

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΕΘΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗ – ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η Ιατρική Κάνναβη στη διαχείριση του χρόνιου πόνου. Μια βιβλιογραφική ανασκόπηση και μια ποιοτική έρευνα σχετικά με τις αντιπαραθέσεις και τις ευκαιρίες για τους ασθενείς στην Ελλάδα.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΣ ΦΟΙΤΗΤΗΣ:

Αθανάσιος Βαϊόπουλος (20160115)

ΑΘΗΝΑ ΙΟΥΝΙΟΣ 2020

MASTER COURSE

“INTERNATIONAL MEDICINE – HEALTH CRISIS MANAGEMENT”

NATIONAL AND KAPODISTRIAN UNIVERSITY OF ATHENS

MEDICAL SCHOOL

DIPLOMA THESIS

Medical cannabis for chronic pain treatment. A literature review and a qualitative study on the controversies and opportunities for patients in Greece.

POST-GRADUATE STUDENT

Athanasios Vaiopoulos (20160115)

ATHENS JUNE 2020

ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΚΡΙΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΗΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Τ... Μεταπτυχιακ..... Φοιτητ..

-, Επιβλέπων
-, Μέλος
-, Μέλος

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή η οποία ορίσθηκε απο την ΓΣΕΣ της Ιατρικής Σχολής του Παν. Αθηνών Συνεδρίαση της^{ης} 20... για την αξιολόγηση και εξέταση τ... υποψηφίου κ..., συνεδρίασε σήμερα .../.../....

Η Επιτροπή διαπίστωσε ότι η Διπλωματική Εργασία τ. Κ... με τίτλο
.....
....., είναι πρωτότυπη, επιστημονικά και τεχνικά άρτια και η βιβλιογραφική πληροφορία ολοκληρωμένη και εμπειριστατωμένη.

Η εξεταστική επιτροπή αφού έλαβε υπ' όψιν το περιεχόμενο της εργασίας και τη συμβολή της στην επιστήμη, με ψήφους προτείνει την απονομή στον παραπάνω Μεταπτυχιακό Φοιτητή την απονομή του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης (Master's).

Στην ψηφοφορία για την βαθμολογία ο υποψήφιος έλαβε για τον βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» ψήφους, για τον βαθμό «ΛΙΑΝ ΚΑΛΩΣ» ψήφους, και για τον βαθμό «ΚΑΛΩΣ» ψήφους Κατά συνέπεια, απονέμεται ο βαθμός «(Αριστα/Λίαν Καλώς/Καλώς) & (Βαθμός).....».

Τα Μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής

-, Επιβλέπων (Υπογραφή)
-, Μέλος (Υπογραφή)
-, Μέλος (Υπογραφή)

ABSTRACT

BACKGROUND: Chronic pain has a substantial impact on the the Global Burden of Disease. The evidence of medical cannabis to treat chronic pain are contradicting and are constantly developing. Many states have already established medical cannabis prescription regimes.

METHODS: A qualitative study was performed between February and March 2020 to explore the subjective experience of the stakeholders on the medical use of cannabis to treat pain in the Greek context.

RESULTS: Eventually 4 semi-structured interviews were performed. Persons expressed their views and concerns many of which are in accordance with the existing literature.

DISCUSSION: After analysing the literature and the answers from the interviews suggestions were made for the patients, doctors, institutions and the state.

KEYWORDS: medical cannabis, chronic pain, greece

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο χρόνιος πόνος έχει σημαντικό αντίκτυπο στη υγεία διεθνών. Τα επιστημονικά δεδομένα για τη χρήση της ιατρικής κάνναβης στη θεραπεία του χρόνιου πόνου είναι αντιφατικά και αναπτύσσονται συνεχώς. Πολλά κράτη έχουν ήδη θεσπίσει τη συνταγογράφηση της ιατρικής κάνναβης.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ : Πραγματοποιήθηκε ποιοτική μελέτη μεταξύ Φεβρουαρίου και Μαρτίου 2020 για να διερευνηθεί η υποκειμενική εμπειρία των σχετικών φορέων στη χρήση της ιατρικής κάνναβης στη θεραπεία του χρόνιου πόνου στο ελληνικό πλαίσιο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τελικά πραγματοποιήθηκαν 4 ημι-δομημένες συνεντεύξεις. Τα άτομα εξέφρασαν τις απόψεις και τις ανησυχίες τους πολλές από τις οποίες είναι σύμφωνες με την υπάρχουσα βιβλιογραφία.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Μετά από ανάλυση της βιβλιογραφίας και των απαντήσεων από τις συνεντεύξεις έγιναν προτάσεις για τους ασθενείς, τους γιατρούς, τους επιστημονικούς φορείς και το κράτος.

ΚΛΕΙΔΙΑ: ιατρική κάνναβη, χρόνιος πόνος, Ελλάδα

GREEK SUMMARY / ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ

Το φυτό Cannabis Sativa καλλιεργείται από την ανθρωπότητα για χιλιάδες χρόνια. Κατά τη διάρκεια του εικοστού αιώνα η Κάνναβη τοποθετήθηκε από τα Ηνωμένα Έθνη στις παράνομες ουσίες. Τη δεκαετία του 1990 η ανακάλυψη του ενδοκανναβονοειδούς συστήματος και των υποδοχέων των κανναβινοειδών επανέφερε το επιστημονικό ενδιαφέρον για την κάνναβη (Pisanti and Bifulco, 2017).

Η αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου φάνηκε τότε πως είναι ένα από τα πιθανά πεδία εφαρμογής της Ιατρικής Κάνναβης. Ο χρόνιος πόνος αποτελεί την πιο σπουδαία αιτία νοσηρότητας και αναπηρίας παγκοσμίως και πολύ συχνά η έρευνα για τον πόνο έχει χαμηλή προτεραιότητα (Rice, Smith and Blyth, 2016). Η Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Πόνου σε κατευθυντήριες οδηγίες που ανακοίνωσε τον Ιούλιο του 2018, υποστηρίζει πως φάρμακα που βασίζονται στην κάνναβη μπορεί να υπολογιστούν ως τρίτης γραμμής θεραπεία για τον χρόνιο νευροπαθητικό πόνο ενώ σε εξαιρετικές περιπτώσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν δοκιμαστικά για τον χρόνιο μη νευροπαθητικό μη καρκινικό πόνο σε περίπτωση που οι άλλες θεραπείες έχουν αποτύχει (Häuser, Winfried et al. 2018).

Η Ιατρική Κάνναβη περιλαμβάνει ολόκληρα φυτά κάνναβης ή παράγωγα τους όπως έλαια, βάμματα, κάψουλες, εμπλουτισμένα τρόφιμα με διάφορες περιεκτικότητες σε THC. Με δεδομένα έως τον Μάρτιο 2020 η ιατρική κάνναβη (περιεκτικότητα άνω 0,2% THC) είναι νόμιμη σε 23 χώρες παγκοσμίως και σε 33 πολιτείες των ΗΠΑ. Αντικείμενο της παρούσας έρευνας είναι να διερευνηθούν οι στάσεις και οι απόψεις εκπροσώπων φορέων που σχετίζονται με το ζήτημα της χρήσης της ιατρικής κάνναβης για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου.

Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

Η κάνναβη καλλιεργείται εδώ και χιλιάδες χρόνια, με καταγραφές για την ιατρική χρήση της στην Κίνα από το 2700 ΠΧ (Hand, A. et al, 2016). Από την Κίνα στην Ινδία κι από εκεί στις Αραβικές χώρες και την Αφρική, η κάνναβη ταξίδεψε με το εμπόριο και η χρήση της για την αντιμετώπιση της ελονοσίας, του πυρετού και του άσθματος επικράτησε (Zuardi, 2006). Στις αρχές του 19ου αιώνα ο Ιρλανδός Ιατρός William O'Shaughnessy αφού μέλετησε την Κάνναβη στην Ινδία τη χρησιμοποίησε και βοήθησε στη διάδοση της στην Ευρώπη και τη

Βόρεια Αμερική (Zuardi, 2006). Η ευρεία χρήση της Κάνναβης από πολλές μειονότητες οδήγησε στην απαγόρευση της χρήσης της. Το 1961 τα Ηνωμένα Έθνη αποφάσισαν πως η χρήση της κάνναβης πρέπει να απαγορευτεί το συντομότερο δυνατό. Παρόλα αυτά η παράνομη χρήση της Κάνναβης συνέχισε να είναι διαδεδομένη παγκοσμίως.

Στη δεκαετία του 1990 το επιστημονικό ενδιαφέρον για την Κάνναβη αναζωπυρώθηκε μετά την ανακάλυψη τον ενδοκανναβινοειδούς συστήματος (Pisanti and Bifulco, 2017). Το ενδοκανναβινοειδές σύστημα λειτουργεί με την αλληλεπίδραση των κανναβινοειδών με τους υποδοχείς CB1 (στους νευρώνες) ή τους CB2 (σε κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος) (Burston and Woodhams, 2013). Οι υποδοχείς του ενδοκανναβινοειδούς συστήματος βρίσκονται σε αρκετά στάδια του μονοπατιού της αγωγής του πόνου και φαίνεται πως η ενεργοποίηση του οδηγεί σε μείωση της αγωγής του πόνου (Burston and Woodhams, 2013). Το THC και το CBD είναι τα πιο καλά μελετημένα φυτοκανναβινοειδή και βρίσκονται σε πληθώρα στο φυτό της Κάνναβης. Το THC ευθύνεται για τις ψυχοτρόπες δράσεις της Κάνναβης.

Τα παράγωγα του φυτού της Κάνναβης με THC άνω του 0,2% είναι οι πιο δημοφιλείς παράνομες ουσίες διεθνώς σύμφωνα με το World Drug Report 2019. Ο επιπολασμός της χρήσης Κάνναβης διεθνώς παραμένει σταθερός τα τελευταία χρόνια ενώ ο συνολικός αριθμός χρηστών έχει αυξηθεί κατά 30% από το 1998. Μία έρευνα από τους Patrick, Bray and Berglund (2016) υπογραμμίζει πως 4 είναι τα πιο συχνά αίτια έναρξης της χρήσης της η ανάγκη να νιώσει κανείς καλά ή να “ανέβει”, η διασκέδαση με φίλους, ο πειραματισμός και η χαλάρωση. Στην Ευρώπη υπολογίζεται πως το 27,4% των ενηλίκων έχουν δοκιμάσει Κάνναβη. Ο επιπολασμός στους νέους κυμαίνεται από το 3,5% στην Ουγγαρία έως το 21,8% στη Γαλλία (European Drug Report, 2019). Ο αριθμός των ανθρώπων που απευθύνονται σε προγράμματα για να περιορίσουν τη χρήση τους έχει αυξηθεί τον τελευταίο καιρό (Manthey, 2019). Σύμφωνα με το Country Drug Report 2019 της Ελλάδας στο EM-CDDA, η Κάνναβη είναι η πιο διαδεδομένη παράνομη ουσία στην Ελλάδα. Πιο συγκεκριμένα ο επιπολασμός ανα ηλικιακή ομάδα είναι 3,1% (15-24), 5,6%(25-34), 3,7% (35-44), 1,7% (45-54) και 0,6% (55-64). Τα “νόμιμα” προϊόντα κάνναβης με CBD και THC κάτω του 0,2% κυκλοφορούν στην Ευρωπαϊκή αγορά ως συμπληρώματα διατροφής και είναι πολύ διαδεδομένα (Manthey, 2019).

Η χρήση Κάνναβης για “ψυχαγωγικούς” σκοπούς δεν σχετίζεται με θανάτους από υπερβολικές δόσεις, αλλά επηρεάζει την υγεία των χρηστών (Dehago, Massoure and Fourcade, 2013). Η χρόνια χρήση σχετίζεται με χαμηλή αρτηριακή πίεση και σφύξεις και υψηλή

συχνότητα χρόνιας βρογχίτιδας λόγω του συνδυασμού με καπνό. Έρευνες σε κύτταρα δείχνουν πως τα κανναβονοειδή εμφανίζουν κάποιες ανοσοκατασταλτικές ιδιότητες έως το ρίσκο εμφάνισης σχιζοφρένειας φαίνεται πως είναι δόσοεξαρτώμενο (Deharo, Massoure and Fourcade, 2013).

Τα επιστημονικά δεδομένα για τη χρήση της ιατρικής κάνναβης για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου είναι κάπως αντικρουόμενα. Οι Andreae et al. (2015) υποστηρίζουν σε μια μετά-ανάλυση δεδομένων 5 RCTs πως οι ασθενείς που έκαναν χρήση εισπνεόμενης κάνναβης ανέφεραν μια μείωση του πόνου της τάξεως του 30% με OR=3.2 σε σχέση με την ομάδα του placebo. Οι Mucke et al., 2018a υποστηρίζουν τα κανναβινοειδή αύξησαν το ποσοστό των ασθενών που αναφέρουν 50% μείωση στο πόνο σε σχέση με 17% έως 21% στο placebo. Οι Stockings et al. (2018) σε μια ανασκόπηση κλινικών δοκιμών και μελετών παρατήρησης μελέτης της κάνναβης για την αντιμετώπιση του χρόνιου μη καρκινικού πόνου, με 9958 συμμετέχοντες αναφέρουν πως τα δεδομένα είναι ακόμη ανεπαρκή για τη χρήση κάνναβης στην αντιμετώπιση του πόνου. Η έρευνα των Romero-Sandoval, Kolano and Alvarado-Vázquez (2017) καταλήγει πως σύμφωνα με τα δικά τους δεδομένα η εισπνεόμενη κάνναβη μπορεί να είναι μία από τις επιλογές για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου. Δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για τη δοσολογία αλλά πιθανώς THC κάτω του 15% (που είναι το σύννηθες) μπορεί να έχει οφέλη για τους ασθενείς.

Η Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Πόνου δημοσίευσε τον Ιούλιο του 2018 τη θέση της για τη χρήση της Κάνναβης στη διαχείριση του χρόνιου πόνου (Häuser, Winfried et al. 2018). Τα κανναβινοειδή μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως τρίτης γραμμής θεραπεία για το χρόνιο νευροπαθητικό πόνο. Παρόλα αυτά υπάρχουν ακόμη πολλά ερευνητικά κενά σχετικά με την αποτελεσματικότητα, τη δοσολογία και την ασφάλεια ενώ η υπάρχουσα νομοθεσία δυσχαιρένει την έρευνα. Για το χρόνιο μη καρκινικό μη νευροπαθητικό πόνο μπορεί να χρησιμοποιηθεί δοκιμαστικά εφόσον οι υπάρχουσες θεραπείες έχουν αποτύχει με πολύ στενή ιατρική παρακολούθηση. Ως απόλυτες αντενδείξεις ορίζονται η εγκυμοσύνη και το ιστορικό υπερευαισθησίας ενώ το ιστορικό ψυχικής νόσου και καρδιαγγειακής νόσου αποτελούν σχετικές αντενδείξεις.

Η θεραπεία με ιατρική κάνναβη απαιτεί στενή ιατρική παρακολούθηση και συνεργασία. Η χρήση των Κανναβινοειδών χωρίς ιατρική καθοδήγηση είναι πολύ συνηθισμένη και οι γιατροί που ασχολούνται με τον πόνο θα πρέπει να είναι προετοιμασμένοι κατάλληλα (Meffert et al., 2019). Συχνά η έρευνα στην Κάνναβη συνήθως δεν εστιάζει στην ποικιλομορφία των φυτών της Κάνναβης και τους συνδυασμούς των κανναβινοειδών (Meffert et al.,

2019). Οι Sagy et al., 2018 υποστηρίζουν πως η έλλειψη δεδομένων και η αβεβαιότητα σχετικά με την ιατρική χρήση της κάνναβης φέρνει σε δύσκολη θέση τους ιατρούς, καθώς δεν υπάρχουν ξεκάθαρες οδηγίες για τη δοσολογία, τις δράσεις και τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες. Ταυτόχρονα, σε περιοχές, όπου η ιατρική κάνναβη είναι νόμιμη επικρατεί μερικές φορές η αίσθηση στους ασθενείς πως είναι και απόλυτα ασφαλής για όλους. Η συστηματική έρευνα των Nugent et al., 2017 καταλήγει πως οι βλάβες που μπορεί να προκαλέσει η ιατρική κάνναβη είναι περιορισμένες ειδικά σε σύγκριση με τα οπιοειδή που μπορεί σε μεγάλες δόσεις να προκαλέσουν και θάνατο. Δυστυχώς όμως τα δεδομένα δεν είναι ακόμη επαρκή για τη μακροχρόνια χρήση της ιατρικής κάνναβης και περαιτέρω έρευνα είναι αναγκαία.

Ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών και ο Παγκόσμιος Οργανισμός χαράσσουν πολιτικές που επηρεάζουν τα κράτη μέλη. Η κατάταξη της Κάνναβης, του MDMA και του LSD στις απαγορευμένες από τον ΟΗΕ ουσίες εμποδίζει την επιστημονική έρευνα για τις πιθανές ιατρικές τους χρήσεις (Nutt, 2015). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας πρότεινε στον ΟΗΕ τη μεταφορά της Κάνναβης στις ελεγχόμενες ουσίες για τις οποίες επιτρέπεται η ιατρική έρευνα χωρίς πολλά εμπόδια (WHO Expert Committee on Drug Dependence, 2019). Η ψήφιση για τη υιοθέτηση της αλλαγής από το ΟΗΕ έχει αναβλαβεί για το Δεκέμβριο 2020 (Bear-McGuinness, 2020).

Οι Ευρωπαϊκοί θεσμοί συνηγορούν την ιατρική χρήση της κάνναβης. Τον Φεβρουάριο 2019 στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο εγκρίθηκε ψήφισμα που υποστηρίζει πως τα οικονομικά, νομικά και κοινωνικά εμπόδια στην έρευνα για την ιατρική κάνναβη θα πρέπει να αντιμετωπιστούν, τα φάρμακα που βασίζονται στην κάνναβη θα πρέπει να καλύπτονται από τα συστήματα υγείας και οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να εκπαιδευτούν με βάση τα πρόσφατα επιστημονικά δεδομένα (Watson, 2019). Η σωστή ρύθμιση της ιατρικής κάνναβης θα προσφέρει κέρδη στα κράτη, θα περιορίσει τη μαύρη αγορά και θα διασφαλίσει την ποιότητα των προϊόντων.

Το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης των Ναρκωτικών και των Εξαρτήσεων δημοσίευσε το Δεκέμβριο του 2018 μια πλήρη αναφορά σχετικά με την Ιατρική Κάνναβη (EMCDDA, 2018). Περιλαμβάνει την πλήρη γκάμα των πιθανών εφαρμογών της ιατρικής κάνναβης, τα επιστημονικά δεδομένα, τα προϊόντα και τα φαρμακευτικά σκευάσματα αλλά και τις πολιτικές που έχουν εφαρμοστεί σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες (EMCDDA, 2018). Οι πολιτικές αυτές κυμαίνονται από την πλήρη απελευθέρωση την ψυχαγωγικής κάνναβης έως την πλήρη απαγόρευση. Κάποιες χώρες δίνουν τη δυνατότητα σε ειδικά

εκπαιδευμένους ιατρούς να χορηγήσουν στους ασθενείς τους σκευάσματα κάνναβης το οποία και καλύπτονται μερικώς από το σύστημα υγείας.

Η Ελλάδα βρίσκεται σε μεταβατικό στάδιο σε σχέση με την κάνναβη. Ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων έχει εκδόσει Core SmPC για τα προϊόντα κάνναβης με περιεκτικότητα σε THC άνω του 0,2% παρόλα δεν κυκλοφορεί ακόμη τέτοιο φάρμακο στην αγορά (Πυρήνας Περίληψης Χαρακτηριστικών Τελικών Προϊόντων Φαρμακευτικής Κάνναβης, 2020). Η μόνη πρόσβαση στην ιατρική κάνναβη είναι μέσω της μαύρης αγοράς. Η Ελλάδα επίσης επιτρέπει την καλλιέργεια για την παραγωγή παραγωγή ιατρικής κάνναβης με έκδοση ειδικής άδειας από ιδιώτες (The European Cannabis Report, 2020).

Ποιοτική έρευνα

Ερευνητική ερώτηση: Ποιες είναι οι αντιληπτές αντιπαραθέσεις και ευκαιρίες σχετικά με τη χρήση ιατρικής κάνναβης για τη διαχείριση του χρόνιου πόνου από την οπτική γωνία των επαγγελματιών διαχείρισης πόνου που εργάζονται στην Αθήνα, την Ελλάδα και άλλους ενδιαφερόμενους;

Στόχοι:

1. Διεξαγωγή βιβλιογραφικής ανασκόπησης για την ιατρική κάνναβη και τη θεραπεία χρόνιου πόνου.
2. Η δημιουργία ενός οδηγού συνέντευξης με βάσει την βιβλιογραφική ανασκόπηση.
3. Η διεξαγωγή συνεντεύξεων και η ανάλυση των δεδομένων.
4. Η δημοσιοποίηση των ευρημάτων στην ιατρική κοινότητα.

Πραγματοποιήθηκε ποιοτική έρευνα η οποία επιτρέπει την αναλυτική εξερεύνηση των υποκειμενικών εμπειριών, των ιδεών και των αντιλήψεων των ατόμων που συμμετέχουν (Pope et al., 1995). Ο πληθυσμός στόχος ήταν οι εκπρόσωποι φορέων που σχετίζονται με την ιατρική κάνναβη και την ιατρική διαχείριση του χρόνιου πόνου. Για τη δειγματοληψία εφαρμόστηκε “purposful sampling” όπως συνηθίζεται στην ποιοτική έρευνα, όπου ο πληθυσμός επιλέγεται από τον ερευνητή ώστε να περιλαμβάνει άτομα σχετικά με το φαινόμενο που μας ενδιαφέρει (Palinkas et al., 2013).

Αρχικά επιλέχθηκαν 8 φορείς, δημόσιες δομές, οργανώσεις ιατρών και μη κυβερνητικές οργανώσεις.

1. Το Υπουργείο Υγείας
2. Ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων
3. Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος
4. Η Ελληνική Εταιρεία Αλγολογίας
5. Η Ελληνική Εταιρεία Θεραπείας Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας
6. Ο Σύλλογος Μαμάκα - Μαμάδες για την Κάνναβη
7. Ο Σύλλογος Ασθενών Ίαμα
8. Το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων

Η επικοινωνία με κάθε φορέα έγινε μέσω email, το αρχικό email επικοινωνίας παρουσίαζε αναλυτικά την έρευνα και τις ερωτήσεις τις οποίες θα κληθεί ο εκπρόσωπος να απαντήσει. Οι ερωτήσεις προσαρμόστηκαν στην εμπειρία του κάθε ατόμου.

Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν το Φεβρουάριο και το Μάρτιο 2020, στα ελληνικά, είχαν διάρκεια περίπου 15 έως 25 λεπτά και ηχογραφήθηκαν με άδεια. Οι ερωτήσεις είναι διαθέσιμες στο ANNEX II. Μετά από κάθε συνέντευξη ζητήθηκε από τους εκπροσώπους εάν θα μπορούσαν να προτείνουν και οι ίδιοι κάποιον για την έρευνα. Οι απομαγνητοφωνήσεις διαβάστηκαν πολλές φορές και οι απαντήσεις τοποθετήθηκαν σε συγκεκριμένες θεματικές ομάδες (Polit and Beck, 2010).

Αποτελέσματα: Συνολικά πραγματοποιήθηκαν 4 συνεντεύξεις. Ο κ. Παπαναστασίου εκπροσώπησε το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων. Είναι ο υπεύθυνος του Τομέα Έρευνας ΚΕΘΕΑ. Η κ Βαγδατλή επιλέχθηκε από την Ελληνική Εταιρεία Αλγολογίας. Είναι η πρόεδρος της Εταιρείας και αναισθησιολόγος με εμπειρία στην διαχείριση του πόνου. Η κ. Πόιτρας επιλέχθηκε από το Σύλλογο Μαμάκα - Μαμάδες για την Κάνναβη. Είναι η πρόεδρος του συλλόγου. Η επικοινωνία με την κ. Καραναστάση έγινε μετά από προτροπή της κ. Βαγδατλή. Η κ. Καραναστάση είναι αναισθησιολόγος με εμπειρία στη χρήση προϊόντων κάνναβης στη διαχείριση του χρόνιου πόνου και μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου της Ελληνικής Αναισθησιολογικής Εταιρείας.

Τα πρακτικά των συνεντεύξεων είναι διαθέσιμα στο ANNEX IV. Χρησιμοποιώντας το μοντέλο της θεματικής ανάλυσης οι απαντήσεις μπορούν να ομαδοποιηθούν σε κατηγορίες. Τα κυριότερα ευρήματα ακολουθούν.

