)-1-[2-(2-thienyl)-ethyl]-4-piperidyl]propio nanilide
Thebacon	acetyldihydrocodeinone
Thebaine	
Thiofantanyl	<i>N</i> -[1-[2-(2-thienyl)ethyl]-4-piperidyl]propionanilide
Tilidine	(±)-ethyl- <i>trans</i> -2-(dimethylamino)-1-phenyl-3-cyclohexene-1-carboxylate
Trimeperidine	1,2,5-trimethyl-4-phenyl-4-propionoxypiperidine; and

List of Drugs Included in Schedule II

Acetyldihydrocodeine	
Codeine	3- <i>O</i> -methylmorphine
Dextropropoxyphene	<i>alpha</i> -(+)-4-dimethylamino-1,2-diphenyl-3-methyl-2-butanol propionate
Dihydrocodeine	
Ethylmorphine	3- <i>O</i> -ethylmorphine
Nicocodine	6-nicotinylcodeine
Nicodicodine	6-nicotinyl-dihydrocodeine
Norcodeine	<i>N</i> -demethylcodeine
Pholcodine	morpholinylethylmorphine
Propiram	<i>N</i> -(1-methyl-2-piperidinoethyl)- <i>N</i> -2-pyridylpropionamide; and

List of Preparations Included in Schedule III

1. Preparations of:

Acetyldihydrocodeine,

Codeine,

Dihydrocodeine,

Ethylmorphine,

Nicodicodine,

Norcodeine, and

Pholcodine

6. Preparations of Diphenoxylate containing, per dosage unit, not more than 2.5 milligrams of diphenoxylate calculated as base and a quantity of atropine sulfate equivalent to at least 1 per cent of the dose of diphenoxylate.

7. Preparations of *Pulvis ipecacuanhae et opii compositus*

10 per cent opium in powder

10 per cent ipecacuanha root, in powder

well mixed with

80 per cent of any other powdered ingredient containing no drug.

8. Preparations conforming to any of the formulas listed in this Schedule and mixtures of such preparations with any material which contains no drug.

List of Drugs Included in Schedule IV

Acetorphine	3- <i>O</i> -acetyltetrahydro-7- <i>alpha</i> -(1-hydroxy-1-methylbutyl)-6,14- <i>endo</i> -orpavine
Acetyl-<i>alpha</i>-methylfentanyl	<i>N</i> -[1-(<i>alpha</i> -methylphenethyl)-4-piperidyl]acetanilide

Acetorphine	3- <i>O</i> -acetyltetrahydro-7- α -(1-hydroxy-1-methylbutyl)-6,14- <i>endo</i> -oripavine
<i>Alpha</i>-methylfentanyl	<i>N</i> -[1-(<i>alpha</i> -methylphenethyl)-4-piperidyl]propionanilide
<i>Alpha</i>-methylthiofentanyl	<i>N</i> -[1-[1-methyl-2-(2-thienyl)ethyl]-4-piperidyl]propionanilide
<i>Beta</i>-hydroxy-3-methylfentanyl	<i>N</i> -[1-(<i>beta</i> -hydroxyphenethyl)-3-methyl-4-piperidyl]propionanilide
<i>Beta</i>-hydroxyfentanyl	<i>N</i> -[1-(<i>beta</i> -hydroxyphenethyl)-4-piperidyl]propionanilide
Cannabis and Cannabis resin	
Desomorphine	dihydrodeoxymorphine
Etorphine	tetrahydro-7- <i>alpha</i> -(1-hydroxy-1-methylbutyl)-6,14- <i>endoetheno</i> -oripavine
Heroin	diacetylmorphine
Ketobemidone	4- <i>meta</i> -hydroxyphenyl-1-methyl-4-propionylpiperidine
3-methylfentanyl	<i>N</i> -(3-methyl-1-phenethyl-4-piperidyl)propionanilide; <i>cis-N</i> -(3-methyl-1(2-phenylethyl)-4-piperidyl)propionanilide; <i>trans-N</i> -(3-methyl-1-(2-phenylethyl)-4-piperidyl)propionanilide
3-methylthiofentanyl	<i>N</i> -(3-methyl-1-[2-(2-thienyl)ethyl]-4-piperidyl)propionanilide
MPPP	1-methyl-4-phenyl-4-piperidinol propionate (ester)
<i>Para</i>-fluorofentanyl	4'-fluoro- <i>N</i> -(1-phenethyl-4-piperidyl)propionanilide
PEPAP	1-phenethyl-4-phenyl-4-piperidinol acetate (ester)
Thiofentanyl	<i>N</i> -[1-[2-(thienyl)ethyl]-4-piperidyl]propionanilide;