Η επιστημονική έρευνα για την ιατρική κάνναβη είναι δύσκολο να σχεδιαστεί αλλά είναι αναγκαία

- Ο σχεδιασμός επιστημονικής έρευνας για την αποτελεσματικότητα της ιατρικής κάνναβης στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου δεν είναι καθόλου εύκολος κι επιπλέον έρευνα είναι απαραίτητη για την καλύτερη κατανόηση της δράσης του THC και του CBD.
- Η κατηγοροποίηση της Κάνναβης στις αυστηρά ελεγχόμενες “παράνομες” ουσίες δυσχαιρένει την ιατρική έρευνα.
- Η Ιατρική Κάνναβη είναι στην πραγματικότητα μία “κατηγορία φαρμάκων” μιας και αντιπροσωπεύει διαφορετικές δραστικές ουσίες και συνδυασμούς.

Οι ασθενείς συχνά καταφεύγουν από μόνοι τους στην κάνναβη χωρίς ιατρική καθοδήγηση.

- Οι ασθενείς πολύ συχνά χρησιμοποιούν μόνοι τους τα προϊόντα της κάνναβης αναζητώντας ανακούφιση. Στις μέρες μας υπάρχει εύκολη πρόσβαση ακόμη και στο παράνομο εμπόριο και πολλές πληροφορίες στο διαδίκτυο.
- Τα αποτελέσματα έχουν μεγάλη ετερογένεια στους ασθενείς, αυτό μπορεί να οφείλεται σε προβλήματα στη δοσολογία ή στην επιλογή ακατάλληλης ποικιλίας του φυτού.
- Ο πόνος είναι η συχνότερη αιτία που ζητά κανείς βοήθεια από το σύλλογο ΜΑΜΑΚΑ.

Η ιατρική κοινότητα στην Ελλάδα με κάποιες εξαιρέσεις, δεν έχει αποδεχθεί ακόμη την ιατρική κάνναβη στη διαχείριση του χρόνιου πόνου.

- Η θεραπεία με κάνναβη απαιτεί συνεργασία πολλών ιατρικών ειδικοτήτων, η θεραπεία θα πρέπει να γίνεται με επιστημονική προσέγγιση χωρίς κοινωνικό στίγμα.
- Η Ελληνική Εταιρεία Αλγολογίας δεν υποστηρίζει την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου με παράγωγα της κάνναβης. Η πρόεδρος της εταιρείας αναφέρει πως “υπάρχουν κάποιες ενδείξεις οι οποίες θα πρέπει να γίνει αποδείξεις”.
- Υποστηρίχθηκε ακόμη πως οι γιατροί νιώθουν άβολα όταν οι ασθενείς τους ρωτούν για την κάνναβη καθώς δεν έχουν στα χέρια τους αδιάσειστα επιστημονικά τεκμήρια για την κάνναβη.

- Μια άλλη γιατρός με προσωπική εμπειρία στην χορήγηση κάνναβης παρουσίασε κάποια παραδείγματα όπου η χορήγηση παραγώγων κάνναβης εμφάνισε θετικά αποτελέσματα (τα άτομα με εξάρτηση στα οπιοειδή, μικρές δόσεις CBD σε ηλικιωμένους και περιπτώσεις όπου οι κλασσικές θεραπείες δεν αρκούν).

Οι προκαταλήψεις σχετικά με την ιατρική κάνναβη παραμένουν, αλλά περιμένουμε η ελληνική κοινωνία να συμπεριφερθεί όπως άλλες στην Ευρώπη

- Αναφέρθηκε πως πολύ συχνά δεν “κάνουμε ψύχραιμη συζήτηση” σχετικά με την κάνναβη.
- Οι επαγγελματίες υγείας που δουλεύουν σε προγράμματα απεξάρτησης από την κάνναβη ίσως νιώσουν απειλή προς το έργο τους με τη διάδοση της ιατρικής κάνναβης. Χρειάζεται να υπάρξουν σαφή όρια μεταξύ ιατρικής και ψυχαγωγικής κάνναβης.
- Πιθανολογείται πως η ελληνική κοινωνία συμπεριφέρεται όπως οι άλλες ευρωπαϊκές και πως δε θα προκληθούν κοινωνικές αντιδράσεις με τη διάδοση της ιατρικής κάνναβης εφόσον γίνει επιστημονικά και τεκμηριωμένα.

Ξεκάθαροι κανονισμοί και βασισμένοι σε επιστημονική δεδομένα σχετικά με την ιατρική κάνναβη είναι αναγκαίοι

- Αναφέρθηκε πως ξεκάθαροι κανονισμοί σχετικά με την καλλιέργεια, την κατοχή, τη διανομή και την ιατρική συνταγογράφηση είναι αναγκαίοι. Η διανομή της ιατρικής κάνναβης θα πρέπει να πρέπει να ακολουθεί κρατικούς κανόνες και όχι τη λογική της ελεύθερης αγοράς. Ουσίες όπως τα οπιοειδή που χορηγούνται για ιατρικούς σκοπούς ρυθμίζονται με καλό πλαίσιο ήδη.
- Ένα παράδειγμα του πως η πολιτική επηρεάζει την επιστήμη είναι ο ορισμός του όριου του 0,2% THC στη νομιμότητα των προϊόντων της κάνναβης. Δεν υπάρχει επιστημονική τεκμηρίωση πως άνω του 0,2% THC εμφανίζεται “επικίνδυνη” δράση. Το όριο αυτό θέσπισε ο ΟΗΕ στη δεκαετία του 1970 καθώς η τεχνολογία της εποχής δεν επέτρεπε την ανίχνευση ουσίας σε ποσοστό κάτω του 0,2%.

Συμπεράσματα: Το ενδοκανναβινοειδές σύστημα έχει μελετηθεί εκτενώς και υπάρχουν αρκετά μοντέλα για το πως μπορεί να εμπλέκεται στην αγωγή του πόνου (Mallik-Searle and St. Marie, 2019). Τα δεδομένα για την τεκμηρίωση της χρήσης της ιατρικής κάνναβης

στη διαχείριση του χρόνιου πόνου είναι προς το παρόν αποσπασματικά. Πολλοί ερευνητές προτείνουν τη χρήση της σε ατομικό και δοκιμαστικό επίπεδο ενώ άλλοι δεν ακόμη πεπεισμένοι. Η έρευνα για την κάνναβη συχνά εστιάζει στο φυτό και όχι σε ειδικές ποικιλίες ή συγκεκριμένους συνδυασμούς κανναβινοειδών, κάνοντας τα αποτελέσματα αβέβαια. (Meffert et al., 2019).

Στις συνεντεύξεις αναφέρθηκε πως δεν έχουμε ακόμη στα χέρια μας αδιάσειστα τεκμήρια για τη χρήση της ιατρικής κάνναβης στη διαχείριση του χρόνιου πόνου. Αναφέρθηκε πως η κατάσταση της στις αυστηρά ελεγχόμενες ουσίες και η ετερογένεια της είναι βασικά εμπόδια στην έρευνα. Όσο περισσότερες χώρες επιτρέπουν την ιατρική χρήση της κάνναβης τόσο πιο πολύ αναμένεται να αυξηθούν τα επιστημονικά δεδομένα. Ένα παράδειγμα είναι το εθνικό μητρώο ιατρικής κάνναβης στο Ηνωμένο Βασίλειο το οποίο αναμένεται έως το 2021 να δώσει μία καλύτερη τεκμηρίωση στην αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια της ιατρικής κάνναβης (Project Twenty21, 2019).

Στις συνεντεύξεις τονίστηκε από όλους όλους πως κάποιοι ασθενείς ήδη προμηθεύονται την κάνναβη χωρίς ιατρική παρακολούθηση για να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα τους ενώ όλο και περισσότεροι ρωτούν το γιατρό τους για τις χρήσεις της, όπως υποστηρίζεται ήδη από τη βιβλιογραφία. Θα πρέπει να έχουμε υπόψιν μας πως η κάνναβη είναι το πιο διαδεδομένο “ναρκωτικό” και υπάρχουν πολλά παράνομα δίκτυα για την προμήθεια του (Manthey, 2019). Η ιατρική καθοδήγηση στη χρήση της είναι από ότι φαίνεται πιο ασφαλής για τους ασθενείς.

Στις συνεντεύξεις συμμετείχαν δύο ιατροί με εμπειρία στη διαχείριση του χρόνιου πόνου. Η μια δεν την προτείνει στους ασθενείς της μιας και τα επιστημονικά δεδομένα δεν είναι ακόμη σαφή ενώ η άλλη χρησιμοποιεί κάποιες φορές την ιατρική κάνναβη ή το CBD στις θεραπευτικές της προσεγγίσεις. Υποστηρίχθηκε ακόμη, πως το ζήτημα με την ιατρική κάνναβη κάνει τους ιατρούς να νιώθουν άβολα γιατί οριστικά δεδομένα δεν υπάρχουν ακόμη και οι ασθενείς συχνά έχουν πολλές ερωτήσεις για τις οποίες δεν υπάρχει απάντηση. Αυτό ακριβώς υποστηρίζει και η έρευνα των Sagy et al. (2018) πως οι γιατροί αναφέρουν πως νιώθουν άβολα.

Η ανάγκη για μια διεπιστημονική προσέγγιση και μια πολύ στενή συνεργασία μεταξύ του γιατρού και του ασθενούς τονίστηκε και αντικατοπτρίζει τη πολύπλοκη φύση του πόνου και της ιατρικής κάνναβης. Αυτό υποστηρίζεται επίσης από μια ανασκόπηση από τους Mac-Callum και Russo, 2018 σχετικά με πρακτικά ζητήματα στη χορήγηση και τη δοσολογία της ιατρικής κάνναβης. Εκφράστηκαν επίσης ανησυχίες σχετικά με την ασφάλεια της ιατρικής

κάνναβης. Μια συστηματική ανασκόπηση των γενικών βλαβών (Nugent et al., 2017) καταλήγει στο συμπέρασμα ότι τα στοιχεία για πιθανές βλάβες είναι περιορισμένα, συνήθως ο πληθυσμός που λαμβάνει ιατρική κάνναβη μπορεί να είναι ηλικιωμένος και χρόνια άρρωστος, και οι δοσολογίες δεν είναι εύκολο να προσδιοριστούν. Οι ασθενείς που λαμβάνουν ιατρική κάνναβη θα πρέπει να είναι καλά ενημερωμένοι σχετικά με τις πιθανές παρενέργειες και ότι δεν υπάρχουν αρκετά στοιχεία για μακροπρόθεσμες βλάβες.

Αναφέρθηκε επίσης ότι υπάρχουν πολλές παρανοήσεις σχετικά με την ιατρική χρήση της κάνναβης και μερικές φορές οι επιστημονικές συζητήσεις μπορεί να καταλήξουν να βασίζονται σε προσωπικές πεποιθήσεις και προκαταλήψεις. Η νομιμοποίηση της ιατρικής κάνναβης δεν σημαίνει ότι η ψυχαγωγική χρήση ενθαρρύνεται και επιτρέπεται από το κράτος. Ωστόσο, η νομιμοποίηση της ιατρικής κάνναβης μπορεί εσφαλμένα να ερμηνευθεί ότι η κάνναβη για ψυχαγωγικούς σκοπούς είναι ασφαλής τώρα και το κράτος την προωθεί. Όπως με όλα τα φάρμακα, η χρήση τους πρέπει να παρακολουθείται από ιατρό και να προσαρμόζεται για κάθε ασθενή.

Αναμένεται πως η ελληνική κοινωνία θα είναι έτοιμη να δεχτεί ένα καλά μελετημένο και οργανωμένο πλαίσιο βασισμένο σε επιστημονικά στοιχεία. Υπάρχει εμπιστοσύνη στην πολιτεία για τον καθορισμό ενός ασφαλούς συστήματος ρύθμισης, καθώς άλλες απαγορευμένες ουσίες βρίσκονται ήδη σε ιατρική χρήση και ελέγχονται πολύ καλά. Δυστυχώς στις συνεντεύξεις δεν σχολιάστηκαν εκτενώς οι κρατικές ρυθμίσεις ή τα πιθανά ιατρικά καθεστώτα συνταγογράφησης κάνναβης που μπορούν να εφαρμοστούν στην Ελλάδα.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία δεν υπάρχει κάποιο συγκεκριμένο ευρωπαϊκό πλαίσιο για την ιατρική κάνναβη (EMCDD, 2018). Ορισμένες χώρες έχουν πολύ “προοδευτικές” πολιτικές για την ιατρική και τη ψυχαγωγική κάνναβη, άλλες έχουν πολιτικές που υποστηρίζουν ιατρική κάνναβη με κρατική αποζημίωση ή όχι, άλλες βρίσκονται στη διαδικασία ανάπτυξης καθεστώτων συνταγογράφησης ιατρικής κάνναβης και άλλες δεν έχουν καθόλου πολιτική και απαγορεύουν την κάνναβη σε όλες τις περιπτώσεις. Η ποικιλία στις πολιτικές αυτές έχει τις ρίζες της σε κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές πεποιθήσεις.

Προτάσεις

Για τους ασθενείς

- Σε καμία περίπτωση τα άτομα με χρόνια πόνο δεν πρέπει να “αυτοθεραπεύονται” με κάνναβη χωρίς πρώτα να συμβουλευτούν το γιατρό τους.
- Οι ασθενείς που αναζητούν “θεραπεία” με ιατρική κάνναβη πρέπει να καταλάβουν ότι υπάρχουν πολλές αποτελεσματικές και ασφαλείς θεραπείες για τη διαχείριση χρόνιου πόνου, οι οποίες είναι καλύτερα ερευνημένες από την ιατρική κάνναβη.

Για τους ιατρούς

- Οι γιατροί που εργάζονται στη διαχείριση του πόνου θα πρέπει να ακολουθούν τα πρόσφατα επιστημονικά στοιχεία και να αναζητούν συνεχή εκπαίδευση σχετικά με την ιατρική κάνναβη
- Η θεραπεία του πόνου απαιτεί μια ολοκληρωμένη διεπιστημονική προσέγγιση και η ιατρική κάνναβη μπορεί να είναι χρήσιμο εργαλείο σε ορισμένες περιπτώσεις.

Για τα επιστημονικά ιδρύματα

- Πρόσθετη έρευνα είναι απαραίτητη για την καλύτερη κατανόηση της θέσης της ιατρικής κάνναβης στη θεραπεία του χρόνιου πόνου.
- Η έρευνα για ιατρική κάνναβη πρέπει να εστιάζει σε δράσεις, ενδείξεις, δοσολογίες, ανεπιθύμητες ενέργειες και αλληλεπιδράσεις φαρμάκων.
- Η κατάρτιση των επαγγελματιών του ιατρικού τομέα στην ιατρική κάνναβη θα πρέπει να υποστηριχθεί

Για τις κρατικές αρχές

- Τα κράτη θα πρέπει να εφαρμόζουν ένα προσεκτικό σχέδιο για την ιατρική κάνναβη, λαμβάνοντας υπόψη τα διαθέσιμα στοιχεία, τις επιστημονικές οδηγίες και την εμπειρία από άλλα κράτη.
- Πρέπει να υποστηρίξουν την έρευνα για θεραπείες χρόνιου πόνου και να επιτρέψουν ένα στενό πρωτόκολλο παρακολούθησης σχετικά με την αποτελεσματικότητα και τις παρενέργειες της ιατρικής κάνναβης.

TABLE OF CONTENTS

ABSTRACT	p. 6
GREEK SUMMARY	p. 8
INTRODUCTION	p. 20
METHODOLOGY	p. 21
A REVIEW ON MEDICAL CANNABIS AND CHRONIC PAIN	p. 25
QUALITATIVE STUDY	p. 43
RESULTS	p. 43
CONCLUSION / DISCUSSION	p. 47
SUGGESTIONS	p. 50
LIMITATIONS	p. 51
ACKNOWLEDGEMENTS	p. 51
CONFLICT OF INTEREST	p. 51
REFERENCES	p. 52
ANNEX I - DEFINITIONS & ABBREVIATIONS	p. 60
ANNEX II - QUESTIONS FOR THE STAKEHOLDERS	p. 63
ANNEX III - FIGURES	p. 65
ANNEX IV - THE TRANSCRIPTS OF THE INTERVIEWS	p. 74

INTRODUCTION

Cannabis Sativa has been cultivated since thousands of years, and was widely used in medicine. The United Nations Single Convention on Narcotic Drugs in 1961, declared that the use of cannabis must be discontinued. In the 1990s the scientific interest in cannabis was revived following the discovery of the receptors for cannabinoids and the endo-cannabinoid system, the biological target of phytocannabinoids (Pisanti and Bifulco, 2017). The treatment of chronic pain seemed to be one of the possible fields of application of medical cannabis. Analysing the results of the Global Burden of Disease Study (2013) authors Rice, Smith and Blyth suggest that chronic pain is clearly the most important current and future cause of morbidity and disability across the world and the contribution of harms associated with analgesic treatments to the global burden of disease cannot be ignored. The same review also highlights that pain research has historically been a low priority for research funders (Rice, Smith and Blyth, 2016). According to the World Health Organisation pain is one of the symptoms patients in need of palliative care experience more often (Palliative Care, 2020).

The European Pain Federation released a position paper on July 2018 that suggests “cannabis-based medicines can be considered as third line therapy for chronic neuropathic pain” (Häuser, Winfried et al. 2018). As far as chronic non-neuropathic non-cancer pain EFIC (European Pain Federation) suggests that “in exceptional cases cannabis-based medicines can be considered as an individual therapeutic trial, if all established treatments have failed and after careful analyses and multidisciplinary assessment”. Medical cannabis uses the whole unprocessed plant or the processed plant, includes high-CBD (cannabidiol) and low-THC (tetrahydrocannabinol) products, CBD products may be sold without prescription. Medical cannabis products are currently prepared in formats such as plant materials, oils, tinctures, edibles or capsules. As of March 2020 medical cannabis has been legal in 23 countries worldwide and in the United States, in 33 states and the District of Columbia.

This study aims to provide an overview on medical cannabis for chronic pain treatment in Greece. As mentioned above chronic pain has a substantial impact on the the Global Burden of Disease. Additionally, the use of medical cannabis and cannabinoids to treat diseases and symptoms is not only a scientific issue but also a political, social and ethical one. This is why this topic is close to the curriculum of the master.

METHODOLOGY

Title: Medical cannabis for chronic pain treatment. A literature review and a qualitative study on the controversies and opportunities for patients in Greece.

Research question: What are the perceived controversies and opportunities regarding the use of medical cannabis for the management of chronic pain for patients from the perspective of pain management professionals working in Athens, Greece and other stakeholders?

Aim: The aim of this study is to explore the subjective experience of pain management professionals and other stakeholders with regards to the controversies and opportunities of the medical use of cannabis in the Greek context.

Objectives:

- I. To conduct a literature review on medical cannabis and chronic pain treatment
- II. To create an interview guide and a stakeholder list based on the literature review
- III. To conduct interviews and analyse the data by completing a thematic analysis
- IV. To inform the medical community about the findings

Study design: The current study uses a qualitative study design because it allows for the exploration of subjective experiences, ideas and beliefs of the interviewed persons (Pope et al., 1995). A qualitative study accommodates consideration of the researcher positionality and its influence on the data construction process. It also provides context-rich information for the description of experiences (Mason, 2002). It should be noted that the experiences of the researcher as a medical professional not experienced on pain management treatment might influence the interpretation of the results.

Definitions: They are available at ANNEX I - Definitions & Abbreviations.

Abbreviations: They are available at ANNEX I - Definitions & Abbreviations.

Tools: A qualitative study on the use of medical cannabis to treat chronic pain in Greece was performed. Target population were the major stakeholders of this issue for Greece. "Purposeful sampling is widely used in qualitative research for the identification and selection of information-rich cases related to the phenomenon of interest" (Palinkas et al.,

2013). It is a non-probability sampling method in which researcher relies on his or her own judgment when choosing members of population to participate in the study.

Stakeholders were identified as public health authorities that influence policy making. The mapping of stakeholders included both state and non-state actors, whose mission statement is relevant to the topics studied. A total of 8 stakeholders were included in the stakeholder analysis, as listed below:

1. Ministry of Health. The Ministry of Health is the country 's leading institution responsible for the medical care, the practices of medicine and treatments.
2. National Organisation for Medicine. This is the country's medicine organisation that approves and regulates the use of new medicinal products.
3. National Medical Organisation. This is the national body of representing medical professionals.
4. Hellenic Society of Algology. This society promotes the scientific treatment of pain and its prevention. Members of this society can be anaesthesiologists or other medical specialists working on the field of pain management.
5. The Hellenic Society for the Treatment of Pain and Palliative Care. This society promotes Treatment of Chronic Pain and Pain in Cancer Patients and Accompanying Torture Symptoms. Members of this society can be anaesthesiologists or other medical specialists working on the field of pain management.
6. Patient group MAMAKA. MAMAKA organisation began as a place for families to gather and exchange information about cannabis and health. This organisation represents patients in need of treatment of medical cannabis.
7. Group IAMA. It is a group of individuals promoting the medicinal use of cannabis.
8. KETHEA Therapy center for dependent individuals. According to their website "KETHEA is the largest rehabilitation and social reintegration network in Greece. It

has been providing its services to drug addicts and their families since Ithaki, the first Greek therapeutic community, was set up in 1983. KETHEA programmes are drug-free and offer a comprehensive range of services which seek to help the individual recover and build a new life for themselves in which they participate in society productively and on equal terms.”

Before communicating with the stakeholders, a thorough check of their websites was performed to retrieve information regarding their individual fields of specialisation. Every stakeholder was officially contacted via email and reminders were sent to them for a period of one to two months. The initial email offered a thorough introduction to this study and the questions each representative had to answer. The interviews took place in between February and March 2020.

The questions were adapted to the specific expertise each individual had. Stakeholders that did not respond to the initial email or to the respective reminders were excluded from the study. This affected the study since it limited the sample size of the qualitative study. With the remaining stakeholders semi-structured interviews were performed using the questions that had already been sent to them. Interviews were conducted in Greek, lasting from 15 to 25 minutes and were recorded with their permission. The recordings are saved on an encrypted file online and will be deleted in five years. Interview questions are available in ANNEX II - Questions for the stakeholders.

After each interview, representatives were asked if they could suggest someone else as a stakeholder that was not on the initial list. This was so as to possibly identify specific persons that could offer their experience on this study. This notion is in accordance with the original notion of purposeful sampling. The researcher read all transcripts several times and deductively applied codes based on existing literature and the themes of the research. The process of analytic generalisation was used to present and evaluate the findings of the interviews and make relevant conclusions. “Generalisation is an act of reasoning that involves drawing broad conclusions from particular instances—that is, making an inference about the unobserved based on the observed”. (Polit and Beck, 2010)

Structure of the study:

A REVIEW ON MEDICAL CANNABIS AND CHRONIC PAIN

- Sativa has been cultivated for thousands of years
- The Endocannabinoid System has some unique properties
- Cannabis remains the most popular illicit drug
- The evidence for the use of medical cannabis to treat chronic pain are still developing
- Treatment with medical cannabis requires an close medical guidance
- Safety considerations about medical cannabis
- The United Nations and the World Health Organisation influence national policies on medical cannabis
- European institutions advocate for medical cannabis
- Medical cannabis is legal in Greece however there are no medications available
- Various policies have been adopted for medical cannabis in countries around the world

A QUALITATIVE STUDY ON THE USE OF MEDICAL CANNABIS TO TREAT CHRONIC PAIN IN GREECE

- Results
- Conclusion / Discussion
- Suggestions
- Restrictions

A REVIEW ON MEDICAL CANNABIS AND CHRONIC PAIN

Cannabis Sativa has been cultivated for thousands of years

Evidence suggests that the plant grew in China since 4000 BC. The earliest record of its use in medicine is found in Pen-ts'ao ching, the world's oldest pharmacopoeia written by Emperor Shen-nung around 2700 BC (Hand, A. et al, 2016). There, cannabis was described as a treatment for rheumatic pain, gout and malaria. Later on, Cannabis plant cultivation crossed to India and Tibet where it was used for various religious practices. Raja Valabba, who was an Indian king (r. c. 1008 CE), suggests that cannabis is a gift from the Gods to humans and Atharvaveda, which is a collection of hymns and mantras of the Vedic scriptures of Hinduism, categorises it as being among the five sacred plants of Hinduism (Hand, A. et al, 2016). The Assyrians and Persians were aware of the effects of cannabis since 900 BCE (Zuardi, 2006). Around the 1300s, Arab traders introduced cannabis to African cultures as a treatment for malaria, fever, asthma and dysentery (Zuardi, 2006). Slave trade brought cannabis to South America, where it gained much popularity among specific social groups (Zuardi, 2006).

Around the 1830s, the Irish physician William O'Shaughnessy explored the medical use of cannabis while working in India. He decided to administer cannabis to his patients. This resulted in the spread of cannabis in Europe. Cannabis gained much popularity as a medicine in both Europe and Northern America during the following decades. (Zuardi, 2006). The French psychiatrist Jacques-Joseph Moreau who treated his patients at the Hôpital de Bicêtre reported in 1840 that cannabis in moderate doses calmed patients, helped them to sleep, suppressed headaches and increased appetite (Pisanti and Bifulco, 2017). Around the 1900s, cannabis use began to decline due to the introduction of vaccines, synthetic analgesics, aspirin and opiates which were considered modern and better alternative treatments (Zuardi, 200). Recreational use of cannabinoids by minorities and later by the general population led to restrictive legislation on both the recreational and medicinal use of cannabis. The United Nations Single Convention on Narcotic Drugs in 1961, declared that "The use of cannabis for other than medical and scientific purposes must be discontinued as soon as possible but in any case within twenty-five years."

In 1964 in Israel, Yehiel Gaoni and Raphael Mechoulam identified for the first time the chemical structure of D9-THC the main active substance present in the plant (Pisanti and

Bifulco, 2017). In the 1960s, Cannabis gained much more popularity for recreational use and it was commonly classified as a substance of abuse (Pisanti and Bifulco, 2017). In the 1990s the scientific interest in cannabis was revived following the discovery of the receptors for cannabinoids and the endocannabinoid system, the biological target of phytocannabinoids. Recent research efforts have focused on the development of synthetic drugs targeting the endocannabinoid system while many countries have updated their policies on cannabis (Pisanti and Bifulco, 2017). Medical marijuana has now been legalised in many member states of the European Union, where various prescription schemes exist. These new policies, combined with the new evidence offer a lot of space for new business (Bifulco and Pisanti, 2015).

Figure 1 (ANNEX III - FIGURES), depicts a brief overview of cannabis the last 6000 years (MedReleaf, 2020).

Figure 2 (ANNEX III - FIGURES), depicts a timeline of Cannabis Modern History from (Pisanti and Bifulco, 2017).

The Endocannabinoid System has some unique properties.

The Endocannabinoid System was discovered in the early 1990s. It is a homeostatic mechanism that affects cognition and behaviour, the immune and endocrine system, antinociception and pain regulatory mechanisms, the autonomic nervous system, and the gastrointestinal system affecting appetite, digestion and inflammation (Mallick-Searle and St. Marie, 2019).

The Endocannabinoid System operates when endocannabinoids or phytocannabinoids interact with the G protein-coupled CB1-cannabinoid receptors (mostly found on neurons) and CB2-cannabinoid receptors (mostly found on immune system cells) (Burston and Woodhams, 2013). These cannabinoid receptors have been located in multiple levels of the pain response and regulation pathways, such as the peripheral pain nerves and immune cells, the spinal cord and higher brain regions (Burston and Woodhams, 2013)

CB1-cannabinoid receptors are mostly found in the cerebellum, the brainstem, and the limbic areas of the brain. They might also be located in the spinal cord, the trigeminal ganglion, macrophages, mast cells, and epidermal keratinocytes. The CB1-cannabinoid receptors regulate the cannabinoid neurotransmitter effects within the central nervous system

(Mallick-Searle and St. Marie, 2019). CB2-cannabinoid receptors are mostly found in the periphery in the hematopoietic stem cells, macrophages in the spleen, and other immune cells. They regulate neuroimmune interactions by protecting neurones from pathogens, by interfering with inflammatory mediators that increase the sensitivity of sensory neurones to noxious stimuli, and by responding to peripheral nerve injury (Mallick-Searle and St. Marie, 2019).

Endocannabinoids are lipid based endogenous neurotransmitters that interact with CB1-cannabinoid receptors or CB2-cannabinoid receptors. The most prominent and well researched endocannabinoids are anandamide and 2-arachidonoyl-sn-glycerol (2-AG) which both interact with CB1 receptor. (Mallick-Searle and St. Marie, 2019)

Phytocannabinoids are exogenous cannabinoids that interact with cannabinoid receptors and can be found in cannabis plants. THC and CBD are two of the most common and studied phytocannabinoids. (Mallick-Searle and St. Marie, 2019). THC is the main psychoactive ingredient in cannabis. It is associated with cognition, impulsivity, like hyperphagic behavior, and potential abuse because of it. This is mediated through the interaction of THC with the dopamine system (Bloomfield et al., 2016). On the other hand, CBD has reduced psychoactive properties and may inhibit the metabolism of THC (Mallick-Searle and St. Marie, 2019).

The Endocannabinoid System (EC) acts in a retrograde manner at neuronal synapses and it functions in a non traditional way within the nervous system. Peripheral EC tone is increased in pain states and actions of EC at peripheral CB1 receptors can reduce the transmission of nociceptive information” (Burston and Woodhams, 2013). These complexities give us an insight in the complexities of using cannabis products for possible medical reasons.

Cannabis remains the most popular illicit drug

Cannabis plants are grown in almost every country of the world. The dried cannabis inflorescence is one of the most common formulations for administration of cannabinoids but the mixture of plant parts differs from region to region. The characteristic scent of the cannabis plant is mainly attributable to a mixture of volatile compounds. According to the World Drug Report 2019, cannabis remains the most popular illicit drug, 188 million people

have used cannabis in 2017. The prevalence of cannabis use has remained stable in recent years and the overall number of annual cannabis users has increased around 30% since 1998. Cannabis cultivation is generally thought to have increased over the period 2010–2017. Outdoor cultivation is more widespread than indoor cultivation which is however gaining popularity.

The World Drug Report 2019 also offers a better understanding of cannabis products

- Concentrates are products made from the cannabis plant that have been processed to keep only the plant compounds with high cannabinoid concentration.
- Shake is made up of the small pieces of cannabis flower that have broken off the larger buds.
- Trim consists of the leftover leaves that are trimmed from the cannabis flower
- Edibles may include a range of products such as cookies, brownies and cakes

A study on the reasons young people start smoking marijuana and how they might affect later problems was conducted by Patrick, Bray and Berglund (2016). Marijuana users at age 19 to 20 reported four typical reasons for marijuana use: to feel good/get high, to have a good time with friends, to experiment, and to relax. Persons reporting “coping” and “getting high” as main reasons were at bigger risk of later marijuana use and complications related to it.

A qualitative study in Denver, Colorado, and Seattle by Giombi et al. (2017) reported the consumers’ perception regarding edible cannabis products such as brownies, cookies, candies, lollipops and drinks. People preferred edibles so that they can avoid smoking and experience longer lasting less intense highs. Additionally, edibles are reported to convey a feeling of discretion, to be more convenient and a tool to reduce anxiety or everyday stress. Harmful health effects were not reported but unexpected highs and unpredictable were some of their concerns (Giombi et al., 2017).

Cannabis is the most common drug among users in Europe at all age groups, it is either smoked or mixed with tobacco, it is mostly used by men at a 2 to 1 ratio and use patterns vary. It is estimated that 27.4% of adults in the EU have tried cannabis during their lives. Prevalence rates among young adults range from 3.5 % in Hungary to 21.8 % in France, more details on Figure 3 (ANNEX III - FIGURES) European Drug Report, 2019. About 28 million adults (aged 15 to 64) have used cannabis in the past year in the European region

(equivalent to a prevalence of 5.1%) according to the The United Nations Office on Drugs and Crime 2018 (Manthey, 2019). The prevalence of cannabis use in Europe varies largely by country, with higher prevalence in the Mediterranean and Central-Western region, and lower prevalence in Eastern and Northern countries (Manthey, 2019). Meanwhile the number of people seeking help for cannabis addiction has risen significantly. This can be explained by the rise of cannabis use prevalence in the 1990s and 2000s and the fact that abuse disorders need years or decades to appear (Figure 4, ANNEX III - FIGURES) (Manthey, 2019). Increased ratio of THC/CBD has been associated with stronger dependency and disorders of the nervous system. Thus these cannabis abuse disorders might also result from the increase of THC in the plants available nowadays (Manthey, 2019).

According to the Country Drug Report 2019 of Greece to EMCDDA (Terzidou, 2020), cannabis use in young adults (18-34 years) in the last year was 4.5%, 3,6% for females and 5,4% for males. Cannabis is the illicit drug most commonly used among the Greek adult population (aged 18-65 years). Prevalence is available by age groups: 3,1% (15-24), 5,6%(25-34), 3,7% (35-44), 1,7% (45-54) and 0,6% (55-64).

Herbal cannabis, oils and other products containing CBD are legally traded and are getting popular. However there are no systemic CBD use data across the continent. CBD use might be an alternative for THC/CBD cannabis use It might introduce users to cannabis as a legal, “healthy” alternative and it might be used for self medication. The self medication part is rather tricky since under no circumstances CBD should be used instead of evidence based medication for conditions like epilepsy or chronic pain. CBD positive effects have usually been reported in combination with traditional medication and should be used closely monitored by a healthcare professional (Manthey, 2019).

Recreational Cannabis is not associated with acute fatal overdoses. Cannabis consumption can result in transient tachycardia and increased supine blood pressure in humans however long term usage lower blood pressure and heart rate can be experienced (Deharo, Massoure and Fourcade, 2013). Cannabis users experience higher rates of chronic bronchitis due to the irritating effects of smoking on the lungs, cannabinoids are not damaging on their own (Deharo, Massoure and Fourcade, 2013). Studies on cells and animals support the idea that cannabinoids have immunosuppressant effects but limited quality data are available for humans (Herrmann et al., 2015). The relationship between cannabis

use and risk of schizophrenia appears to be dose-dependent: heavier cannabis use increases the risk of developing schizophrenia (Deharo, Massoure and Fourcade, 2013).

A systematic review by Goldenberg, IsHak and Danovitch (2016) was conducted on the quality of life of persons that use cannabis recreationally. The reasons people might use cannabis are usually social, enhancement of experiences, copying and conformity and the effects of mind alteration and expansion. This review suggests that there might be a dose dependent relationship between frequency of use and impairment in Quality of Life.

The evidence for the use of medical cannabis to treat chronic pain are still developing

Andreae et al. (2015) reported a Bayesian meta-analysis of data from 178 patients with various types of neuropathic pain in five randomised controlled trials (RCTs) of inhaled, vaporised herbal cannabis. The patients were assessed for up to 2 weeks. The authors found that patients vaporising herbal cannabis were three times more likely (odds ratio (OR) = 3.2) to report a 30 % reduction in pain than those given a placebo.

A Cochrane review assessed studies that compared the efficacy of cannabinoids (herbal, plant-based, synthetic) with that of placebo for reducing chronic neuropathic pain in adults (Mucke et al., 2018a). It included 16 studies with 1750 participants who received a cannabinoid medicine (nabiximols or THC and its analogues) or a placebo for 2-26 weeks. The authors rated the study quality as low in 2 studies, moderate in 12 studies and high in 2 studies. They found that cannabinoids increased the percentage of patients who achieved a 50 % reduction in pain compared with placebo from 17 % to 21 %. The number who needed to be treated to benefit was 20. The percentage who achieved a 30 % reduction in pain was 39 % compared with 33 % and the number who needed to be treated to benefit was 11. There were more withdrawals from treatment because of adverse events in the cannabinoid condition than in the placebo condition (10 % vs. 5 %).

Stockings et al. (2018) reported a comprehensive review of controlled clinical trials and observational studies comparing cannabinoids and placebo for treating various types of Chronic Non Cancer Pain conditions (CNCP). They included 91 publications that involved 9958 participants in 47 RCTs (24 parallel group studies and 23 crossover trials) and 57 observational studies. 48 studies included patients with neuropathic pain (16 in patients with multiple sclerosis and 32 in patients with neuropathic pain from other conditions).

They also included 7 studies of patients with fibromyalgia, 1 study of patients with rheumatoid arthritis and 48 studies of patients with other types of CNCP (13 in patients with multiple sclerosis-related pain, 6 in patients with visceral pain and 29 in samples of patients with mixed or undefined CNCP). When averaged across RCTs, 29% of CNCP patients treated with cannabinoids achieved a 30% reduction in pain intensity and 30% of patients treated with placebo achieved a 26% reduction of pain intensity. This difference was statistically significant. However, a higher proportion of patients treated with cannabinoids reported adverse events. Stockings et al. (2018) concluded that the evidence for the effectiveness of cannabinoids in treating CNCP was limited. There was limited evidence of the benefit of other interventions towards pain reduction, such as sleep.

This table on Figure 5 (ANNEX III - FIGURES) comes from a report on Medical use of cannabis and cannabinoids published by the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction in December 2018. For chronic non cancer pain such as neuropathic pain, arthritis, back pain, neck and shoulder pain, and headaches there is reported a small effect of cannabinoids after examining all the available studies at the time.

The review by Romero-Sandoval, Kolano and Alvarado-Vázquez (2017) concludes that there is scientific evidence that inhaled cannabis can be one of the options for treating chronic pain syndromes and seems safe under close medical supervision. Oral cannabinoids are not that tolerated by patients and seem to be less effective according to current evidence. Dosing regimes are not very well defined yet and first data suggest that THC much lower than 15% (15% is the usual dosing in recreational cannabis) might have positive effects.

The European Pain Federation released a position paper in July 2018 on appropriate use of cannabis-based medicines and medical cannabis for chronic pain management (Häuser, Winfried et al. 2018). This paper suggests “cannabis-based medicines can be considered as third line therapy for chronic neuropathic pain”. It also highlights the lack of substantial evidence on efficacy, tolerability and safety and the wide inconsistency on the regulation and the available products in Europe. As far as Chronic non-neuropathic non-cancer pain EFIC suggests that “in exceptional cases cannabis-based medicines can be considered as an individual therapeutic trial, if all established treatments have failed and after careful analyses and multidisciplinary assessment”.

A recent systematic review and meta-analysis by Boland et al.(2020) on cannabinoid and adult cancer pain concludes that cannabinoids cannot be recommended for the treatment of cancer-related pain according to existing literature. Since none of the included phase III studies show benefit of cannabinoids, dropouts reported are high and adverse effects are not uncommon. A systematic review by Wong and Wilens, 2017 concludes that additional research is needed to establish possible uses and green light treatments of cannabinoids for children and adolescents.

Treatment with medical cannabis requires an close medical guidance

Medical doctors are not educated enough about the endocannabinoid system and cannabinoids. Cannabis research usually focuses on the whole plant and not on the specific cannabinoids (THC, CBD, CBC, CBC, THCV) so many research results can be uncertain since various cannabis chemical varieties ‘strains’ have different psychoactive properties (Meffert et al., 2019).

Cannabis can be administered using various routes it can be smoked or vaporised and taken oral, sublingual, oral mucosal or transdermal (Huestis, 2007). Traditionally, the most common route is the inhalation of smoked flower cannabis or vaporisers that heat cannabis to a temperature where cannabinoids are released. Dabbing is using a vaporiser to heat oils containing higher THC concentrations and currently gains a lot of popularity (Loflin and Earleywine, 2014). Orally ingested cannabis edibles have a slower-acting and longer lasting effect. (Corral, 2001). Sublingual methods of administration usually include liquid tinctures in the form of a spray. Transdermal cannabis products include salves, lotions, and patches in a variety of THC/CBD ratios. This way active ingredients are absorbed through the skin avoiding liver metabolism.

Self-medication is really common with patients asking for medical guidance and should be considered by the clinician. Clinical concerns regarding cannabis use are particularly important among vulnerable or high risk populations. Studies in the United States report that many patients seeking medical cannabinoids are already cannabis recreational users (Meffert et al., 2019). Dosing is also particular for medical cannabis. For example, lower doses of THC will probably be beneficial for anxiety while higher doses might lead to more

stress (Meffert et al., 2019). Dosing seems to be affected by age, gender, mental health state or physical state in ways that are not well understood yet.

A review by the experienced in cannabis clinicians MacCallum and Russo, 2018, offers some advice on cannabis dosing, some of them are

- The standard of care (clinical examination, history, plans for follow up etc) for cannabis should be kept high and only medical doctors trained on cannabis should be able to prescribe.
- The general practice to avoid side effects is “start low, go slow, and stay low” which is common for opioids on pain management too.
- When cannabis is inhaled the patient should be patient and take one inhalation every 15 minutes.
- The goal is to smoothen the symptoms not to experience the euphoric effects.
- Patients should keep a diary of the dosing and the symptom relief they might experience.
- Treatment should always be tailored to the patient’s general state and therapeutic expectations should remain realistic.
- CBD might require high doses since it is less active than TCH on the nervous system.

Medical, social and ethical implications are related to the use of medical cannabis regimens are summarised by a review (Sagy et al., 2018). The lack of sufficient data, on the the TCH/CBD ratios or the administration routes and their effects means there is no clear guidelines on dosing and clinical indications for patients. This level of uncertainty is something most clinicians are not comfortable with. In areas where medical cannabis is available overprescribing it is hard to avoid since the current indications are vague and the industry might promote cannabis use aggressively. Legalisation of medical cannabis might be perceived by the public that cannabis is now “innocent” and no risks come with its use.

Safety considerations about medical cannabis

According to the EMCCD report most common side effects reported are dizziness, dry mouth, disorientation, nausea, euphoria, confusion and somnolence, serious adverse events are rare. Long term risks are not well documented but seem to be similar to short term effects. Caution is needed though since long term harmful effects reported among

recreational cannabis users might also occur in patients receiving medical cannabis eventually. Those harmful effects are usually dependence and a range of physical (chronic bronchitis, myocardial infarction, stroke or cancer) and mental (impaired memory or attention) health problems (EMCDDA, 2018)

A prospective multi-center cohort study by Romero-Sandoval, Kolano and Alvarado-Vázquez in 2017 was conducted to assess the risk of adverse events, cognitive function, pulmonary function, and effectiveness on pain in patients using cannabis long-term for chronic non-cancer pain. Ten patients withdrew from this study because of reported adverse events, current cannabis users were less likely to withdraw. The incidence rate of non-serious adverse events was higher in the cannabis groups than in the control group. Adverse events related to cannabis were drowsiness, amnesia, cough, euphoric mood, hyperhidrosis, and paranoia (0.2– 0.6%). Regarding pulmonary function with prolonged cannabis use, it was found that there was a decrease in residual volume, diffusion capacity, forced expiratory volume, forced expiratory volume/forced vital capacity, and forced expiratory flow 25– 75%.

The European Pain Federation (Häuser, Winfried et al. 2018) suggests that an absolute contraindication for cannabis prescription is a history of hypersensitivity or pregnancy, while a history of mental disorder, especially substance abuse and dependence, and severe cardiac disorders are relative contraindications. Additionally, low dosage entry points are suggested and prescription should be avoided in patients taking high doses of opioids or benzodiazepines as EPF suggests.

A systematic review of general harms concluded that evidence for potential harms are limited (Nugent et al., 2017). Usually the population receiving medical cannabis might be old and chronically ill already. Additionally, dosages are not easy to be specified because of recollection bias. However, compared to opioids that might even cause death in high dosages, cannabis seems to be less potent for harm under current bibliography. Nevertheless, no well designed study has been published comparing cannabis with opioids on efficacy and safety. It seems to be a general consensus that data are generally not enough and long term effects of medical cannabis prescription remain to be identified more clearly.

The United Nations and the World Health Organisation influence national policies on medical cannabis

Many drugs are declared “illegal” in an attempt to reduce their availability and their potential harms to humans. Most national laws controlling “illegal” drugs are based on the UN Single Convention on Narcotic Drugs (1961) and the Convention on Psychotropic Substances (1971). Cannabis resin has been put in Schedule I together with cocaine and heroin Figure 6 (ANNEX III - FIGURES). Drugs in Schedule I are defined as the ones with no currently accepted medical use.

A review highlights the obstacles to research this status means for cannabinoids and other substances with potential medical uses such as MDMA (3,4-Methyl enedioxy methamphetamine) and LSD (Lysergic acid diethylamide) (Nutt, 2015). Researchers are required to follow many regulations and strict rules to obtain a special licence to study these drugs. Nutt concludes that national governments should redefine UN Schedule I drugs as Schedule II in their territory in an effort to support medical research. Schedule II drugs are defined as drugs with a high potential for abuse which can have medical uses.

The World Health Organization (WHO) is mandated to research medical and scientific benefits and risks associated with dependency producing substances. On 24 January 2019, WHO recommended to the UN that cannabis and cannabis-related substances be rescheduled in the international drug control framework. This was a follow up of the World Health Organization (WHO) Expert Committee on Drug Dependence (ECDD) (WHO Expert Committee on Drug Dependence, 2019).

The ECDD proposed that preparations considered to be “pure” CBD should not be scheduled within the International Drug Control Conventions, by adding a footnote to the entry for “cannabis and cannabis resin” in Schedule I of the Single Convention on Narcotic Drugs (1961), stating: “Preparations containing predominantly cannabidiol and not more than 0.2 percent of THC are not under international control”.

The committee requested for cannabis, its resins, extracts and tinctures to be deleted from Schedule I, and for THC and its isomers to be added to Schedule IV (WHO Expert Committee on Drug Dependence, 2019). Schedule IV drugs have with a low potential for abuse

and low risk of dependence. The United Nations' Commission on Narcotics and Drugs (UN CND) was initially supposed to vote on this in March 2019, then it was postponed for March 2020 and now it is postponed until December 2020 (Bear-McGuinness, 2020).

The WHO's website regarding the therapeutic uses of cannabinoids suggests that more research is needed on the basic pharmacology of THC and other cannabinoids so that better treatments can be available in the future (WHO Cannabis, 2020). Studies have demonstrated therapeutic of cannabinoids for nausea and vomiting in the advanced stages of cancer and AIDS, and smaller studies support the treatment of asthma and glaucoma, as an antidepressant, appetite stimulant, anticonvulsant and anti-spasmodic and others (WHO | Cannabis, 2020).

European institutions advocate for medical cannabis

A resolution adopted in Strasbourg on 13 February 2019 by members of the European Parliament, calls on the European Union and member states to provide more support to the use of cannabis for medicinal purposes (Watson, 2019). MEPs advocated that: Research on the potential benefits of substances derived from cannabis should be boosted with national and European funds. Regulatory, financial, and cultural obstacles on research should be addressed. Cannabis based medicine should be covered by health insurance schemes. Proper evidence based education needs to be offered to medical doctors. Proper regulation of medical cannabis will offer earnings to the states, curb the black market and safeguard quality of the products. Replying to this statement the European commissioner for justice, consumers, and gender equality at the time responded that EU funds of €40m have already been allocated on cannabis research and more should be expected by the new Commission and the new EU budget 2020-2025.

On 17 February 2016, orphan designation (EU/3/16/1621) was granted by the European Commission to GW Research Ltd, United Kingdom, for delta-9-tetrahydrocannabinol and cannabidiol from extracts of the Cannabis sativa L. plant for the treatment of glioma (Committee for Orphan Medicinal Products, 2016). Epidyolex is a medicine used in addition to clobazam, another epilepsy medicine, to treat patients from the age of two years who have Lennox-Gastaut syndrome or Dravet syndrome, rare types of epilepsy that begin in childhood and can continue into adulthood. Epidiolex is made up of CBD one of the

hundreds of molecules found in the marijuana plant and contains less than 0.1 percent of tetrahydrocannabinol THC (European Medicines Agency, 2019).

The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction published its first report on the medical use of cannabis on the 4th of December 2018 (European drug report 2019, 2019). This report was the first of its kind and offers a wide understanding regarding the medical uses of cannabis and cannabinoids, cannabis preparations and medicinal products, the EU regulations on cannabis. Additionally, this report presents a selection of case studies on the variety of approaches governments have followed to implement medical cannabis regimes and the current regimes in member states (EU drugs agency publishes its first report on the medical use of cannabis | www.emcdda.europa.eu, 2020).

The European Pain Federation released a position paper in July 2018 on appropriate use of cannabis-based medicines and medical cannabis for chronic pain management (Häuser, Winfried et al. 2018). This study suggests cannabis-based medicines can be considered as third line therapy for chronic neuropathic pain or cancer pain and offers specific advice to medical doctors. It also highlights the lack of substantial evidence on efficacy, tolerability and safety and the wide inconsistency on the regulation and the available products in Europe. This position paper will be updated in 2021 when more data will be available after the first implementation. It is expected a surge in available scientific data of population studies the coming years since many territories have authorised medical cannabis for chronic pain recently.

More and more European news media such as politico.eu or euroactiv.com, sponsored by the industry or just by following the current trends have been actively reporting on cannabinoid products and their possible medical uses. An article published on Politico EU website titled “High time for legal cannabis in Europe? Five experts on a pan-EU cannabis policy” on 9/26/19 illustrated the current situation on the EU political level (High time for legal cannabis in Europe?, 2020). Stakeholders on medical cannabis presented their perspectives. Maria Arena, a Socialist member of the European Parliament from Belgium suggests legalising cannabis production, sale and use within a public monopoly framework to better control consumption and provide the states with tax revenues. Bart Morlion, president of the European Pain Federation EFIC expresses his concerns that cannabis and cannabis-based medicines should be treated with caution in the context of chronic pain

since not definitive data are available. Alexandra Curley, head of insights at Prohibition Partners, who is an international organisation providing data on cannabis depicts the need for a European Policy Rulebook regarding cannabis. Piernicola Pedicini, a member of the European Parliament from Italy's 5Stars Movement believes that legal developments are required for the medical and industrial uses of cannabis despite the political differences and the stigma towards cannabis. Jacqueline Poitras, president of Mothers for Cannabis advocates that complete legalisation of cannabis is the way forward for cannabis, medical community standards for efficacy and safety might take too long and end up excluding patients in need.

Medical cannabis is legal in Greece however there are no medications available

The National Organization for Medicines of Greece has published a Core Summary of Product Characteristics, Core SmPC for a product of cannabis containing more than 0,2% THC however a cannabis medication with THC higher than 0.2% is not currently available at the market (Πυρήνας Περίληψης Χαρακτηριστικών Τελικών Προϊόντων Φαρμακευτικής Κάνναβης, 2020). CBD or CBN products containing THC under 0,2% are currently available in the market under no specific guidelines since they are not considered medicine but food supplements. Δ9-THC used to be on board A where illicit drugs are, then was moved to B and currently it is on board Γ which means it can be available in pharmacies according to law 4239/2013 (Kaparoudakis, 2018). Since Δ9-THC medications are not available in a legal way patients may get them in illegal ways at extreme costs.

A prescription diagnostic and therapeutic protocol as adopted by the ministry of health suggests treatment with cannabinoids for patients with chronic neuropathic pain with HIV or Multiple Sclerosis. (Διαγνωστικά και Θεραπευτικά Πρωτόκολλα Συνταγογράφησης Επώδυνων Συνδρόμων, 2020)

Law No 4523/2018 sets the conditions for the production of medical cannabis in Greece (vdilawfirm, 2020). There is the opportunity for the production of Cannabis Sativa L with THC over 0,2% with aiming to produce medicinal products to provide the state monopoly and offer them to patients or export them abroad for medical reasons. Cannabis Sativa L with THC over 0,2% is still considered an illegal substance and can therefore be produced only by state monopoly however its cultivation properties set difficulties.

The new law sets specific standards for the production, possession, transportation, storage and supply of raw materials of Cannabis Sativa L plants. This law also determines the establishment and operation of a processing unit for Cannabis Sativa L plant products who will export or provide the state with medical products. However, no more specifications exist on possible medical indications or prescription regimes. The limited production of cannabis is so far only for exportation purposes.

Greece has embarked on a free-market approach to medical cannabis production, rather than setting up productions under a state monopoly. The state has identified it as a major economic opportunity that plays to the region's climate strengths (The European Cannabis Report, 2020). By the end of 2019, Greek authorities have given permission to 26 investment initiatives to sites for cultivation, growing, processing production of final medicinal cannabis products and around 60 more licence applications are considered (The European Cannabis Report, 2020). The first plants are expected to be installed in the second half of 2020.

Various policies have been adopted for medical cannabis in countries around the world

Countries that have legalised the medical use of cannabis include Argentina, Australia, Canada, Chile, Colombia, Croatia, Cyprus, Germany, Greece, Israel, Italy, Jamaica, Lithuania, Luxembourg, North Macedonia, Norway, the Netherlands, New Zealand, Peru, Portugal, Poland, Switzerland, and Thailand (Legality of cannabis, 2020). In the following paragraphs we discuss the specific regulations of selected countries.

United States: In 2018, the FDA approved Epidiolex, a CBD-based product to treat patients 2 years of age or older with epilepsy resulting from Lennox-Gastaut or Dravet syndrome (EMCDDA, 2018). Citizens reported on the benefits of personal use of medical cannabis for medical conditions. Patient advocates cashed in on this and demanded a series of referenda, that led to the legalisation of the medical use of herbal cannabis (EMCDDA, 2018). An initiative to legalise the medical use of cannabis was passed in California in 1996 when voters supported Proposition 215 by 56 % to 44 %. This initiative allowed the medical use of cannabis for a broad set of indications that included nausea, weight loss, pain and muscle spasm, and any 'serious medical condition' for which cannabis might provide relief (Conboy, 2000). Citizens led the conduction of referenda over the next two decades. This led to appropriate legislative measures by state governments. As of March

2020 medical use of cannabis is allowed in 33 US states and the District of Columbia (Lopez, 2020). Some states allow medical marijuana dispensaries and home cultivation some others only home cultivation or dispensaries, Figure 7 (ANNEX III - FIGURES). The situation is complicated in the US with Federal and State law contradicting each other on many occasions.

Canada: Some cannabinoid medicines have been authorised for use. Cannabis has also been made available for medical use under special access schemes. These access schemes have changed over time in response to patient pressure and court decisions (EMCDDA, 2018). Canada was one of the first countries to establish a national programme for the medical use of cannabis. New legislation in March 2014 licensed more cannabis producers, allowed doctors greater latitude in prescribing, removed federal oversight of prescribing, and permitted patients to receive cannabis directly from licensed producers. However, the cost of herbal cannabis (approximately EUR 330 a month) is not covered by health insurance and doctors have been reluctant to prescribe cannabis (Ablin et al., 2016). The fact that most physicians were reluctant to prescribe cannabis created a market niche for doctors who were prepared to prescribe cannabis for a fee (Ablin et al., 2016).

Israel: One of the first countries to have allowed the medical use of cannabis after the US and Canada. It permits patients to smoke it under specific indications and sativex is authorised and reimbursed. The cannabis is supplied as an oil or as dried flowers for smoking or vapourisation. It contains 12 % THC and an amount of CBD specified by the physician. Herbal cannabis is not publicly subsidised, and patients pay approximately 30 EUR for 10 grams. A limited number of physicians who have attended a standardised course can prescribe it after common treatments have failed. In 2013 8713 patients had been granted a licence to use cannabis for medical purposes, including 1518 with cancer and 4864 with chronic pain (EMCDDA, 2018). The approved indications include cancer, inflammatory bowel disease, neuropathic pain, AIDS-related cachexia, neurological diseases, post-traumatic stress disorder and terminal illnesses. The state has defined contradictions that vary from congestive heart failure to mental disorders such as psychosis, anxiety disorder and addiction (EMCDDA, 2018).

The Netherlands: Any doctor is allowed to prescribe cannabinoid medicines or cannabis preparations through a system that allows a broad access to patients. Nabiximols contain-

ing medicinal products are available as authorised medicines. Since 2003, Dutch law has also permitted doctors to prescribe herbal cannabis to treat symptoms of medical conditions such as multiple sclerosis, HIV, cancer, pain and Tourette syndrome if common treatments have failed (EMCDD,2018). Hazekamp and Heerdink (2013) reported the characteristics of 5540 patients who were prescribed cannabis for medical purposes in the Netherlands between 2003 and 2010. 'The incidence of new users peaked at 5 per 100,000 in the first 2 years of the scheme and declined thereafter to 3 per 100,000. The annual prevalence of the medical use of cannabis varied between 8 and 10 per 100,000 between 2005 and 2010. The drugs co-prescribed to the Dutch patients suggested that cannabis was used primarily to treat chronic pain'. New varieties of medical cannabis will be sold to the Netherlands Government for the price of €2.35 per gramme instead of the current price of €5.80 per gramme.

Czechia: This country permits cannabinoid medicines under a rather strict and limited scheme. Products containing dronabinol or nabilone are not available as authorised medicines and Sativex is an authorised medicine that is currently not traded (EMCDDA, 2018). Prescription is limited to specially qualified doctors with further training in oncology and psychiatry for limited diseases, like cancer, Parkinson's disease, multiple sclerosis and psoriasis. The cannabis products are available at a limited number of pharmacies, the maximum amount that can be prescribed to a patient is 180 g per month and domestic cultivation provides defined varieties of cannabis. The price to the patient is approximately €3.70 per gram and it is not reimbursed by the national health system.

Germany: Medicinal products containing nabilone and nabiximols are available on prescription and they may be reimbursed by national health or social insurance companies since March 2017 . Patients for whom all other treatment options have been exhausted can get a medical prescription for dried cannabis flowers and extracts of standardised quality at a pharmacy (EMCDDA,2018). The prescription of cannabis preparations is not limited to certain specialists, nor is their use limited to specific medical indications. A mechanism for quality-controlled cannabis supply and domestic production the 'Cannabis as Medicine' Act was introduced recently. Germany is the leading medical cannabis market in Europe with estimated 60,000 active patients. (The European Cannabis Report, 2020).

Italy: This mediterranean country invests in the production of standardised cannabis medical products while limiting them internally. Medicinal products containing dronabinol or nabilone are not authorised; the only authorised cannabinoid medicinal product is Sativex, which is reimbursed under the national health insurance scheme (EMCDDA,2018). Doctors can prescribe synthetic cannabinoid derivatives or cannabis plant extracts and active compounds to treat multiple sclerosis pain, chronic pain resistant to conventional treatment, and nausea, vomiting and cachexia associated with cancer or HIV. Any pharmacy can provide the cannabis products which are not allowed to be administered by smoking. Around 10000 patients are currently treated under this program (EMCDDA,2018). The Italian Ministry of Health plans to triple the quantity of medical marijuana to be produced in Italy during 2020, the Stabilimento Chimico Farmaceutico di Firenze is the only body that can legally produce cannabis in the country so far. (Pascual, 2020)

United Kingdom: Medical cannabis has been legal in the UK since 2018. However, only around one hundred patients are thought to have successfully accessed it (missing reference). Major obstacles seem to be the really high costs and the unwillingness of medical professionals to prescribe it (The European Cannabis Report, 2020). “Drug Science”, an independent scientific body on drugs in the UK, launched Europe’s first and biggest national medical cannabis registry, called Project Twenty21, on the November 2019. This study will enrol 20,000 patients by the end of 2021, to create enough evidence on the effectiveness and tolerability of medical cannabis for the treatments of diseases such as Anxiety Disorder, Chronic Pain, Epilepsy, Multiple Sclerosis, Post Traumatic Stress Disorder, Substance Use Disorder (as a harm reduction strategy), Tourette’s Syndrome. Data from this study can then be used by policy makers in the UK and elsewhere (Project Twenty21, 2019).

Figure 8 (ANNEX III - FIGURES) is a map of ongoing clinical trials involving medical cannabis in Europe. Ten countries have an active clinical trial in their territory to explore the effectiveness and other relevant medical data of medical cannabis (The European Cannabis Report, 2020). Additional research is essential for medical cannabis to gain mainstream status in the medicinal community and the lawmakers. Figure 9 (ANNEX III - FIGURES) depicts the wave of legalisation of medical cannabis in most European countries especially the last decade (The European Cannabis Report, 2020). New scientific data and the example of the United States have led many governments in Europe to le-

galise medical cannabis in some way and offer new opportunities for patients and the industry.

A QUALITATIVE STUDY ON THE USE OF MEDICAL CANNBIS TO TREAT CHRONIC PAIN IN GREECE

RESULTS

In total 8 stakeholders were initially identified. After contacting them by email 3 responded. No answer was received from the Ministry of Health, the National Organisation for Medicine, the National Medical Organisation, the Hellenic Society for the Treatment of Pain and Palliative Care and the Group IAMA. An extra stakeholder arose after the interviews were performed, Ms Karanastasi.

Eventually four semi-structured interviews were performed.

- Mr Panastasiou was chosen from KETHEA Therapy center for dependent individuals and the interview was conducted on 27/02/2020. He is the director of KETHEA's research department.
- Ms Vagdatli was chosen from the Hellenic Society of Algology and the interview was conducted on 03/03/2020. She is an anesthesiologist working in a pain management outpatient's clinic in a public hospital in Athens and the president of the Hellenic Society of Algology.
- Ms Poitras was chosen from Patient group MAMAKA and the interview was conducted on 13/03/2020. She is the founder and president of Patient group MAMAKA.
- Ms Karanastasi was contacted individually after Ms Vagdatli suggested to contact her as a person with extensive experience on the use of medicinal cannabis for pain and a member of the board of the hellenic society of anesthesiology. An interview was conducted via Skype on 26/03/2020 due to the lockdown of the covid19 epidemic. She is working in a pain management outpatient's clinic in a private hospital in Athens and is a board member of the Hellenic Society of Anaesthesiology.

The transcripts of the interviews are available in the ANNEX IV. After a relevant request was posed by the stakeholders the interview transcripts were sent to the respective stakeholder representative for review. The reviewed versions were used and are available in the ANNEX IV. All interviewees had no conflict of interest to declare. After using the thematic analysis model the following themes were recognised. A presentation of the results of the interviews follows:

Scientific Research on the use medical cannabis to treat chronic pain is not easy to design but is essential to further establish treatments.

- It is not easy to design a research on the effectiveness of medical cannabis to treat chronic pain. This point was brought up by every person that was interviewed.
- UN categorisation of cannabis makes it difficult to conduct research on medical cannabis. This point was supported by 3 persons.
- Additional research is essential to better understand THC and CBD cannabinoid agents. This point was supported by 2 persons.
- Medical cannabis represents a wide array of active agents, cannabinoids, terpenes and others. This point was supported by 2 persons. A medical professional specified that medical cannabis should be treated as a distinct category of drugs.

Patients often self medicate with unreliable cannabis products or follow non medical advice

- Patients self medicate with medical cannabis to treat chronic pain conditions. Patients nowadays are more curious, might do their own research online and are open to try medical cannabis to treat their conditions. This point was supported by 3 persons.
- Patients might have to use the black market to obtain medical cannabis in Greece. This point was supported by 3 persons.
- It was also stated that results among patients might vary. Many patients report very good outcomes while others see no benefit. This can be because the right dosage and plant variation are not easy to achieve and the whole process needs a lot of time and patience. Medical cannabis in some cases might not treat the pain but might improve appetite, mood and sleeping.

- Pain is the most common indication for people to contact the patient group MAMA-KA and seek treatment with medical cannabis according to Ms Poitras.

Medical professionals are not yet convinced about the usefulness of medical cannabis for chronic pain there are however some exceptions

- Pain treatment with medical cannabis requires an interdisciplinary approach. This point was supported by 3 persons. A medical professional specified that the doctor who treats pain with medical cannabis should coordinate with the other physicians that might treat this patient as well.
- Medical professionals should treat medical cannabis with a scientific way without bias. This point was mentioned by 2 persons. It was also stated that often political decisions or personal views might affect the scientific ones and we should be really cautious about it.
- Hellenic Society of Algology does not support the use of Medical Cannabis to treat chronic pain. It is early to talk about the prescription of medical cannabis, hard evidence is not available yet. There are some indications that medical cannabis has been effective but strong scientific evidence are not yet available. Contrary to that, it was mentioned that medical cannabis is an option to treat chronic pain, as is the position of the EFIC (European Pain Federation) that medical cannabis can be used under specific conditions.
- A medical professional stated that it is really inconvenient for doctors to not be able to offer scientifically backed advice on medical cannabis to their patients. The pain scientific community is waiting for big studies to offer results and a better understanding regarding medical cannabis and pain.
- A physician with experience in the use of medical cannabis offered some examples of its use in a pain management private practice. Medical cannabis can help treat pain on cancer patients that don't tolerate opioids well, can be useful to treat pain on patients addicted to opioids and might be effective as an add on therapy to patients that are already under a wide variety of pain medication with medium satisfaction of results. Additionally, low doses of CBD 2 to 4mg might help treat musculoskeletal pain in old patients.

Discussion around cannabis are often heated, nevertheless it is expected that the greek society is ready to endorse medical cannabis

- It was stated that discussions around medical cannabis might get too passionate and prejudiced sometimes.
- Professionals working with persons' addicted to cannabis use might face some difficulties or feel that their work is threatened once medical cannabis becomes widely available and the boundaries between recreational and medical cannabis are not clear.
- It is presumed that Greek society behaves in a similar way to other European societies. A well thought out and organised regulatory framework that puts medical cannabis or cannabinoid agents available for medical prescription will be accepted widely.

Clear regulations based on science are essential to establish a medical cannabis prescription regime

- A medical professional advocated that clear rules regarding cultivation, processing, dispensing and medical prescribing are essential. Medical cannabis should be regulated by the state and not the free market. It is believed that a safe regulation system can be put in place since other prohibited substances are already in medical use and they are controlled very well.
- An example of how a political decision in the 70s affected the scientific view that cannabis products under the limit of 0,2% THC are thought to be "harmless" and with no psychotropic effects was introduced. The 0,2% THC limit is there because the technology that was available then could only detect THC concentrations over 0,2%

CONCLUSION / DISCUSSION

The endocannabinoid system has been studied extensively and we have a good understanding of how it regulates various transmission pathways (Mallick-Searle and St. Marie, 2019). The evidence for use of medical cannabis to treat chronic pain is evolving rapidly but is currently quite fragmented. Some researchers support the idea of using medical cannabis on an individual trial scheme complementary to existing medication while others are not yet convinced. Cannabis research usually focuses on the whole plant and not on the specific cannabinoids. Many research results can be uncertain since various cannabis chemical varieties 'strains' have different psychoactive properties (Meffert et al., 2019).

It was stated by the stakeholders that not enough conclusive and highly reliable evidence are available regarding medical cannabis and chronic pain. UN categorisations of cannabis that hinders research and its own diversity as a "group of active agents" are the most common reasons why not enough evidence is available yet. A surge in available scientific data of population studies is expected in the coming years since many territories have authorised medical cannabis for chronic pain recently. One example is the national medical cannabis registry that has launched in the United Kingdom, it will enrol 20,000 patients by the end of 2021, and enable a better understanding of effectiveness and tolerability of medical cannabis for the treatments of disease such as chronic pain (Project Twenty21, 2019).

Stakeholders report that some patients access cannabis through the black and self medicate, while others ask their pain doctors more and more often about it and are open to try, this also supported by the available bibliography. We should keep in mind that cannabis is the most popular illicit drug in Europe and there are already black market established networks that can provide it to patients that seek it on their own (Manthey, 2019). Medical guidance to patients that self medicate might promote "safer" use and should be encouraged. We should bear in mind that medical cannabis is a group of different combinations of active molecules, variable preparations and intake methods.

The two medical professionals that were interviewed had a disagreement on whether medical cannabis should be an option for pain treatment currently. One not yet convinced of the available data and the quality of scientific evidence available while the other treats

some of her patients with medical cannabis or CBD extracts, that are widely available as food supplements. One medical professional stated that many of her colleagues feel uncomfortable, because not definitive data are yet available, when patients ask them questions about medical cannabis as Sagy et al. (2018) also report their study. Medical doctors are generally not educated enough about the endocannabinoid system and cannabinoids (Meffert et al., 2019). Thus medical doctors who work on pain management should follow the recent scientific evidence and seek training. Some examples of medical cannabis use in a pain management private practice were offered. Medical cannabis or cannabinoids were suggested to patients under really specific circumstances complementary to common treatments or when those are not well tolerated or effective.

The need for an interdisciplinary approach and really close cooperation between the doctor and the patient was highlighted by the stakeholders and reflects the tangled nature of pain and medical cannabis. It is also supported by a review by MacCallum and Russo, 2018 on practical considerations in medical cannabis administration and dosing. Concerns about the safety of medical cannabis were also raised by the stakeholders. A systematic review of general harms (Nugent et al., 2017) concludes that evidence for potential harms are limited, usually the population receiving medical cannabis might be old and chronically ill already, dosages are not easy to be specified. Patients that are treated with medical cannabis should be well informed about the possible side effects that not enough evidence are available for long term harms.

It was also mentioned by the stakeholders that there are plenty of misconceptions around the medical use of cannabis and sometimes scientific discussions might end up being based on personal beliefs and prejudice. It might not be easy to distinguish between recreational use and medical use in some cases. Legalising medical cannabis does not mean that recreational use is encouraged and allowed by the state. Nevertheless, legalising medical cannabis might wrongly be interpreted that recreational cannabis is safe now and the state promotes it. As with all medicines its use should be monitored by a physician and be tailored to each indication and the comorbidities of the patient.

It is expected that the greek society is ready to accept a well thought out and organised regulatory framework based on scientific evidence. There is trust in the state to define a safe regulation system since other prohibited substances are already in medical use and

they are controlled very well. Stakeholders did not comment extensively on state regulation or possible medical cannabis prescription regimes that can be implemented in Greece.

According to the literature no standard regulatory framework exists (EMCDD,2018). Some states have very progressive policies towards medical and recreational cannabis, others have policies that support medical cannabis with state reimbursement or not, others are in the process of developing medical cannabis prescription regimes and others have no policy at all and prohibit cannabis in all cases. There is a big diversity in policies that has its roots in social, political and economical origins. Each country usually adopts a policy that suits it, however a domino effect is expected in countries of the European Union in the coming years.

SUGGESTIONS

For patients

- Under no circumstances should people with chronic pain self medicate with cannabis without first consulting their doctor.
- Patients seeking self medication with medical cannabis have to understand that there are many effective and safe treatments available for chronic pain management, that are better researched and tolerated than medical cannabis.

For medical professionals

- Doctors who work on pain management should follow the recent scientific evidence and seek training on medical cannabis, if possible.
- Pain treatment requires a comprehensive multidisciplinary approach and medical cannabis might be a useful tool in some cases.

For scientific institutions

- Additional research is essential to better understand in which settings medical cannabis can be used to treat chronic pain.
- Research has to illuminate indications, dosing, contradictions, adverse events and drug interactions for medical cannabis.
- Scientific societies should encourage training of medical professionals on medical cannabis

For state authorities

- States should regulate laws and implement a careful plan on medical cannabis, taking into consideration the available evidence, the scientific guidelines and the experience from other states.
- States themselves have to support research on chronic pain treatments and enable a close monitoring protocol on efficacy and side effects of medical cannabis.

LIMITATIONS

It should be noted that during the execution of the research protocol the COVID19 epidemic emerged in Greece. This might be the reason why some stakeholders did not respond (for example state authorities). Others that initially responded did not eventually participate (for example the Hellenic Society for the Treatment of Pain and Palliative Care). The limited number of the interviewed stakeholders restricts the results of this study.

ACKNOWLEDGEMENTS

I wish to thank all my teachers and acknowledge the support of Ilianna Koukia.

I also wish to express my sincere appreciation to all the persons who I interviewed for the purpose of this study, Mr Papanastasiou, Ms Vagdatli, Ms Poitras, Ms Karanastasi.

I wish to acknowledge the support of my partner Adon, my dear friends Alex and Mike, my family and my friends.

CONFLICT OF INTEREST

The researcher has no conflict of interest to declare.

REFERENCES

Ablin, J., Ste-Marie, P. A., Schafer, M., Hauser, W. and Fitzcharles, M. A. (2016), 'Medical use of cannabis products: lessons to be learned from Israel and Canada', *Schmerz* 30, pp. 3-13.

Bear-McGuinness, L., 2020. Why Was The UN'S Vote On Rescheduling Cannabis Delayed?. [online] Analytical Cannabis. Available at: <<https://www.analyticalcannabis.com/articles/why-was-the-uns-vote-on-cannabis-rescheduling-delayed-312273>> [Accessed 30 March 2020].

Bifulco, M. and Pisanti, S. (2015). *Medicinal use of cannabis in Europe*. *EMBO reports*, 16(2), pp.130-132.

Bloomfield, M., Ashok, A., Volkow, N. and Howes, O. (2016). The effects of Δ 9-tetrahydrocannabinol on the dopamine system. *Nature*, 539(7629), pp.369-377.

Boland, E., Bennett, M., Allgar, V. and Boland, J. (2020). Cannabinoids for adult cancer-related pain: systematic review and meta-analysis. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 10(1), pp.14-24.

Braun, V., et al. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.

Burston, J. and Woodhams, S. (2013). Endocannabinoid system and pain: an introduction. *Proceedings of the Nutrition Society*, 73(1), pp.106-117.

Campos, A., Moreira, F., Gomes, F., Del Bel, E. and Guimarães, F., 2012. Multiple mechanisms involved in the large-spectrum therapeutic potential of cannabidiol in psychiatric disorders. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 367(1607), pp.3364-3378.

Committee for Orphan Medicinal Products, 2016. Delta-9-Tetrahydrocannabinol And Cannabidiol From Extracts Of The Cannabis Sativa L. Plant For The Treatment Glioma. [online] European Medicines Agency. Available at: <<https://www.ema.europa.eu/en/docu>

ments/orphan-designation/eu/3/16/1621-public-summary-opinion-orphan-designation-delta-9-tetrahydrocannabinol-cannabidiol-extracts_en.pdf> [Accessed 27 March 2020].

Corral, V. (2001). Differential Effects of Medical Marijuana Based on Strain and Route of Administration. *Journal of Cannabis Therapeutics*, 1(3-4), pp.43-59.

Conboy, J. R. (2000), 'Smoke screen: America's drug policy and medical marijuana', *Food and Drug Law Journal* 55, pp. 601-617.

Deharo, P., Massoure, P. and Fourcade, L. (2013). Exercise-induced acute coronary syndrome in a 24-year-old man with massive cannabis consumption. *Acta Cardiologica*, 68(4), pp.425-428.

drugscience.org.uk. 2019. Project Twenty21. [online] Available at: <<https://drug-science.org.uk/project-twenty21/>> [Accessed 13 April 2020].

Eof.gr. 2020. Πυρήνας Περίληψης Χαρακτηριστικών Τελικών Προϊόντων Φαρμακευτικής Κάνναβης. [online] Available at: <https://www.eof.gr/c/document_library/get_file?uuid=0c6a14ba-9ac3-4c41-94c6-abb1c582e73d&groupId=12225> [Accessed 1 March 2020].

Emcdda.europa.eu. 2020. EU Drugs Agency Publishes Its First Report On The Medical Use Of Cannabis | [Www.Emcdda.Europa.Eu](http://www.emcdda.europa.eu/news/2018/9/emcdda-publishes-first-report-medical-use-of-cannabis_en#newsDownloads). [online] Available at: <http://www.emcdda.europa.eu/news/2018/9/emcdda-publishes-first-report-medical-use-of-cannabis_en#newsDownloads> [Accessed 31 March 2020].

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2018), *Medical use of cannabis and cannabinoids: questions and answers for policymaking*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2019), *European Drug Report 2019: Trends and Developments*, Publications Office of the European Union, Luxembourg

European Medicines Agency, 2019. An Overview Of Epidyolex And Why It Is Authorised In The EU. [online] Available at: <https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/epidyolex-epar-medicine-overview_en.pdf> [Accessed 27 March 2020].

Giombi, K., Kosa, K., Rains, C. and Cates, S. (2017). Consumers' Perceptions of Edible Marijuana Products for Recreational Use: Likes, Dislikes, and Reasons for Use. *Substance Use & Misuse*, 53(4), pp.541-547.

Goldenberg, M., IsHak, W. and Danovitch, I. (2016). Quality of life and recreational cannabis use. *The American Journal on Addictions*, 26(1), pp.8-25.

Halim, S., 2020. *Learn About Medical Cannabis In The Czech Republic*. [online] <https://www.healtheuropa.eu/medical-cannabis-network/>. Available at: <<https://www.healtheuropa.eu/medical-cannabis-czech-republic/91043/>> [Accessed 21 March 2020].

Herrmann, E., Cone, E., Mitchell, J., Bigelow, G., LoDico, C., Flegel, R. and Vandrey, R. (2015). Non-smoker exposure to secondhand cannabis smoke II: Effect of room ventilation on the physiological, subjective, and behavioral/cognitive effects. *Drug and Alcohol Dependence*, 151, pp.194-202.

POLITICO. 2020. High Time For Legal Cannabis In Europe?. [online] Available at: <<https://www.politico.eu/article/high-time-for-legal-cannabis-in-europe-weed-marijuana-health-care-eu-brussels/>> [Accessed 26 March 2020].

Huestis, M. (2007). Human Cannabinoid Pharmacokinetics. *ChemInform*, 38(47).

Häuser, W., Finn, D., Kalso, E., Krcevski-Skvarc, N., Kress, H., Morlion, B., Perrot, S., Schäfer, M., Wells, C. and Brill, S. (2018). European Pain Federation (EFIC) position paper on appropriate use of cannabis-based medicines and medical cannabis for chronic pain management. *European Journal of Pain*, 22(9), pp.1547-1564.

Hand, A. & Blake, Alexia & Kerrigan, Paul & Samuel, P. & Friedberg, Jeremy. (2016). *History of medical cannabis*. *Cannabis: Medical Aspects*. 9. 387-394.

Hazekamp, A. and Heerdink, E. R. (2013), 'The prevalence and incidence of medicinal cannabis on prescription in the Netherlands', *European Journal of Clinical Pharmacology* 69, pp. 1575-1580.

IASP, 2020. Chronic Pain Has Arrived In The ICD-11 - IASP. [online] [iasp-pain.org](https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=8340&navItemNumber=643). Available at: <<https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=8340&navItemNumber=643>> [Accessed 20 April 2020].

IASP, 2020. International Association For The Study Of Pain - IASP Terminology. [online] [iasp-pain.org](https://www.iasp-pain.org). Available at: <<https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Pain>> [Accessed 20 April 2020].

I Andreae, M. H., Carter, G. M., Shaparin, N., Suslov, K., Ellis, R. J., Ware, M. A., et al. (2015), 'Inhaled cannabis for chronic neuropathic pain: a meta-analysis of individual patient data', *Journal of Pain* 16, pp. 1221-1232.

Kaparoudakis, A., 2018. Κάθε Κατεργάρης Στον Πάγκο Του Για Τη Φαρμακευτική Κάνναβη. [online] [Cannabis News](https://cannabisnews.gr/kathe-katergaris-ston-pagko-tou-gia-tin-farmakeftiki-kannavi/). Available at: <<https://cannabisnews.gr/kathe-katergaris-ston-pagko-tou-gia-tin-farmakeftiki-kannavi/>> [Accessed 10 April 2020].

En.wikipedia.org. 2020. Legality Of Cannabis. [online] Available at: <https://en.wikipedia.org/wiki/Legality_of_cannabis> [Accessed 15 April 2020].

Loflin, M. and Earleywine, M. (2014). A new method of cannabis ingestion: The dangers of dabs?. *Addictive Behaviors*, 39(10), pp.1430-1433.

Lopez, G., 2020. *Marijuana Is Legal For Medical Purposes In 33 States*. [online] [Vox](https://www.vox.com/identities/2018/8/20/17938366/medical-marijuana-legalization-states-map). Available at: <<https://www.vox.com/identities/2018/8/20/17938366/medical-marijuana-legalization-states-map>> [Accessed 18 March 2020].

MacCallum, C. and Russo, E. (2018). Practical considerations in medical cannabis administration and dosing. *European Journal of Internal Medicine*, 49, pp.12-19.

Mallick-Searle, T. and St. Marie, B. (2019). Cannabinoids in Pain Treatment: An Overview. *Pain Management Nursing*, 20(2), pp.107-112.

Manthey, J. (2019). Cannabis use in Europe: Current trends and public health concerns. *International Journal of Drug Policy*, 68, pp.93-96.

Mason, J. (2002). *Qualitative Researching* (2nd edition ed.). London: Sage.

Mazzocanti, G., Ismail, O., D'Acquarica, I., Villani, C., Manzo, C., Wilcox, M., Cavazzini, A. and Gasparini, F., 2017. Cannabis through the looking glass: chemo- and enantio-selective separation of phytocannabinoids by enantioselective ultra high performance supercritical fluid chromatography. *Chemical Communications*, 53(91), pp.12262-12265.

MedReleaf, 2020. The History Of Medical Cannabis. [online] *Visualcapitalist.com*. Available at: <<https://www.visualcapitalist.com/wp-content/uploads/2018/06/history-of-medical-cannabis.html>> [Accessed 25 April 2020].

Meffert, B., Morabito, D., Mosich, M., Loflin, M., Sottile, J. and Heinz, A. (2019). Navigating Blind in the Green Rush: Clinical Considerations and Harm Reduction Practices for Cannabis. *Current Drug Research Reviews*, 11(1), pp.3-11.

Mucke, M., Weier, M., Carter, C., Copeland, J., Degenhardt, L., Cuhls, H., et al. (2018b), 'Systematic review and meta-analysis of cannabinoids in palliative medicine', *Journal of Cachexia, Sarcopenia, and Muscle* 9, pp. 220-234.

Nugent, S., Morasco, B., O'Neil, M., Freeman, M., Low, A., Kondo, K., Elven, C., Zakher, B., Motu'apuaka, M., Paynter, R. and Kansagara, D. (2017). The Effects of Cannabis Among Adults With Chronic Pain and an Overview of General Harms. *Annals of Internal Medicine*, 167(5), p.319.

Nutt, D., 2015. Illegal Drugs Laws: Clearing a 50-Year-Old Obstacle to Research. *PLOS Biology*, 13(1), p.e1002047.

Nutt, D., King, L. and Nichols, D., 2013. Effects of Schedule I drug laws on neuroscience research and treatment innovation. *Nature Reviews Neuroscience*, 14(8), pp.577-585.

Palinkas, L., Horwitz, S., Green, C., Wisdom, J., Duan, N. and Hoagwood, K., 2013. Purposeful Sampling for Qualitative Data Collection and Analysis in Mixed Method Implemen-

tation Research. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 42(5), pp.533-544.

Pascual, A., 2020. *Marijuana Production In Italy To Nearly Triple In 2020*. [online] Marijuana Business Daily. Available at: <<https://mjbizdaily.com/italy-to-nearly-triple-domestic-medical-cannabis-production-in-2020/>> [Accessed 21 March 2020].

Patrick, M., Bray, B. and Berglund, P. (2016). Reasons for Marijuana Use Among Young Adults and Long-Term Associations With Marijuana Use and Problems. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 77(6), pp.881-888.

Pisanti, S. and Bifulco, M. (2017). *Modern History of Medical Cannabis: From Widespread Use to Prohibitionism and Back*. *Trends in Pharmacological Sciences*, 38(3), pp.195-198.

Polit, D. and Beck, C., 2010. Generalization in quantitative and qualitative research: Myths and strategies. *International Journal of Nursing Studies*, 47(11), pp.1451-1458.

Pope, C., et al. (1995). Qualitative Research: Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ*, 311(6996), 42-45.

Price, S., 2020. *The Netherlands Introduces New Medical Cannabis Varieties For Patients*. [online] <https://www.healtheuropa.eu/medical-cannabis-network/>. Available at: <<https://www.healtheuropa.eu/the-netherlands-introduces-new-medical-cannabis-varieties-for-patients/97477/>> [Accessed 21 March 2020].

drugscience.org.uk. 2020. Project Twenty21 - Drugscience.Org.Uk. [online] Available at: <<https://drugscience.org.uk/project-twenty21/>> [Accessed 13 April 2020].

Rice, A., Smith, B. and Blyth, F., 2016. Pain and the global burden of disease. *PAIN*, 157(4), pp.791-796.

Romero-Sandoval, E., Kolano, A. and Alvarado-Vázquez, P. (2017). Cannabis and Cannabinoids for Chronic Pain. *Current Rheumatology Reports*, 19(11).

Sagy, I., Peleg-Sagy, T., Barski, L., Zeller, L. and Jotkowitz, A. (2018). Ethical issues in medical cannabis use. *European Journal of Internal Medicine*, 49, pp.20-22.

Stockings, E., Campbell, G., Hall, W. D., Nielsen, S., Zagic, D., Rahman, R., et al. (2018a), 'Cannabis and cannabinoids for the treatment of people with chronic non-cancer pain conditions: a systematic review and meta-analysis of controlled and observational studies', *Pain* 159, pp. 1932-1954.

Terzidou, M., 2020. Greece Country Drug Report 2019 | [Www.Emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu). [online] [Emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu). Available at: <http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2019/greece_en> [Accessed 14 April 2020].

2020. *The European Cannabis Report*. 5th ed. [ebook] London: Prohibition Partners. Available at: <<https://prohibitionpartners.com/reports/#the-european-cannabis-report-fifth-edition>> [Accessed 13 April 2020].

vdilawfirm, 2020. Το Νομοθετικό Πλαίσιο Της Καλλιέργειας Φαρμακευτικής Κάνναβης Στην Ελλάδα | VDI. [online] VDI. Available at: <<https://www.vdilawfirm.com/el/the-legal-framework-on-the-cultivation-of-medical-cannabis-in-greece-2/>> [Accessed 12 April 2020].

Watson, R., 2019. Euro MPs back wider use of medical cannabis amid call for more research. *BMJ*, p.l759.

WHO Expert Committee on Drug Dependence, 2019. [online] Available at: <https://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/UNSG_SignedDGletter.pdf?ua=1> [Accessed 30 March 2020].

Therapeutic uses of cannabinoids. 2020. WHO | Cannabis. [online] Available at: <https://www.who.int/substance_abuse/facts/cannabis/en/> [Accessed 30 March 2020].

Who.int. 2020. Palliative Care. [online] Available at: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>> [Accessed 15 April 2020].

World Drug Report 2019 (United Nations publication, Sales No. E.19.XI.8).

Wong, S. and Wilens, T. (2017). Medical Cannabinoids in Children and Adolescents: A Systematic Review. *Pediatrics*, 140(5), p.e20171818.

Zuardi, A. (2006). *History of cannabis as a medicine: a review*. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(2), pp.153-157.

Υπουργείο Υγείας. 2020. Διαγνωστικά Και Θεραπευτικά Πρωτόκολλα Συνταγογράφησης Επώδυνων Συνδρόμων. [online] Available at: <<https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-drasesis-gia-thn-ygeia/kwdikopoihseis/therapeytika-prwtokolla-syntagografhshs/diagnwstika-kai-therapeytika-prwtokolla-syntagografhshs/5418-diagnwstika-kai-therapeytika-prwtokolla-syntagografhshs-epwdynwn-syndromwn>> [Accessed 25 April 2020].

ANNEX I - DEFINITIONS & ABBREVIATIONS

DEFINITIONS

- Cannabinoids: The Cannabis plant contains more than 100 distinct cannabinoid constituents in addition to a large number of different terpenes, flavonoids and other compounds. THC and CBD are some of the most researched cannabinoids.
- Cannabinoid agents: For this research this term refers to either synthetic, semi-synthetic or plant-derived combinations of cannabinoids but always chemically defined compounds.
- Cannabis based medicines: For this research this term refers to registered medicinal cannabis extracts with defined and standardised THC and THC/CBD content, e.g. Namisol®
- Cannabis plant: For this research this term refers to the whole plant *Cannabis sativa* L. , *Cannabis indica* Lam. or *Cannabis ruderalis* Janisch.
- CBD: Cannabidiol, is one of identified cannabinoids in cannabis plants and accounts for up to 40% of the plant's extract (Campos et al., 2012).
- CBN: Cannabinol, is a mildly psychoactive cannabinoid found in trace amounts in Cannabis plant.
- Chronic cancer-related pain: is chronic pain that is due to cancer or its treatment, such as chemotherapy (IASP, 2020).
- Chronic Pain: For this research this term includes both chronic primary pain and Chronic secondary pain. Chronic pain affects 20% of people worldwide. Distress, demoralisation and functional impairment often accompany chronic pain, making it a major source of suffering and economic burden (IASP, 2020).
- Chronic primary pain: is characterised by disability or emotional distress and not better accounted for by another diagnosis of chronic pain (IASP, 2020).
- Chronic secondary pain: is chronic pain where the pain is a symptom of an underlying condition. Chronic secondary pain is organised into the following six categories: chronic cancer-related pain is chronic pain, chronic post-surgical or post-traumatic pain is chronic pain, chronic neuropathic pain is chronic pain, chronic secondary headache or orofacial pain, chronic secondary orofacial pain, chronic secondary visceral pain and chronic secondary musculoskeletal pain (IASP, 2020).
- Chronic neuropathic pain: Pain caused by a lesion or disease of the somatosensory nervous system (IASP, 2020).

- Medical cannabis: For this research this term refers to cannabis plants and plant materials, e.g. flowers, marijuana, hashish, buds, leaves, or full plant extracts used for medical reasons.
- Industrial Hemp: Industrial hemp refers to cannabis plants cultivated for high yields of materials like seeds, fibre and oil, with low concentrations of psychoactive compounds.
- Pain: An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage (IASP, 2020).
- Recreational Cannabis: It refers to the use of cannabis plant products of high THC concentration, smoking or consuming edibles for recreational purposes. It is illegal in most countries and can be found on black market.
- THC: 9-tetrahydrocannabinol, is one cannabinoids identified in cannabis. It is lipid and the principal psychoactive constituent of cannabis. THC, dimethylheptylpyran and parahexyl is one of three cannabinoids scheduled by the UN Convention on Psychotropic Substances (Mazzocanti et al., 2017).

ABBREVIATIONS

- AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome
- COVID19: Coronavirus Disease 2019
- CNCP: Chronic Non Cancer Pain conditions
- CBD: Cannabidiol
- ECDD: WHO Expert Committee on Drug Dependence
- EU: European Union
- EFIC: European Pain Federation
- EMCDDA: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
- FDA: Food and Drug Administration
- IASP: International Association for the Study of Pain
- LSD: lysergic acid diethylamide
- MEPs: Members of the European Parliament
- MDMA: 3,4-methylenedioxymethamphetamine (ecstasy)
- THC: Tetrahydrocannabinol
- UN: United Nations
- US: United States
- WHO: World Health Organisation
- The United Nations' Commission on Narcotics and Drugs (UN CND)

ANNEX II - QUESTIONS FOR THE STAKEHOLDERS

Ερωτήσεις προς κύριο Παπαναστασάτο

- Σύντομη προσωπική παρουσίαση και του οργανισμού που εκπροσωπείτε.
- Δήλωση περί σύγκρουσης συμφερόντων.
- Υπάρχουν προγράμματα απεξάρτησης από τα κανναβινοειδή στον οργανισμό σας;
- Είστε εξοικειωμένος/η με τη χρήση κανναβινοειδών στη διαχείριση του χρόνιου πόνου;
- Ποιες είναι οι σκέψεις σας σχετικά με τη συνταγογράφηση κανναβινοειδών στη διαχείριση του χρόνιου πόνου;
- Θέλετε να προσθέσετε κάτι ακόμη;

Ερωτήσεις προς κυρία Βαγδατλή

- Σύντομη προσωπική παρουσίαση και του οργανισμού που εκπροσωπείτε.
- Δήλωση περί σύγκρουσης συμφερόντων.
- Είστε εξοικειωμένος/η με τη χρήση κανναβινοειδών στη διαχείριση του χρόνιου πόνου;
- Σας αναφέρουν οι ασθενείς σας τη χρήση κανναβινοειδών στη διαχείριση του χρόνιου πόνου;
- Ποιες είναι οι σκέψεις σας σχετικά με τη συνταγογράφηση κανναβινοειδών στη διαχείριση του χρόνιου πόνου;
- Υπό ποιες συνθήκες θα προτεινάτε σε ασθενείς σας που πάσχουν από χρόνια πόνο σκευάσματα κανναβινοειδών;
- Θέλετε να προσθέσετε κάτι ακόμη;

Ερωτήσεις προς κυρία Πόιτρας

- Σύντομη προσωπική παρουσίαση και του οργανισμού που εκπροσωπείτε.
- Δήλωση περί σύγκρουσης συμφερόντων.
- Είστε εξοικειωμένος/η με τη χρήση κανναβινοειδών στη διαχείριση του χρόνιου πόνου;
- Σας αναφέρουν τα μέλη σας τη χρήση κανναβινοειδών στη διαχείριση του χρόνιου πόνου;
- Ποιες είναι οι σκέψεις σας σχετικά με τη συνταγογράφηση κανναβινοειδών στη διαχείριση του χρόνιου πόνου;
- Θέλετε να προσθέσετε κάτι ακόμη;

Ερωτήσεις προς κυρία Καραναστάση

- Σύντομη προσωπική παρουσίαση.
- Δήλωση περί σύγκρουσης συμφερόντων.
- Είστε εξοικειωμένος/η με τη χρήση κανναβινοειδών στη διαχείριση του χρόνιου πόνου;
- Σας αναφέρουν οι ασθενείς σας τη χρήση κανναβινοειδών στη διαχείριση του χρόνιου πόνου;
- Ποιες είναι οι σκέψεις σας σχετικά με τη συνταγογράφηση κανναβινοειδών στη διαχείριση του χρόνιου πόνου;
- Υπό ποιες συνθήκες θα προτείνατε σε ασθενείς σας που πάσχουν από χρόνια πόνο σκευάσματα κανναβινοειδών;
- Θέλετε να προσθέσετε κάτι ακόμη;

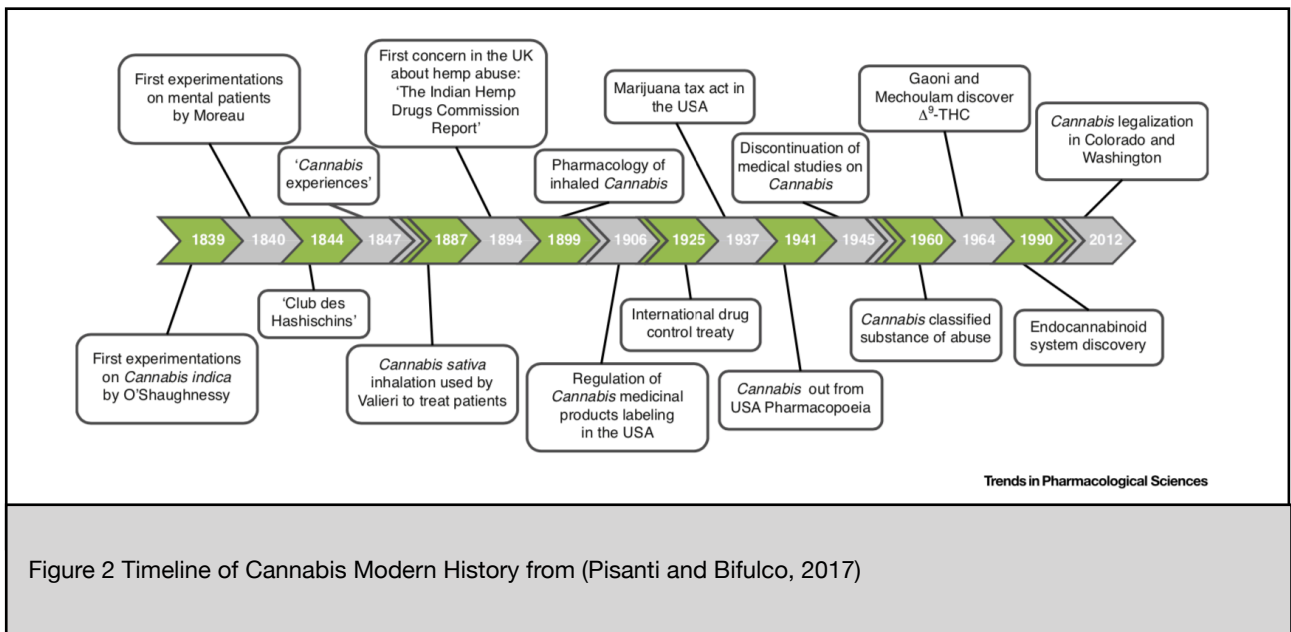
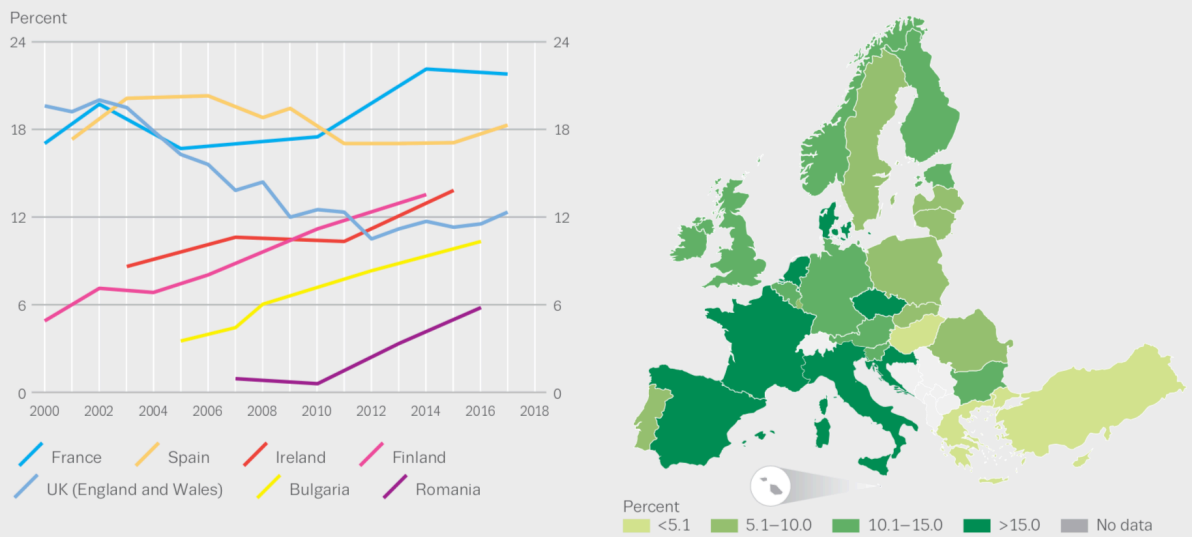


Figure 2 Timeline of Cannabis Modern History from (Pisanti and Bifulco, 2017)

Last year prevalence of cannabis use among young adults (15-34): selected trends and most recent data



NB: Age ranges other than 15-34 are reported by Denmark, United Kingdom and Norway (16-34), Sweden (17-34), Germany, France, Greece and Hungary (18-34).

Figure 3 (European drug report 2019, 2019)

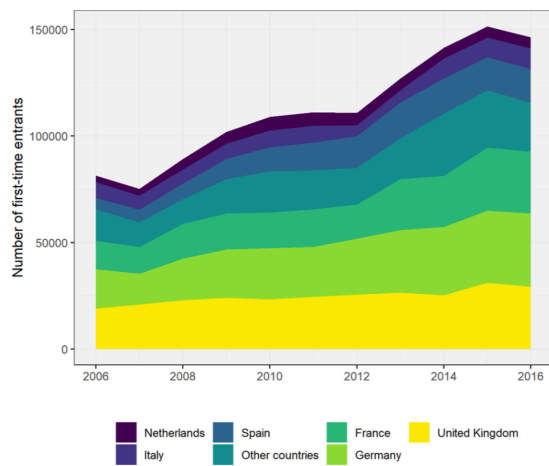


Fig. 2. Trend of first-time entrants for cannabis use disorders in selected European countries (obtained from (European Monitoring Centre for Drugs & Drug Addiction, 2018)).

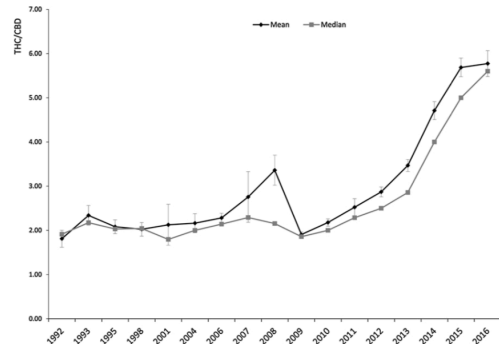


Fig. 3. Evolution of THC/CBD ratio (mean and median) by year, from 1992 to mid-2016 (obtained from (Dujourdy & Besacier, 2017)).

Figure 4 Cannabis use in Europe Current trends and public health concerns (Manthey, 2019)

Summary of the evidence for the medical use of cannabis and cannabinoids

Disease/symptoms	Products tested	Strength of evidence	Limitations
Nausea and vomiting associated with cancer chemotherapy	Cannabinoids	Weak	Few studies testing against newer, more effective anti-emetics. Newer chemotherapy regimens produce less nausea. Little evidence available about use in other types of nausea.
Appetite stimulant in patients with AIDS-related wasting	Dronabinol/THC	Weak	Fewer AIDS-related cases available to treat now. Little evidence available about use to stimulate appetite in people with other conditions.
Muscle spasm in patients with multiple sclerosis	Nabiximols	Moderate	Patients report reductions, but more limited impact on clinician ratings.
CNCP, including neuropathic pain	Cannabis and cannabinoids	Moderate	Small (but statistically significant) effect compared with placebo.
Palliative care for cancer	Cannabinoids	Insufficient	Larger, better-designed trials are needed.
Intractable childhood epilepsy	CBD	Moderate	Evidence for use in adjunctive therapy in people with Dravet or Lennox-Gastaut syndrome. More studies are needed to look at dosage, interactions and use in people with other forms of epilepsy.
Other medical uses, such as sleep disorders, anxiety disorders, depression, degenerative neurological disorders, and inflammatory bowel disease	Cannabis or cannabinoids	Insufficient	Some evidence for short-term effects in some conditions (e.g. sleep disorders) but larger, better-designed trials are needed, with longer follow-up.

Figure 5 (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2018)

Table 1 | **The status of certain substances in the international, UK and US legislation**

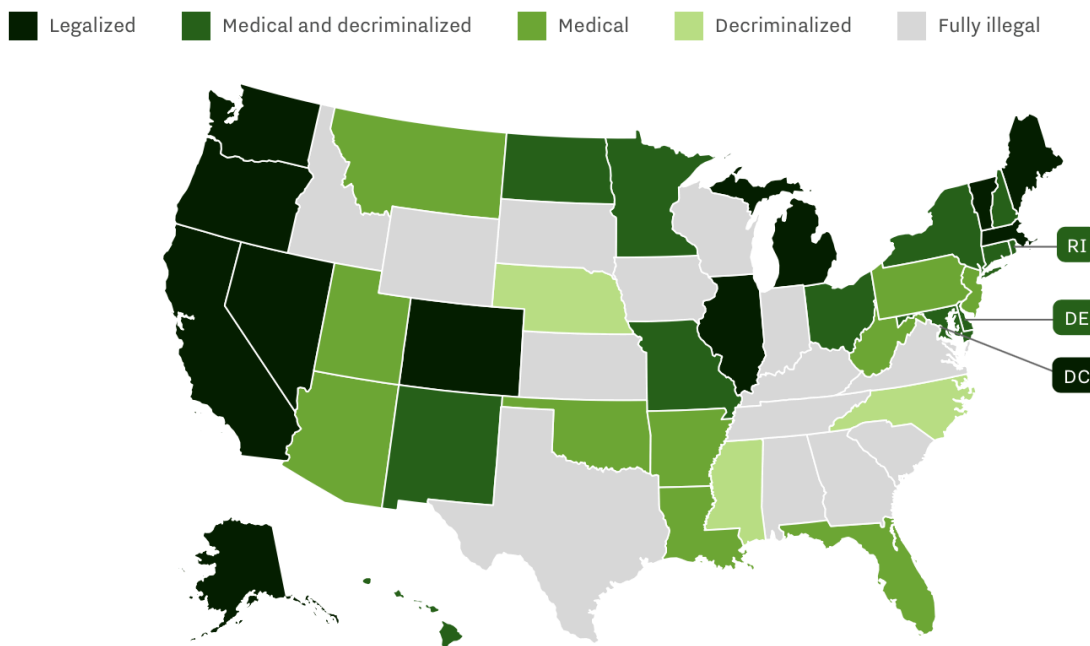
Substance	United Nations conventions	UK Misuse of Drugs Regulations	UK Misuse of Drugs Act	US Controlled Substances Act
Amphetamine	Schedule II (1971)	Schedule 2	Class B	Schedule II
Cannabis and cannabis resin	Schedules I and IV (1961)	Schedule 1	Class B	Schedule I
Cannabidiol	Not listed	Not listed	Not listed	Not listed
Cocaine	Schedule I (1961)	Schedule 2	Class A	Schedule II
2-bromo-LSD	Not listed	Schedule 1?	Class A? (uncertain)	Not listed
Heroin (also known as diamorphine)	Schedule I (1961)	Schedule 2	Class A	Schedule I
Ketamine	Not listed	Schedule 4	Class C	Schedule III
LSD (also known as lysergide)	Schedule I (1971)	Schedule 1	Class A	Schedule I
MDMA (also known as ecstasy)	Schedule I (1971)	Schedule 1	Class A	Schedule I
Methamphetamine	Schedule II (1971)	Schedule 2	Class A	Schedule II
Methoxetamine	Not listed	Schedule 1	Class B	Not listed
Psilocybin	Schedule I (1971)	Schedule 1	Class A	Schedule I
THC (also known as dronabinol)	Schedule II (1971)	Schedule 2	Class B	Schedule III
THCV	Not listed	Schedule 1	Class B	Not listed

The UK Misuse of Drugs Act (1971) categorizes drugs into three classes according to harms (A>B>C) and these determine the penalties for possession (7 >5>3 years in prison, respectively) or supply (life>14>14 years, respectively). In the United States, the situation is more complex, in that each drug has its own level of penalties applied. The United Nations conventions and the US Controlled Substances Act use roman numerals for the Schedules (that is, I, II, and so on), whereas the UK Misuse of Drugs Regulations use Arabic numerals (that is, 1, 2, and so on). LSD, lysergic acid diethylamide; MDMA, 3,4-methylenedioxy-N-methylamphetamine; THC, Δ^9 -tetrahydrocannabinol; THCV, tetrahydrocannabivarin.

Figure 6 (Nutt, King and Nichols, 2013)

Marijuana laws in the US

Note: Vermont and Washington, DC, do not allow marijuana sales for recreational purposes.

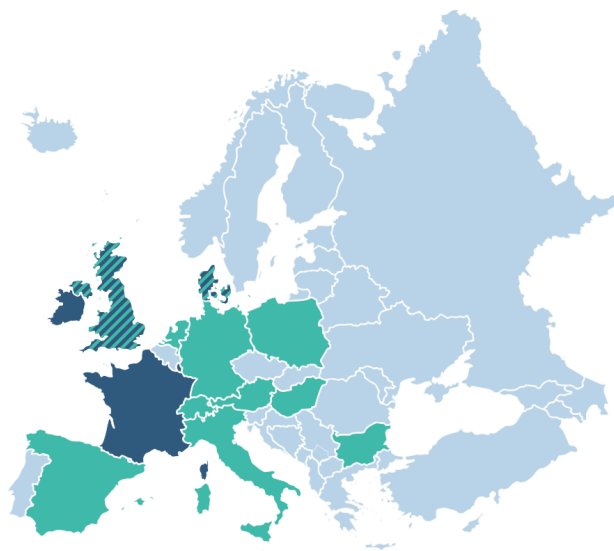


Source: Marijuana Policy Project
Credit: German Lopez

Vox

Figure 7 Lopez, G., 2020. *Marijuana Is Legal For Medical Purposes In 33 States*. [online] Vox. Available at: <<https://www.vox.com/identities/2018/8/20/17938366/medical-marijuana-legalization-states-map>> [Accessed 18 March 2020].

Map of ongoing clinical trials involving medicinal cannabis in Europe



◆ COUNTRIES WITH ACTIVE CLINICAL TRIALS

Austria, Bulgaria, Denmark, Germany, Hungary, Netherlands, Poland, Spain, Switzerland, United Kingdom

◆ COUNTRIES WITH PILOT ACCESS SCHEMES

Ireland, UK, France, Luxembourg, Denmark

◆ CONDITIONS BEING INVESTIGATED

Arthritis, Cancer, Dermatomyositis, Diffuse Cutaneous Systemic Sclerosis, Endometriosis, Infantile Spasms, MS, Pain, Parkinsons, Rett Syndrome, Schizophrenia, Tourettes

Source: Prohibition Partners/Clinicaltrials.gov.

Note: Several trials are being carried out in multiple regions but are considered part of the same clinical trial.

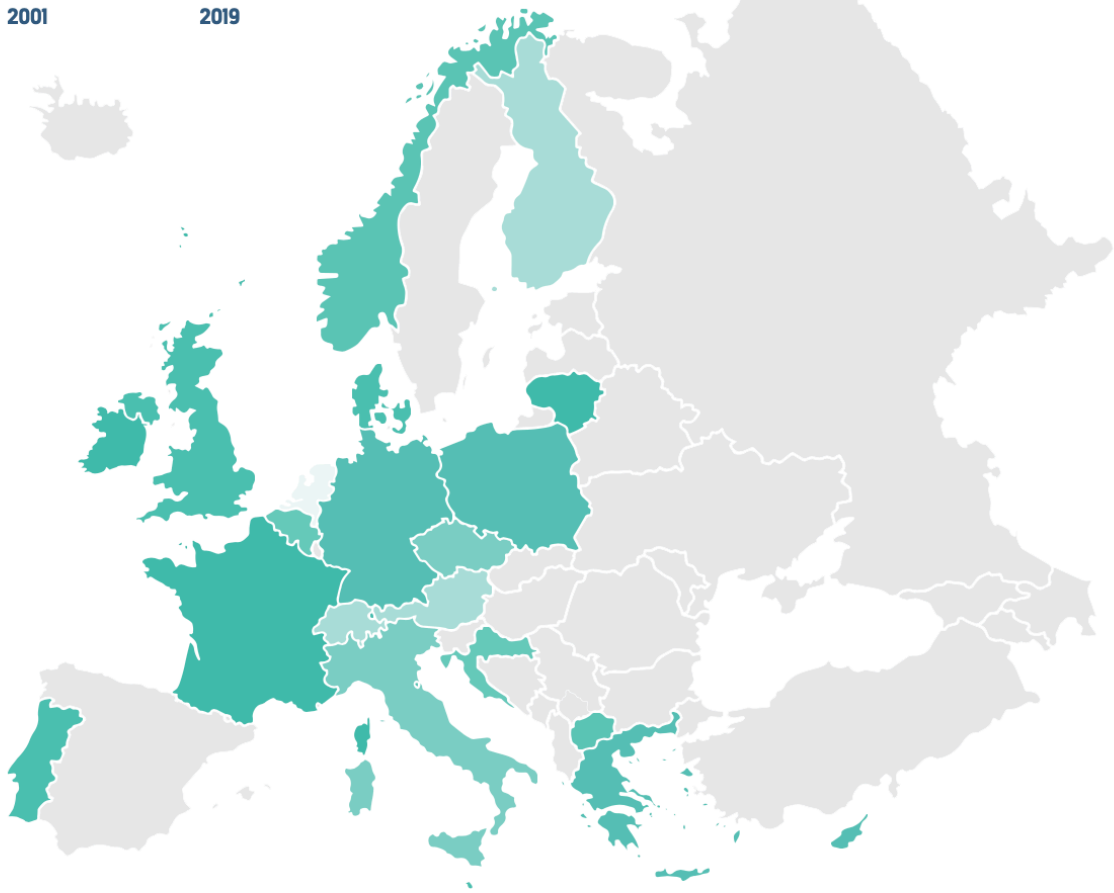
Figure 8 (The European Cannabis Report, 2020)

Legalisation of Medical Cannabis

DATE OF LEGALISATION

2001

2019



Source: <https://www.cannabisbarcelona.com/blog/cannabis-friendly-cities-in-europe-cannabis-barcelona>

Figure 9 (The European Cannabis Report, 2020)

ANNEX IV - THE TRANSCRIPTS OF THE INTERVIEWS

Πρακτικό συνέντευξης με εκπρόσωπο του ΚΕΘΕΑ κύριο Παναστασίου 27/02/2020

Σύντομη προσωπική παρουσίαση και του οργανισμού που εκπροσωπείτε.

Είμαι ο Γεράσιμος Παπαναστασάτος, διευθυντής του τομέα έρευνας του κέντρου θεραπείας εξαρτημένων ατόμων. Δεν εκπροσωπώ όμως με αυτά που λέω το κέντρο θεραπείας εξαρτημένων ατόμων. Δεν ξέρω τι θα πούμε, αλλά αυτό που θέλω να τονίσω είναι πως οι απαντήσεις που θα σας δώσω είναι απαντήσεις που συγκροτούνται μέσα από την δική μου εμπειρία επιστημονικής έρευνας και την πεποίθηση που δημιουργείται από αυτή την εμπειρία. Από εκεί είναι και τα δεδομένα που φέρνω στο ΚΕΘΕΑ για να διαμορφώσει πολιτική θέση σε μείζονα ζητήματα που σχετίζονται με την πολιτική των ναρκωτικών κι επειδή κουβεντιάζουμε για την κάνναβη, η κάνναβη είναι ένα πολύ πολυσυζητημένο πεδίο που ξεκινά από την δαιμονοποίηση και φτάνει μέχρι την ιεροποίηση της, στον τρόπο με τον οποίο γίνεται αντιληπτή και αρκετά συχνά χωρίς ψύχραιμη συζήτηση. Αυτό το χαρακτηριστικό της μη ψύχραιμης συζήτησης αρκετά συχνά παρασύρει και το ΚΕΘΕΑ το ίδιο. Για αυτό λέω δεν εκπροσωπώ το ΚΕΘΕΑ και αυτά που θα πούμε βασίζονται στην πραγματικότητα στην θεμελίωση της επιστημονικής γνώσης που μέχρι τώρα έχουμε στα χέρια μας

Υπάρχουν προγράμματα απεξάρτησης από τα κανναβινοειδή στον οργανισμό σας;

Παρόλο που σπάνια θα βρείτε αποκλειστικά προγράμματα που απευθύνονται στην προβληματική χρήση κάνναβης ή μόνο για κάνναβη όλο και περισσότερο τα αιτήματα θεραπείας ιδιαίτερα στα προγράμματα που εξυπηρετούν νεαρούς ενήλικες αυξάνουν πολύ, αποκλειστικά για προβλήματα που σχετίζονται με την κάνναβη. Να σας δώσω ένα παράδειγμα: την περασμένη δεκαετία τα αιτήματα που αποκλειστικά για την κάνναβη παρουσιάζονταν στο ΚΕΘΕΑ δεν ήταν περισσότερα από 2 ή 3 στα 100. Αυτή τη στιγμή είναι περισσότερα από 20 με 25 στα 100. Τα αιτήματα για θεραπεία πέρυσι το 2019 δηλαδή, ήταν για την κάνναβη αποκλειστικά περισσότερα από το 1/5 . Αφορά νέους ενήλικες, μετέφηβους στην πραγματικότητα και συνήθως, για να έχετε μία εικόνα, πρόκειται για ανθρώπους οι οποίοι είναι ενταγμένοι στο εκπαιδευτικό σύστημα και ο κύριος λόγος που θέλουν υποστήριξη για να αντιμετωπίσουν τη χρήση που εκτιμούν πως δεν μπορούν να το κάνουν μόνοι τους είναι η διάσπαση προσοχής την οποία αντιλαμβάνονται ότι βιώνουν. Αυτό είναι το πρόβλημα το οποίο παρουσιάζουν οι ίδιοι. Γιατί αναρωτηθήκαμε και εμείς και ψάξαμε να βρούμε για ποιο λόγο ξεκινούν θεραπεία, γιατί σε αυτές τις ηλικίες

κυριαρχεί η άποψη ότι η κάνναβη είναι ακίνδυνη και αυτά είναι τα δεδομένα που παίρνουμε από την ESPAD [the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs] η μεγάλη έρευνα της παρακολούθησης της αντίληψης και των στάσεων των νέων. Κυριαρχεί η αντίληψη λοιπόν στους Νέους ότι η επικινδυνότητα της κάνναβης σε σχέση με όλες τις άλλες παράνομες ψυχοδραστικές ουσίες είναι εξαιρετικά μειωμένη, είναι ελάχιστη. Το να μπαίνει κανείς στο βίωμα μιας καταναγκαστικής συμπεριφοράς που περιλαμβάνει την κάνναβη και να καταλήγει να ζητά βοήθεια για αυτό μας κάνει και εμάς να αναρωτηθούμε πως νοηματοδοτείται από αυτούς που έρχονται

Είστε εξοικειωμένος με τη χρήση των κανναβινοειδών για το χρόνιο πόνο.

Φυσικά το ζήτημα με τα κανναβινοειδή είναι ότι έχουμε τρεις μεγάλες κατηγορίες έχουμε την την Δ τετραϊδοκανναβινόλη την περίφημη THC έχουμε την CBD και την CBN. Και τα τρία μπορούν με κάποιο τρόπο να έχουν χρήση στην φαρμακευτική φαρέτρα και σίγουρα μπορούν να δώσουν μία σειρά από λύσεις εκεί που άλλα φάρμακα δεν μπορούν να το κάνουν δεν ξέρουμε όμως στην πραγματικότητα που πως πότε και γιατί. Θα με ρωτήσετε τώρα γιατί συμβαίνει αυτό, σε κάθε περίπτωση ο τρόπος με τον οποίο προκαταληπτικά η παγκόσμια πολιτική για τα ναρκωτικά έχει κατατάξει και την κάνναβη ομοίως με πολύ πιο βαριές ψυχοδραστικές ουσίες ότι αφορά την ψυχοδραστική τους διάσταση όπως είναι η εφεδρίνη, η μεθαμφεταμίνη, η ηρωίνη, η μορφίνη όπως είναι η κοκαΐνη έχει καταταχθεί με τον ίδιο τρόπο στους πίνακες. Και μάλιστα η τοποθέτηση της στον πρώτο και στον τέταρτο πίνακα των ελεγχόμενων ουσιών δεν επιτρέπει να κάνουμε έρευνα. Στην πραγματικότητα δεν έχουμε τη δυνατότητα να κάνουμε κλινική έρευνα με την κάνναβη και ότι κάνουμε είναι στα όρια του νόμιμου. Εσείς ό,τι κάνετε, οι γιατροί δηλαδή, είναι στα όρια της νομιμότητας: το να προτείνετε THC με κάποιο τρόπο, ουσία την οποία δεν μπορεί να βρει εύκολα ο ασθενής και πρέπει να την παραγγείλει από το εξωτερικό με ένα βαθμό επικινδυνότητας να θεωρηθεί ότι είναι έμπορος παράνομων ουσιών. Έτσι, όλη αυτή τη συζήτηση εντάσσεται σε μία διαδικασία παράνομων ουσιών και όχι ιατρικής αντίληψης.

Λοιπόν ναι γνωρίζω ότι υπάρχει το ζήτημα διαχείριση του πόνου με εργαλείο την κάνναβη, γνωρίζω επίσης ότι αυτά τα οποία έχουμε αυτή τη στιγμή ως διαθέσιμα εργαλεία η φάρμακα προέρχονται από το CBD κυρίως. Αν και εγώ υποψιάζομαι, χωρίς να έχω χημικές γνώσεις, χωρίς να μπορώ να πω μικροβιολογικά πώς μπορεί να λειτουργήσει, πως ως αναλγητικό εργαλείο θα περίμενε κανείς την THC να λειτουργεί ως περισσότερο ισχυρός παράγοντας από το CBD η το CBN, παρόλο που οι υποδοχείς που δέχονται CBD ή THC, είναι διαφορετικοί και παρόλο που ο πόνος συνήθως, αν είναι ιδιαίτερα μύϊκος θα

περίμενε κανείς να έχει μία λειτουργία μέσω του CBD και όχι μέσω της THC. Παραμένει όμως η υπόθεση μου, είναι κάτι που θα το δούμε όταν και όποτε μπορέσουμε ερευνητικά, ότι η THC έχει σοβαρότερη αναλγητική δράση από ότι το CBD . Τώρα αντιλαμβάνομαι τον πόνο όπως το ρωτάτε με όρους πραγματικούς. Δεν εννοώ συναισθηματικό πόνο ή ψυχικό πόνο παρόλο που αρκετά συχνά βιώνουμε και τέτοιες διαστάσεις. Θεωρούσα αυτό που ορθολογικά εννοούμε πονόδοντο, πόνο, χρόνιος πόνος, ημικρανία, αν λοιπόν δεν έχουμε τέτοιου τύπου τέτοιου τύπου διαχωρισμούς και δεν κάνουμε τέτοιου τύπου διαχωρισμός τώρα CBD, CBN πολύ λιγότερο η THC πρέπει να δούμε πώς τα case reports που έχουμε μας λένε πως υπάρχει μία ένδειξη πως το CBD μπορεί να καταβάλει την κρίση σχιζοφρένειας ενώ θα την πυροδοτήσει η THC. Επομένως, είναι πάρα πολύ σημαντικό να μπορούμε να έχουμε την τεχνολογική δυνατότητα διαχωρισμού που την έχουμε πετύχει σε πολύ μεγάλο βαθμό από τα έκδοχα του φυτού. Αυτό που έχει σημασία είναι να μπορούμε να διαγνώσουμε καταρχήν το τι είναι αυτό που στοχεύουμε, ποιος είναι ο πυρήνας τον οποίο θέλουμε να στοχεύσουμε κι επομένως να χρησιμοποιήσουμε το κατάλληλο εργαλείο, την κατάλληλη ουσία, το κατάλληλο στοιχείο.

Έδωσα ένα παράδειγμα με τη σχιζοφρένεια όπως προκύπτει από πολλά ιατρικά reports. Μας δίνουν τη διαφορούμενη επίπτωση που μπορεί να έχει η χρήση της κάνναβης, του φυτού, που θα πυροδοτήσει τη σχιζοφρένεια ενώ το CBD ως έκδοχο θα το διαχειριστεί πολύ καλύτερα.

Ας υποθέσουμε ότι υπάρχει το πλαίσιο από το κράτος για Medical Cannabis. Ποιες είναι οι σκέψεις σας σχετικά με τη συνταγογράφηση κανναβινοειδών στη διαχείριση του χρόνιου πόνου;

Αν κατάλαβα καλά την ερώτηση, η Ελλάδα δεν είναι νησί. Έχει πολλά νησιά αλλά δεν είναι νησί. Είναι μία χώρα η οποία βιώνει με τρόπο παγκόσμιου συγχρονισμού την ανάγκη εκσυγχρονισμού με εναρμόνιση και πολιτικές και τρόπο ζωής ως οργάνωση της αντίληψης της καθημερινότητας, με νομοθεσία συμβατή με την Ευρωπαϊκή Ένωση από τη μία μεριά, και από την άλλη, με το σύγχρονο δυτικό κόσμο. Με αυτή την έννοια δεν είναι ότι εμείς είμαστε το δοξασμένο παρελθόν που παρά πολύ συχνά παρουσιάζεται, ή η βλαχιά της Ευρώπης. Είμαστε μία χώρα η οποία έχει αρκετά σημαντικά συγκλίνοντες δείκτες με αυτό που συμβαίνει γενικά στον κόσμο. Με την έννοια αυτή δεν είναι ότι φοβάμαι τόσο την αντίδραση της ελληνικής κοινωνίας σε ένα οργανωμένο ρυθμιστικό πλαίσιο το οποίο θα έχει στη φαρμακευτική του φαρέτρα και την κάνναβη ή τα κανναβινοειδή ή οποιαδήποτε έκδοχα.

Αυτό που φοβάμαι είναι η συστηματική εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με το θέμα γιατί εσείς τώρα ως επαγγελματίες υγείας γνωρίζετε πολύ καλύτερα τους τρόπους με τους οποίους αναπτύσσονται τα στερεότυπα ακόμα και στο δικό σας κλάδο. Θα σας δώσω ένα απλό παράδειγμα ο τρόπος με τον οποίο γίνεται αντιληπτή ως παρεμβατική πρακτική κι εν τέλει αποδεκτή ή όχι η διακοπή της κύησης από τους συναδέλφους σας είναι ένα ζήτημα ιατρικής φύσης σε κάθε περίπτωση. Το ζήτημα αυτό όμως έχει αρκετές εκδοχές, αντιλήψεις και πολλές πρακτικές αντιμετώπισης. Πολλοί ωστόσο συνάδελφοί σας παίρνουν εν τέλει θέση χωρίς να περιορίζονται απλώς στο επιστημονικό τους πεδίο, προτάσσοντας ζητήματα ηθικής προκατάληψης που δεν σχετίζονται με την επιστήμη. .

Με την έννοια αυτή, για να ξαναγυρίσουμε λίγο στην κάνναβη πάρα πολύ συχνά και η συζήτηση για την κάνναβη θα εκπέσει σε τέτοιου τύπου αντιφάσεις καταρχήν από τους επαγγελματίες. Οι επαγγελματίες που παρέχουν υπηρεσίες απεξάρτησης για προβλήματα με την κάνναβη, καλούνται να ενισχύσουν ανθρώπους για να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα τα οποία οι ίδιοι αντιλαμβάνονται ότι έχουν από τη χρήση της κάνναβης ως ψυχοδραστική ουσία. Θα βρεθούν αντιμετώποι με διλήμματα που δεν αποσαφηνίζονται σχετικά με “θεραπευτική” χρήση της κάνναβης και είναι πιθανό να αισθάνονται ότι αποδυναμώνεται και τερπιλίζεται η δουλειά τους από ανάλογα μηνύματα. Είναι πιθανόν να διαμορφώνουν μια άμυνα που δεν θα συνδέεται με καμία επιστημονική βάση για να προστατεύσουν την υπηρεσία, την οποία καλούνται - πρώτα από εκείνους που το αντιλαμβάνονται με αυτό τον τρόπο - να παράσχουν

Αυτό λοιπόν που καταρχήν θεωρώ ως αναγκαίο, ή φοβάμαι σύμφωνα με την ερώτηση, είναι η κακή ενημέρωση η κακή επαγγελματική συγκρότηση, η συγκρότηση της εκπαίδευσης και ο τρόπος με τον οποίο μπορεί η κάνναβη να προκύπτει από μία τεκμηριωμένη και επεξεργασμένη θέση και να παίρνει τη θέση της στα θεραπευτικά εργαλεία τα οποία έχουμε αντιμετωπίζοντας την διαταραχή στην οποία απευθύνεται.

Αντί να μιλάμε για φόβους που σχετίζονται με το ότι θα φτιάξουμε σε κάθε γειτονιά ένα hemp festival ή ένα Cannabis festival για να οργανώσουμε την απομυθοποίηση την αποστιγματοποίηση της κάνναβης που μπορεί να καταλήγει στην αποδοχή της νομιμοποίησης της κάνναβης, μου φαίνεται ότι πρέπει να φτάσουμε στη συνετή διαχείριση του φαινομένου. Έχω εμπιστοσύνη στην επιστημονική συγκρότηση του Ιατρικού προσωπικού στην Ελλάδα. Με αυτή την έννοια, δεν φαντάζομαι ότι θα εξέπιπτε σε μια θέση παρόλο που έχει συμβεί περιστασιακά, σε μία συλλογική κατεύθυνση, η οποία θα

παρέσυρε σε ένα συνολικό ναι ή όχι, ή πάρτε ή κάντε ότι θέλετε. Και θα θυμίσω ότι εργαλεία του Ιατρικού χώρου υπάρχουν πολλά και επικίνδυνα, των οποίων η εκτροπή κάποιες φορές συμβαίνει αλλά δεν αποτελεί γενικευμένη κατάσταση. Έχουμε εργαλεία τη μορφίνη, έχουμε τα συνθετικά οπιοειδή έχουμε φάρμακα τα οποία είναι εξαιρετικά με τους όρους που ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έρχεται να δει από τη μια τη σκοπιμότητα χρήσης τους και από την άλλη την επικινδυνότητα τους και να την απομονώσει θέτοντας την στον κατάλογο των ελεγχόμενων ουσιών. Αλλά δεν έχουμε πρόβλημα με τη μορφίνη. Τα προβλήματα ψυχοδραστικών ουσιών σε επίπεδο επιδημιολογικό δεν προκύπτουν από τη μορφίνη. Η ηρωίνη είναι το ζήτημα. Με αυτήν την έννοια δεν θεωρώ ότι και η κάνναβη θα είναι ένα σοβαρό πρόβλημα το οποίο θα αφορά την κοινωνία

Αυτό το οποίο θα είναι σοβαρό είναι ο τρόπος με τον οποία μια ΜΚΟ, για παράδειγμα η οποία είναι λίγο ελευθεριακή, θα αξιοποιήσει αυτού του τύπου τη νομοθεσία που είναι καθαρά ιατρικής επιστημονικής διαδικασίας ζήτημα, για να “δικαιώσει” μία αντίληψη γενικευμένης νομιμοποίησης της χρήσης ουσιών. Όχι της κάνναβης μόνον. Επειδή πίσω από αυτό, συγκροτείται μία διαδικασία ολόκληρη μιας πολιτικής στάσης και θέσης που διεκδικεί την απελευθέρωση και νομιμοποίηση της χρήσης των ψυχοδραστικών ουσιών στο σύνολό τους. Το λέω ως ζήτημα. Το αναφέρω ως θέμα, δεν παίρνω θέση εάν είναι σωστό ή όχι. Μπορώ να το συζητήσω κι αυτό, αλλά είναι άλλου τύπου, άλλης διάστασης ζήτημα και δεν στέκομαι απέναντι σε αυτή τη θέση. Λέω όμως ότι αυτό το οποίο με ρωτάτε έχει να κάνει με το αν υπάρχουν φόβοι εφαρμογής κατά την εφαρμογή ενός μέτρου που εισάγει την κάνναβη ή τα έκδοχα της στη δυνητική αγορά.

Αν το ερώτημα λοιπόν είναι εάν θα υπάρχει πρόβλημα η απάντησή μου είναι όχι εφόσον υπάρχει σαφές πλαίσιο, κανόνες ρύθμισης και μέσα ελέγχου. Όποια και να είναι αυτά πρέπει να είναι σαφή και να εφαρμόζονται ορθά. Αν υπάρχει ασάφεια στο τι σημαίνει καλλιέργεια, ελεγχόμενη καλλιέργεια για την ιατρική κάνναβη, ο αποπροσανατολισμός δεν είναι παράξενος και αυτό θα γίνει εύκολα αφεθεί όλη η αγορά της κάνναβης στους νόμους της αγοράς και στις ρυθμίσεις που η αγορά επιβάλλει. Στη ρύθμιση της αγοράς της Ιατρικής αγορά οφείλεται η επιδημία θνησιμότητας οπιοειδών, συνταγογραφούμενων οπιοειδών, στις Ηνωμένες Πολιτείες. Τότε θα υπάρξει πρόβλημα, γιατί η αγορά έχει τους δικούς της νόμους. Εάν η Πολιτεία, η ελληνική η ευρωπαϊκή, επιλέξει τους νόμους της αγοράς τότε προσανατολίζεται στην κερδοφορία της δραστηριότητας ως οικονομικό μέγεθος και δεν εστιάζει τη Δημόσια υγεία. Αν συμβεί αυτό, η αξία στο ρυθμιστικό πλαίσιο της Ιατρικής κάνναβης δηλαδή να είναι το κέρδος και η αγορά είναι απολύτως σίγουρο ότι προβλήματα θα υπάρξουν.

Θέλετε να προσθέσετε κάτι ακόμη;

Χρειάζεται να είμαστε ψύχραιμοι όταν κουβεντιάζουμε και χαίρομαι που το συζητάμε μαζί με έναν επιστήμονα και με μία ιστορία που το αποδεικνύει αυτό όσο κι αν είναι νέος. Και αυτό που θα συνέστηνα πάντα είναι να παίρνουμε θέσεις που μπορούν να θεμελιώνονται σε μία ουδέτερη επιστημονική θέση. Θα μπορούσα να υπογραμμίσω μία μία όλες αυτές τις λέξεις αν και συχνά ξέρω ότι η επιστήμη δεν είναι ουδέτερη και συχνά η θεμελίωση της είναι ποικιλοτρόπως προσανατολισίμη. Με αυτή την έννοια λέω ότι όπου θεμελιώνουμε επιστημονικά μια θέση που κρίνεται από την ουδετερότητα από μικροσυμφέροντα φανερά ή μη τότε τα προβλήματα είναι πολύ λιγότερα. Ένα απλό παράδειγμα το 0,2% της THC σε προϊόντα που σχετίζονται με την κάνναβη. Δεν θεμελιώνεται πουθενά ότι σε μικρότερο ποσοστό η THC δεν προκαλεί κάτι ή σε μεγαλύτερο ποσοστό προκαλεί ευφορικά συμπτώματα. Παρόλα αυτά υπάρχει μία ολόκληρη αγορά που συνδέεται με τα νέα τρόφιμα, που συνδέεται με την διατροφή εν γένει, που συνδέεται με την κοσμητική ιατρική, που συνδέεται με προϊόντα που σχετίζονται με την ένδυση και βασίζουν την ανάπτυξή της στην περιεκτικότητα THC 0,2%.

Κι έρχεται ο ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας να βασιστεί σε κάτι το οποίο είναι επιστημονικά αθεμελιωτο συστήνοντας την ελεύθερη χρήση τέτοιων προϊόντων εάν έχουν κάτω από 0,2% THC. Αυτό εννοώ μη ουδέτερη επιστήμη. Αυτό εννοώ. Τρόπους με τους οποίους συγκροτείται η θεμελίωση ώστε να απαιτείται να υπάρχει το 0,2% ως όριο και κατώφλι ασφάλειας. Αν το όριο προκύπτει επειδή είναι εκείνο που μπορούσαμε να συμπεράνουμε από τη δυνατότητα ανίχνευσης των φασματογράφων της δεκαετίας του 1970 και μας οδήγησε να τοποθετήσουμε με αυτό το όριο την κάνναβη στις ελεγχόμενες ουσίες, δε σημαίνει ότι το όριο αυτό είναι ασφαλές. Αυτά είναι οι προκαταλήψεις της επιστήμης που όμως ένας τεράστιος σημασίας οργανισμός ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αυτή τη στιγμή υποστηρίζει με το επιχείρημα της έλλειψης ενδείξεων ή επιστημονικών δεδομένων. Δεν θα μπω σε συζητήσεις συνωμοσίας ότι η βασική χρηματοδότηση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας έρχεται από τις Ηνωμένες Πολιτείες, οι μισές των οποίων έχουν επιτρέψει τη χρήση κάνναβης για ψυχαγωγικούς λόγους, περισσότερες από τις μισές υιοθετούν την Ιατρική κάνναβη εδώ και δύο δεκαετίες με όρους αγοράς. Δεν θέλω σε καμία περίπτωση να κάνω τη σύνδεση ότι η επιστημονική θέση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας εξαρτάται από τη χρηματοδότηση του. Ελπίζω ότι σε κάλυψα.

Πρακτικό συνέντευξης με εκπρόσωπο της Ελληνικής Εταιρείας Αλγολογίας κυρία Βαγδατλή 03/03/2020

Σύντομη προσωπική παρουσίαση και του οργανισμού που εκπροσωπείτε.

Εγώ λέγομαι Βαγδατλή Κυριακή και αυτή τη στιγμή είμαι η Πρόεδρος της Εταιρείας Αλγολογίας. Ασχολούμαι με τον χρόνιο πόνο από το 2003 που ξεκίνησα να μπαίνω σε όλη την ιστορία του πόνου, έκανα πρώτα αυτό που απαιτείται για να ασχοληθεί κάποιος με τον πόνο ένα εξάμηνο σε ένα κέντρο εκπαίδευσης συγκεκριμένα στο Αρεταίειο. Έχω παρακολουθήσει κάποια σεμινάρια σχετικά και έκτοτε από το 2004 δουλεύω στο ιατρείο πόνου στο Γεώργιος Γεννηματάς τελευταία χρόνια είμαι αυτή τη στιγμή υπεύθυνη στο ιατρείο πόνου στο νοσοκομείο Γεννηματάς.

Είστε εξοικειωμένη με τη χρήση κανναβινοειδών στη διαχείριση του χρόνιου πόνου;

Έχω διαβάσει πολλά. Προσωπική εξοικείωση δεν έχω από την άποψη ότι δεν έχω συνταγογραφήσει δεν έχω προτείνει και δεν έχω δει ίδια αποτελέσματα των δικών μου προτάσεων. Η εξοικείωση μου αφορά περισσότερο τη θεωρητική γνώση, έχω διαβάσει πολλά πάνω στα αντικείμενα και έχουμε κάνει και ημερίδες και σαν εταιρεία έχουμε συμμετάσχει και σε στρογγυλά τραπέζια. Στα πλαίσια των συνεδρίων μας ενημερώνουμε και τους άλλους γιατρούς.

Επιστημονική τεκμηρίωση πάνω στο θέμα της κάνναβης για το χρόνιο πόνο για να το κάνουμε και λίγο σύντομο, δεν υπάρχει. Επιστημονική τεκμηρίωση αυτή τη στιγμή και τι εννοούμε επιστημονική τεκμηρίωση μιλάμε για μεγάλες εργασίες οι οποίες να πληρούν όλα αυτά τα οποία χρειάζονται για να θεωρείται μία εργασία στο συλ καταξιωμένη να είναι double-blind χρησιμοποιεί είτε placebo είτε να το συγκρίνει με κάποιο άλλο φάρμακο. Εκείνο για το οποίο υπάρχει επιστημονική τεκμηρίωση πολύ συγκεκριμένο είδος επιληψίας στα παιδιά και για την σκλήρυνση κατά πλάκας εκεί έχει αποδειχτεί ότι τα κανναβινοειδή και συγκεκριμένα ένας συνδυασμός CBD και THC έχει αποτέλεσμα

Σας αναφέρουν οι ασθενείς σας τη χρήση κανναβινοειδών στη διαχείριση του χρόνιου πόνου;

Ναι μας το αναφέρουν και μας ρωτάνε και μάλιστα ορισμένοι από αυτούς ήδη παίρνουν όταν έρχονται στο ιατρείο πόνου παίρνουν από μόνοι τους. Τους το σύστησε κάποιος φαρμακοποιός, τους το σύστησε κάποιος συγγενής ή τους το σύστησε κάποιος το περιβάλλον. Τα περισσότερα σκευάσματα τα οποία κυκλοφορούν αυτή τη στιγμή είναι

σκευάσματα CBD τα σκευάσματα CBD σε καμία μελέτη δεν έχουν αποδεχτεί ότι έχουν δράση στο χρόνιο πόνο. Αυτό που ίσως θα είχε αποτέλεσμα και έχει μελετηθεί είναι ο συνδυασμός τους με το THC.

Επομένως από μόνο του το CBD και όλα αυτά τα λάδια κυκλοφορούν στην Ελλάδα γιατί έχουν φέρει πάρα πολλές εταιρείες, σε διάφορες συγκεντρώσεις δεν έχουν αποδειχτεί ότι έχουν αποτέλεσμα στο χρόνιο πόνο. Βέβαια οι ασθενείς τα χρησιμοποιούν κάποιοι από αυτούς λένε πως και εγώ είδα λίγο καλό, κάποιοι άλλοι λένε το πήρα το πήρα δεν είδα τίποτα καλό και μας ρωτάνε “εσείς τι λέτε να το συνεχίσω τι μπορώ να κάνω”.

Οι γιατροί αυτό που μπορούμε να κάνουμε είναι να τους πούμε ότι αυτή τη στιγμή δεν έχουμε δεδομένα στα χέρια μας που να υποστηρίζουν ότι θα σας κάνει καλό και δεν έχουμε και δεδομένα που να υποστηρίζουν ότι θα σας κάνει κακό. Κακώς για μένα δεν μπορείς να αφήνεις βέβαια τον άρρωστο στην τύχη του. Αλλά αυτό που εμείς λέμε σαν γιατροί λέμε να μην τα παίρνετε, αυτή είναι η άποψη αλλά ναι οι ασθενείς από μόνοι τους τα παίρνουνε.

Ποιες είναι οι σκέψεις σας σχετικά με τη συνταγογράφηση κανναβινοειδών στη διαχείριση του χρόνιου πόνου;

Όσον αφορά την συνταγογράφηση σαν πρόταση γιατί για να φτάσουμε στο σημείο να συνταγογραφείται θα πρέπει να περάσει από πάνω να πω πάρα πολλά κύματα και πάρα πολλούς σκοπέλους. Για να συνταγογραφηθεί τελικά ένα φάρμακο σαν σύσταση αυτή τη στιγμή τα δεδομένα που έχουμε τα επιστημονικά μας λένε ότι τα κανναβινοειδή δεν έχουν δράση στον χρόνιο πόνο.

Εγώ είτε σαν άτομο είτε σαν εταιρεία που ακολουθεί κάποια ευρωπαϊκά guidelines δεν μπορώ να έχω μία διαφορετική άποψη. Ούτε έχουμε στα χέρια μας μεγάλες μελέτες ότι θα έκανε καλό σου ξαναείπα ότι οι μόνες αιτίες για τις οποίες είτε είναι συγκεκριμένη μορφή επιληψίας ανθεκτική σε όλα τα άλλα για παιδιά και σε πολύ έντονο παροξυσμικό σπασμό και πόνο σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας για αυτά τα δύο υπάρχει αυτή τη στιγμή έγκριση συγκεκριμένο σκεύασμα κανναβινοειδών.

Υπό ποιες συνθήκες θα προτείνετε σε ασθενείς σας που πάσχουν από χρόνιο πόνο σκευάσματα κανναβινοειδών;

Περιμένουμε να δούμε μεγάλες μελέτες οι οποίες να πληρούν όλες τις βασικές επιστημονικές αρχές, τυχαιοποιημένες διπλές τυφλές με μεγάλο αριθμό ασθενών με

συγκεκριμένο πόνο και γενικότερα μεγάλες ομάδες ασθενών με πόνο οι οποίες να μας δώσουν κάποια σαφή συμπεράσματα.

Αυτή τη στιγμή έχουμε κάποιες ενδείξεις και κάποιες μεμονωμένες καταστάσεις ασθενών οι οποίοι δηλώνουν ότι έχουν βελτιωθεί, οι ενδείξεις όμως δεν έχουν θέση στην Ιατρική μπορεί εάν μαζευτούν πάρα πολλές θα γίνουν αποδείξεις. Όμως αυτή τη στιγμή δεν έχουμε ακόμη η τεκμηρίωση και η θέση της εταιρείας είναι ότι αυτή τη στιγμή δεν μπορούμε να υποστηρίξουμε την συνταγογράφηση χρειαζόμαστε μεγάλες μελέτες.

Βέβαια από την άλλη υπάρχει και μία άλλη διάσταση ότι για να μπορεί ένα φάρμακο να γίνει αντικείμενο έρευνας το φάρμακο θα πρέπει να νομιμοποιηθεί. Χρειάζεται να γίνει η νομιμοποίηση της Ιατρικής κάνναβης για να μπορούν να φυτεύουν μεγάλες εταιρείες και να κάνουν την επεξεργασία, την εμπορευματοποίηση αυτό είναι ένα πρώτο βήμα και μπορεί να βοηθήσει.

Μέχρι στιγμής όλες οι μελέτες που είπα λένε ότι κανναβινοειδή για διάφορους λόγους αλλά όλα αυτά ήταν off label τα φάρμακα δεν ήταν βάση ενδείξεων του φαρμάκου θα πρέπει σιγά-σιγά συγκεκριμένες ενδείξεις για να μπορέσει και ένα φάρμακο να χορηγηθεί βάσει ενδείξεων και να μπορέσει να σταθεί και μία μεγάλη μελέτη.

Θέλετε να προσθέσετε κάτι ακόμη:

Η αλήθεια είναι ότι όταν πρωτοεμφανίστηκαν τα κανναβινοειδή μάλλον άρχισαν να γίνονται γνωστά από την ιατρική κοινότητα τα έδειξε σαν αρκετά υποσχόμενα. Αυτή τη στιγμή υπάρχει μία κάμψη και στην έρευνα μάλλον όχι δεν θα έλεγα στην έρευνα θα έλεγα περισσότερο στο ότι λίγο ο Ιατρικός κόσμος φαίνεται να αποστασιοποιείται από όλο αυτό περιμένοντας να έρθει να δει τις καινούργιες μελέτες. Περιμένει είναι σε μία κατάσταση αναμονής ο Ιατρικός κόσμος δεν το έχει ξεγράψει, τι “δεν κάνει τίποτα ξεχάστε το” δεν είναι πεπεισμένος ότι κάνει κάτι.

Υπάρχει όμως μία στάση αναμονής περιμένοντας να δούμε εάν καινούργια σκευάσματα καινούργιες οδηγίες θα εμφανιστούν. Γιατί δεν ξέρω εάν ξέρετε και τα κανναβινοειδή έχουν μία πάρα πολύ ευρεία και δράση και επίδραση σε πάρα πολλούς παράγοντες μέσα σαν ουσία οι οποίοι μπορούν να χρησιμοποιηθούν. Επομένως χρειάζεται έρευνα έτσι ώστε να έχουμε κάποιο αποτέλεσμα είμαστε σε φάση αναμονής λοιπόν. Σας ευχαριστώ πολύ

Πρακτικό συνέντευξης με εκπρόσωπο Συλλόγου ΜΑΜΑΚΑ κυρία Πόιτρας του 27/02/2020

Σύντομη προσωπική παρουσίαση και του οργανισμού που εκπροσωπείτε.

Ζακλίν Πόιτρας λέγομαι. Είμαι η Πρόεδρος και ιδρύτρια του συλλόγου ΜΑΜΑΚΑ - ΜΑΜΑδες για την ΚΑνναβη. Είναι ένας σύλλογος ασθενών, οι ασθενείς που διαλέγουν να χρησιμοποιούν την κάνναβη για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων τους ή και τη θεραπεία της πάθησης από την οποία υποφέρουν.

Δραστηριοποιούμαστε στο χώρο της ενημέρωσης της υποστήριξης των ασθενών της διεκδίκησης της αλλαγής του νομοθετικού Πλαισίου για την Ελεύθερη πρόσβαση των ασθενών και την εκπαίδευση και των ιατρών αλλά και οποιοδήποτε άλλου χρειάζεται ενημέρωση για το θέμα της Ιατρικής κάνναβης. Άρχισα να ασχολούμαι με το θέμα λόγω οικογενειακού προβλήματος κόρη μου έχει φάρμακο ανθεκτικές επιληπτικές κρίσεις και άρχισα από το 2014 να ασχολούμαι με το θέμα της Ιατρικής κάνναβης.

Έχω μιλήσει σε συνέδρια εκπροσωπώντας το σύλλογο στο εξωτερικό σε χώρες της Ευρώπης και στο Ισραήλ. Ο σύλλογος έχει μιλήσει στη Βουλή για το θέμα της Ιατρικής κάνναβης και το ΜΑΜΑΚΑ έπαιξε μεγάλο ρόλο για την αλλαγή του νομοθετικού Πλαισίου που έχουμε τώρα για την ιατρική κάνναβη.

Δήλωση περί σύγκρουσης συμφερόντων. Είμαστε ένας ανεξάρτητος σύλλογος αναγνωρισμένος από το κράτος. Δεν έχω να αναφέρω κάποια σύγκρουση συμφερόντων.

Είστε εξοικειωμένη με τη χρήση κανναβινοειδών στη διαχείριση του χρόνιου πόνου;

Σαφώς. έχουμε μία ομάδα στο Facebook μέσα στην οποία συμμετέχουν οι ασθενείς που θέλουν να δουν εάν θα τους βοηθήσει η κάνναβη είτε μαζί με τα φάρμακα που παίρνουν οι ίδιοι είτε χωρίς άλλα φάρμακα και μπορώ να πω ότι ο πιο συνηθισμένος λόγος που αναζητά κανείς βοήθεια είναι ο πόνος. Ο πόνος μπορεί να προέρχεται από πολλές πηγές μπορεί να είναι νευροπαθητικός πόνος μπορεί να είναι πόνος από φλεγμονή μπορεί να είναι οποιοδήποτε λόγο έτσι δεν μπορούμε να πούμε ότι πάντα θα έχουμε αποτελέσματα με την κάνναβη ή ότι και στην ίδια πάθηση σε διαφορετικά άτομα θα έχουμε πάντα τα ίδια αποτελέσματα. Η επιτυχία έχει να κάνει με την λειτουργία του ενδοκανναβινοειδούς συστήματος του καθενός, την επιτυχία στο συνδυασμό των κανναβινοειδών που χρειάζονται, τη δοσολογία που είναι εξατομικευμένη για τον καθένα. Όσον αφορά το θέμα του πόνου έχουμε έως και εξαιρετικά αποτελέσματα υπάρχουν άνθρωποι οι οποίοι ζούσαν

χρόνια με πόνο και η κάνναβη έδωσε λύση. Ένα πολύ συνηθισμένο θέμα είναι το θέμα της ημικρανίας και η αθροιστική κεφαλαλγία που περιγράφεται σαν τον πιο δυνατό πόνο που υπάρχει υπάρχουν άνθρωποι που ζούσαν με αυτήν την πάθηση χρόνια. Μάλιστα ένας από αυτούς μου είπε ότι ήταν στα όρια της αυτοκτονίας όποιος σήμερα δεν έχει καμία ενόχληση και αυτό μόνο με κανναβιδιόλη - CBD και όχι με λάδι πλήρους φάσματος.

Έχει πάρα πολύ καλά αποτελέσματα στον πόνο αλλά επειδή είμαστε πολύ ακόμα πίσω στον τομέα της έρευνας δεν μπορούμε να ξέρουμε ποια ακριβώς είναι η δοσολογία κάθε φορά και ποια είναι η ποικιλία που πρέπει να χρησιμοποιούμε. Η προσωπική μου άποψη είναι ότι ποτέ δεν θα ξέρουμε ακριβώς ποια είναι η σωστή ποικιλία και ποσότητα από την αρχή. Είναι πολύ περίπλοκο το θέμα της κάνναβης, είναι χιλιάδες οι ποικιλίες και κάθε ποικιλία διαφέρει λιγάκι ως προς τον συνδυασμό των κανναβινοειδών που είναι μέσα και τα τερπένια και τα φλαβονοειδή. Οπότε μία έρευνα που δίνει συμπεράσματα εάν δουλεύει η κάνναβη σε αυτή τη συγκεκριμένη δοσολογία είναι απλά μία έρευνα που λέει αυτό το συγκεκριμένο πράγμα. Δηλαδή σε αυτούς τους ασθενείς αυτούς τους 100 για παράδειγμα ασθενείς είχαμε αυτά τα συγκεκριμένα αποτελέσματα δεν έχουμε τρόπο να μετρήσουμε τι είδους δυσλειτουργία έχει το ενδοκανναβινοειδές σύστημα του καθενός και εάν είχαν όλοι που συμμετείχαν στην έρευνα τις ίδιες ανάγκες.

Δεύτερον εάν χρησιμοποιούμε ένα εκχύλισμα από κάποιο φυτό η μία μεμονωμένη ουσία θα έχουμε αποτέλεσμα μόνο σε κάποιους από τους ασθενείς. Θα ήθελα να γίνει μία έρευνα και στους ασθενείς στους οποίους δεν είχαμε αποτελέσματα αρχικά να προσπαθήσουμε με διαφορετικούς συνδυασμούς ουσιών και δοσολογιών μέχρι να δούμε αποτέλεσμα. Στην ομάδα μας βλέπουμε ότι η δοσολογία είναι εντελώς εξατομικευμένη οπότε είναι πάρα πολύ δύσκολο να γίνει σωστή έρευνα πάνω στην επίδραση της κάνναβης στον πόνο με προκαθορισμένες ποσότητες.

Σας αναφέρουν τα μέλη σας τη χρήση κανναβινοειδών στη διαχείριση του χρόνιου πόνου;

Δυστυχώς δεν έχουμε συγκεκριμένες καταγραφές στην ομάδα μας. Δεν έχουμε την δυνατότητα να υπάρχει μία τέτοια καταγραφή και δεν έχουμε και γιατρούς για την επίβλεψη των ασθενών ώστε να συγκεντρώσουμε τέτοια στοιχεία. Αυτό που μπορώ να σας πω σίγουρα είναι ότι ο πόνος είναι η πρώτη αιτία συμμετοχής στην ομάδα και σε πολύ μεγάλο βαθμό έχουμε πολύ καλά αποτελέσματα. Μερικές φορές τα αποτελέσματα είναι και πάρα πολύ άμεσα. Ένας άνθρωπος μπορεί να μπει στην ομάδα και να πει ότι έχει κάποιο συγκεκριμένο πρόβλημα και σε τρεις εβδομάδες μας γράφει και λέει “παιδιά άλλαξε η ζωή μου!”

Είναι μεγάλος ο αριθμός των ασθενών που χρησιμοποιούν την κάνναβη αυτή τη στιγμή είτε μόνο κανναβιδιόλη που κυκλοφορεί νόμιμα είτε από παράνομες πηγές πλήρες εκχύλισμα του φυτού. επιμένοντας λιγάκι κάνεις και με τη βοήθεια ανθρώπων που ήδη έχουν δει αποτελέσματα είτε από εμάς εδώ στο σύλλογο είτε από άτομα που συμμετέχουν στην ομάδα στο Facebook η ακόμα καλύτερα από τους λίγους εξειδικευμένους γιατρούς που έχουν αρχίσει και ασχολούνται. Με το ένα ή το άλλο τρόπο πολλοί βρίσκουν ίαση. Όχι πάντα όμως. Συνήθως όταν κάποιος φτάνει στο σημείο να πει ότι προσπαθεί και δεν έχει βρει λύση στο πρόβλημα εάν ψάξουμε θα δούμε ότι μπορεί να έχει κάνει κάποιο λάθος. ίσως έχει ανεβάσει πολύ γρήγορα τη δοσολογία του ή δεν επέμεινε αρκετό χρόνο σε μία συγκεκριμένη δοσολογία. πολλές φορές βλέπουμε ότι οι ασθενείς βιάζονται γιατί πονάνε και θέλουν ο πόνος να φύγει σήμερα. Όταν βρω τη δοσολογία η οποία βοηθάει και έχω μία βελτίωση στον πόνο ακόμα και σε ένα ποσοστό μικρό τότε δεν χρειάζεται να κάνουμε μεγάλες αλλαγές στη δοσολογία και πρέπει να δώσουμε χρόνο στο φάρμακο να δράσει αναλόγως με την πηγή του προβλήματος κάθε φορά.

Ποιες είναι οι σκέψεις σας σχετικά με τη συνταγογράφηση κανναβινοειδών στη διαχείριση του χρόνιου πόνου;

Για μένα το μοντέλο της ιδανικής συνταγογράφησης είναι αρκετά ξεκάθαρο είναι θέμα γιατρού και ασθενή. για μένα δεν έχει καμία δουλειά κάποια επιτροπή του υπουργείου να αποφασίζει εάν πρέπει ή δεν πρέπει να χρησιμοποιήσει κάνναβη ο κάθε ασθενής. Το δικαίωμα του ασθενούς είναι να διαλέγει μαζί με τον γιατρό του ποια θεραπεία θα ακολουθηθεί. Η πολιτεία φοβάται και κάνει πολύ προσεκτικά βήματα για την ιατρική κάνναβη παρόλο που χρησιμοποιείται εδώ και χιλιάδες χρόνια στην θεραπεία για ανθρωπότητα και ξέρουμε ακριβώς ποιες είναι οι παρενέργειες της.

Για μένα θα έπρεπε να είναι πρώτη επιλογή κάνναβη και όχι η τελευταία, έτσι όπως είναι φτιαγμένη η νομοθεσία αυτή τη στιγμή η κάνναβη και από τον ΕΟΦ προτείνεται σαν θεραπεία στο χρόνιο πόνο ως τελευταία επιλογή. Αφού έχουμε εξαντλήσει όλες τις πιθανότητες. Για μένα αυτό είναι πάρα πολύ λάθος και είναι ανάποδο. Η κάνναβη έχει πολύ λίγες παρενέργειες και αυτές πολύ ήπιες. Για μένα το σωστό θα ήταν να δοκιμάσουμε πρώτα το φάρμακο το οποίο έχει τις λιγότερες παρενέργειες κι εφόσον δεν δω αποτέλεσμα να προχωρήσω σε κάποια άλλα.

Δεν μπορώ να καταλάβω τη λογική που λέει να δοκιμάσουμε πρώτα όλα τα άλλα τα φάρμακα που μπορούν να προκαλέσουν παρενέργειες, βλάβες και εξαρτήσεις και στο τέλος θα χρησιμοποιήσουμε την κάνναβη όταν ο ασθενής υποφέρει ακόμα.

Θέλετε να προσθέσετε κάτι ακόμη;

Ως σύλλογος διεκδικούμε το δικαίωμα του γιατρού και του ασθενούς να διεκδικήσουν τη θεραπεία που τους ταιριάζει. Δεν πρέπει να περιοριστούμε μόνο Σε ορισμένες παθήσεις. οι χώρες που αλλάζουν τη νομοθεσία τους επιτρέπουν τη χρήση της κάνναβης στη σκλήρυνση κατά πλάκας για τη σπαστικότητα, για την αντιμετώπιση των παρενεργειών από την χημειοθεραπεία, και για το χρόνιο πόνο. Μόνο αυτά τα τρία. Δεν πρέπει να περιορίσουμε την χρήση της κάνναβης για τη θεραπεία των παθήσεων που έχουμε ήδη ερευνητικά αποτελέσματα, βλέπουμε στην πράξη πόσο μπορεί να βοηθήσει σε παθήσεις πέρα από αυτές που έχουν πάρει έγκριση.

Πολλές φορές παιδιά που υποφέρουν από κρίσεις επιληψίας αργούν να έχουν την τελική διάγνωση για χρόνια - χωρίς διάγνωση, πως θα επιτρέπεται η χρήση της κάνναβης; Και όταν υποφέρει το παιδί υποφέρει και όλη η οικογένεια. Είναι πολλοί οι γονείς που έχουν επιλέξει την κάνναβη για τα παιδιά τους επειδή βλέπουν αποτελέσματα όχι μόνο στην ίδια την πάθηση αλλά και σε περιφερειακά ζητήματα όπως ο ύπνος η συγκέντρωση η ηρεμία του παιδιού. Κάποια ακόμα και να καταφέρουν πράγματα που δεν έχουν ξανακαταφέρει στην ζωή τους όπως το να περπατήσουν ή να μιλήσουν. Και όμως, στην λίστα των παθήσεων που επιτρέπεται αυτή την στιγμή στην Ελλάδα, η επιληψία δεν υπάρχει. Αντίστοιχα και στον χρόνιο πόνο εάν έχεις έναν ασθενή τον οποίο δεν μπορείς να τον βοηθήσεις με τον πόνο του αλλά η κάνναβη τον βοηθάει να κοιμάται κάθε βράδυ βαθιά. Γιατί να μην την χρησιμοποιήσεις τότε για να τον βοηθήσεις; Όλα τα νοσήματα πρέπει να αντιμετωπίζονται με ολιστικό τρόπο και να βλέπουμε το πρόβλημα που προκαλεί η ασθένεια στην καθημερινότητα και στην ποιότητα της ζωής.

Πολλές φορές υπάρχει συζήτηση εάν η κάνναβη θεραπεύει ή όχι το νόσημα, αυτή η συζήτηση για μένα είναι άκυρη. Τον ασθενή δεν τον αφορά αυτό, τον αφορά να βελτιώνεται η καθημερινότητά του. Εξάλλου, τα περισσότερα συμβατικά φάρμακα δεν θεραπεύουν, διαχειρίζονται συμπτώματα. Γιατί να έχουμε την απαίτηση από την κάνναβη να θεραπεύει ώστε να την πάρουμε στα σοβαρά; Προσφέρει σε μία πολύ μεγάλη γάμμα ασθενειών πολύ μεγάλη βελτίωση στην διαχείριση του πόνου και άλλων συμπτωμάτων- δεν μας φτάνει αυτό;

Γνωρίζω ένα περιστατικό ανθρώπου με ψωριασική αρθρίτιδα η οποία προκαλεί πολύ πόνο ο οποίος καλλιεργεί εδώ και 20 χρόνια κάνναβη για το πρόβλημα του και το αντιμετωπίζει. Δεν κοστίζει κάτι στο δημόσιο σύστημα υγείας, δεν αγοράζει/καταναλώνει φάρμακα και είναι ένας υγιέστατος, δραστήριος και χρήσιμος πολίτης που δεν βλέπτε

κανέναν. Τι ακριβώς μας φοβίζει τόσο πολύ σε αυτή την εικόνα; Η πολιτεία έχει αργήσει πάρα πολύ να εφαρμόσει τα όποια μέτρα έχει πάρει μέχρι τώρα με αποτέλεσμα, πολύς κόσμος να μην ξέρει καν πως μπορεί να τον βοηθήσει η κάνναβη και οι ασθενείς να έχουν μείνει στην εκτεθειμένοι σε εκμετάλλευση και να έχουν πρόσβαση μόνο σε παράνομα ή μην ελεγχόμενα από το κράτος σκευάσματα. Ο φόβος θα έπρεπε να συγκεντρώνεται σε αυτή την απαράδεκτη κατάσταση και όχι στο να υπάρχει μια ευνοϊκή ρύθμιση ώστε να έχουν οι ασθενείς ελεύθερη πρόσβαση σε ασφαλή προϊόντα. Και όμως, περιμένουμε.

Πρακτικό συνέντευξης με 03/03/2020 με την κυρία Χρυσούλα Καραναστάση

Σύντομη προσωπική παρουσίαση.

Λέγομαι Χρυσούλα Καραναστάση είμαι αναισθησιολόγος και ασχολούμαι με την παρηγορική φροντίδα από το 1997. Είμαι ιδιώτης, είμαι υπεύθυνη στο κέντρο πόνου και παρηγορικής φροντίδας σε ιδιωτικό νοσοκομείο. Εκτός από την δραστηριότητα μου σαν αναισθησιολόγος στο χειρουργείο, ασχολούμαι και με ασθενείς τελικού σταδίου καθώς και με τη χρήση της κάνναβης, στα πλαίσια της φροντίδας των ασθενών αυτών. Δεν υπάρχει σύγκρουση συμφερόντων.

Είστε εξοικειωμένη με τη χρήση κανναβινοειδών στη διαχείριση του χρόνιου πόνου

Σχετικά. Εξαρτάται τι εννοούμε όταν μιλάμε για κανναβινοειδή, υπάρχουν κάποια μόρια τα οποία είναι πιο εύκολο να τα προμηθευτεί και να τα διαχειριστεί κανείς και υπάρχουν και κάποια άλλα η τετραϋδροκανναβινόλη (THC) που δεν υπάρχει νόμιμος τρόπος να γίνει ιατρική χρήση στην Ελλάδα τουλάχιστον αυτή τη στιγμή.

Σας αναφέρουν οι ασθενείς σας τη χρήση κανναβινοειδών στη διαχείριση του χρόνιου πόνου;

Ναι. Αυτός είναι και ο λόγος που ξεκίνησα και εγώ να ασχολούμαι. Γιατί δουλεύοντας με ασθενείς τελικού σταδίου, βλέπει κανείς γενικά μία τάση να χρησιμοποιούνται σκευάσματα που δεν ανήκουν επίσημα στα "φάρμακα". Αυτά τα βρίσκουν είτε στο ίντερνετ, είτε επειδή τους τα συστήνει κάποιος. Βλέπει κανείς συμπληρώματα διατροφής, ομοιοπαθητικά, εναλλακτικές θεραπείες, αγιουβέρδα κα. Αυτό που έβλεπα ότι σταθερά χρησιμοποιούσαν οι ασθενείς ήταν τα προϊόντα της κάνναβης. Αυτός ήταν και ο λόγος που εγώ αποφάσισα να ασχολούμαι με το συγκεκριμένο θέμα. Άρα ναι πρώτα οι άρρωστοι μου το ανέφεραν.

Τώρα μου το αναφέρουν πιο εύκολα. Σήμερα είναι πιο εύκολη η συζήτηση από ότι ήτανε μέχρι και πριν από πέντε χρόνια.

Ποιες είναι οι σκέψεις σας σχετικά με τη συνταγογράφηση κανναβινοειδών στη διαχείριση του χρόνιου πόνου;

Η δική μου άποψη είναι ότι υπάρχει θέση στη χρήση των κανναβινοειδών στη διαχείριση του χρόνιου πόνου. Όπως είναι η θέση της EFIC (European Pain Federation) λέει ότι τα συγκεκριμένα φάρμακα να χρησιμοποιούνται υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις. Για παράδειγμα όταν έχουν εξαντληθεί οι άλλες θεραπευτικές δυνατότητες, ή οι ασθενείς έχουν μη διαχειρίσιμες ανεπιθύμητες ενέργειες, μπορούν να χρησιμοποιηθούν σαν συμπληρωματική θεραπεία στις ήδη υπάρχουσες, και με συγκεκριμένες ενδείξεις. Αντίστοιχη θέση υπάρχει και στα θεραπευτικά πρωτόκολλα που έχουμε συντάξει σαν Αναισθησιολογική εταιρεία. Τα θεραπευτικά πρωτόκολλα για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου, τα οποία είναι διαθέσιμα στην ιστοσελίδα της ΗΔΙΚΑ, και συγκεκριμένα στο χρόνιο νευροπαθητικό και τον καρκινικό πόνο, υπάρχει ένδειξη για τη χρήση των κανναβινοειδών.

Εδώ θα ήθελα να προσθέσω πως όταν μιλάμε επιστημονικά για τα κανναβινοειδή, θα πρέπει να είμαστε πιο συγκεκριμένοι: όταν μιλάμε για κανναβινοειδή φάρμακα μιλάμε για μία πάρα πολύ μεγάλη ομάδα δραστικών μορίων. Είναι σαν να με ρωτάς ποια είναι η γνώμη μου για τα οπιοειδή. Η απάντηση που μπορεί να δώσει κανείς σε αυτή την ερώτηση είναι αναγκαστικά πολύ γενική. Τα διάφορα δραστικά μόρια στα κανναβινοειδή έχουν διαφορές στον τρόπο χορήγησης, στις ενδείξεις και στις ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως επιλέγουμε ανάμεσα στα διάφορα οπιοειδή ή ακόμη και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα που ναί μεν είναι μία συγκεκριμένη κατηγορία αλλά έχουνε διαφορετικές ενδείξεις ανάλογα με την πάθηση ή τον κάθε ασθενή.

Αντίστοιχα για τα κανναβινοειδή αυτό είναι ακόμη πιο σημαντικό, για πολλούς λόγους. Πρώτα από όλα η THC ανήκει στα ναρκωτικά ενώ τα υπόλοιπα δεν ανήκουν στα ναρκωτικά. Ειδικά για τα κανναβινοειδή έχει πολύ μεγάλη σημασία ο συνδυασμός τους με τα τερπένια. Τα στοιχεία τουλάχιστον που έχουμε μέχρι σήμερα μας δείχνουν ότι η χρήση ενός απομονωμένου μορίου από μόνο του δεν βοηθάει τόσο όσο ο συνδυασμός μορίων μεταξύ τους είτε οι συνδυασμοί τους με τερπένια. Αυτό είναι ένας λόγος που έχει να κάνει με την αποτυχία εντός εισαγωγικών να βοηθήσουν όταν κυκλοφόρησαν τα πρώτα συνθετικά κανναβινοειδή η ναμπιλόνη και την ντροναμπινόλη, που είχαν σαν ένδειξη τη θεραπεία για την ανθεκτική ναυτία κι έμετο μετά από χημειοθεραπεία. Ο αντίλογος όμως είναι ότι είχαμε μόνο ένα μόριο χωρίς να έχουμε συνδυασμούς με αλλά κανναβινοειδή ή

προσθήκη τερπενίων. Ήταν η πρώτη ένδειξη ότι ο τρόπος με τον οποίο θα μπορούσε να ενταξει κανείς τα κανναβινοειδή μόρια σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα είναι πιο περίπλοκος από ό,τι μπορούμε να φανταστούμε

Υπό ποιες συνθήκες θα προτείνετε σε ασθενείς σας που πάσχουν από χρόνιο πόνο σκευάσματα κανναβινοειδών;

Πώς επιλέγουμε φάρμακα; Μια προφανής ένδειξη είναι ένας ασθενής οποίος δεν ανταποκρίνεται στα οπιοειδή ή έχει πάρα πολύ ισχυρές παρενέργειες από τη χρήση τους, για παράδειγμα έχει ναυτίες που δεν αντιμετωπίζονται. Εάν έχεις έναν καρκινοπαθή τελικού σταδίου ή προ τελικού σταδίου που μπορεί να έχει ένα προσδόκιμο επιβίωσης τριών μηνών, δεν μπορείς να του δίνεις παυσίπονα τα οποία θα του προκαλούν τόσο μεγάλη ναυτία που να μην μπορεί να φάει. Γιατί έτσι κι αλλιώς αυτοί οι άνθρωποι έχουν προβλήματα με τη θρέψη τους δεν μπορείς να βάζεις ένα λιθαράκι και να επιδεινώνεις το πρόβλημα. Αυτός ο ασθενής έχει ένδειξη πιθανώς να δοκιμάσει τα κανναβινοειδή.

Άλλη κατηγορία ασθενών, και έχει τύχει να το δοκιμάσω με θεαματικά αποτελέσματα, είναι οι ασθενείς χρήστες ή για οποιοδήποτε λόγο εξαρτημένοι από τα οπιοειδή. Σε αυτούς τους ασθενείς είναι πάρα πολύ δύσκολο να χορηγήσεις οπιοειδή και να έχεις κι ένα θεραπευτικό αποτέλεσμα. Και δεν είναι και πάντα εύκολο να κάνει κανείς μία επεμβατική τεχνική για τη διαχείριση κάποιου πόνου ούτε είναι εύκολο να δώσεις κάποια άλλα φάρμακα. Σε αυτούς τους ασθενείς έχουμε δει πολύ καλά αποτελέσματα γιατί είναι μια εντελώς άλλη κατηγορία φαρμάκου, οπότε στοχεύσεις σε άλλες ομάδες υποδοχέων. Ήταν πραγματικά θεαματική η ανακούφιση του ασθενούς, αλλά και του νοσηλευτικού προσωπικού. Θυμάμαι έναν ασθενή σε πρόγραμμα απεξάρτησης με μεθαδόνη, ο οποίος έπασχε από καρκίνο πνεύμονα με οστικές μεταστάσεις και αφόρητο πόνο, που όπως είναι αναμενόμενο, δεν μπορούσε να αντιμετωπισθεί ικανοποιητικά με οπιοειδή. Με μία πολύ μικρή δόση THC ο άνθρωπος ανακουφίστηκε πάρα πολύ, ήταν πραγματικά πολύ εντυπωσιακό. Ασθενείς στους οποίους θα έβαζα πρώτη τη χορήγηση κανναβιδιόλης η οποία δεν ανήκει στα ναρκωτικά είναι οι ηλικιωμένοι, εκεί το χρησιμοποιώ πάρα πολύ. Βλέπω πάρα πολύ καλή δράση σε ηλικιωμένους ασθενείς με μυοσκελετικά άλγη τα οποία οφείλονται κυρίως σε φθορά ή στην οστεοαρθρίτιδα η οποία συνοδεύει τη μεγάλη ηλικία. Σ' αυτούς δε μπορείς να δώσεις οπιοειδή ή ΜΣΑΦ. Με πάρα πολύ μικρές δόσεις 2, 3 ή 4mg κανναβιδιόλης έχουμε θεαματικά αποτελέσματα στη διαχείριση του πόνου, με καλά αποτελέσματα και σε άλλες παράμετρους όπως η ποιότητα του ύπνου, το άγχος και η διάθεση. Και σαν add on θεραπεία, δηλαδή σε έναν ασθενή που ήδη παίρνει οπιοειδή κι έχει μια ανακούφιση αλλά

χρειάζεται το κάτι παραπάνω, δηλαδή μπορεί να έχει ένα VAS 6/10 μπορείς να δοκιμάσεις έστω και το CBD.

Γενικά η άποψη μου είναι ότι από τη στιγμή που έχουμε ένα ασφαλές μόριο τουλάχιστον μπορούμε να το δοκιμάσουμε σε μικρές δόσεις σε όλους τους ασθενείς. Εγώ δουλεύω κατά κανόνα με μικρές δόσεις, maximum τα 20mg την ημέρα και βλέπεις την ανταπόκριση. Εάν είναι καλή έχει κερδίσει πολλά χωρίς κόστος σε αλληλεπιδράσεις ή ανεπιθύμητες ενέργειες. Πάνω από τα 20mg αλλάζουν τα πράγματα.

Θέλετε να προσθέσετε κάτι ακόμη;

Θέλω να προσθέσω ότι μιλάμε για δραστικές ουσίες, το ότι προέρχονται από ένα φυτό δε σημαίνει πως είναι ασφαλείς ουσίες. Χρειάζεται να υπάρχει επίβλεψη του ασθενούς, ιατρική παρακολούθηση, να υπάρχει μια συνολική εικόνα του αρρώστου με τις υπόλοιπες συννοσηρότητες του.

Για παράδειγμα, το CBD έχω παρατηρήσει ότι ρίχνει την αρτηριακή πίεση στους μεγαλύτερους ασθενείς. Εκεί μπαίνει ένα ερώτημα για τη διαχείριση αντιυπερτασικών που μπορεί να παίρνει ήδη γιατί εμείς δεν είμαστε καρδιολόγοι για τους τροποποιήσουμε την αγωγή. Χρειάζεται να υπάρχει ένας θεράπων, ο πόνος είναι ένα σύνθετο πρόβλημα, θέλει πολύ προσοχή, θέλει συνεργασία, Ο γιατρός που διαχειρίζεται τον πόνο θα πρέπει να συνεργαστεί με τους υπόλοιπους γιατρούς του ασθενούς.

Θεωρώ πως σε σχέση με άλλα φυτικά σκευάσματα τα κανναβινοειδή είναι πιο ασφαλή αλλά είναι φάρμακα και όπως λέω πάντα στους ασθενείς δεν είναι τυχαίο ότι οι Έλληνες χρησιμοποιούμε την ίδια λέξη για το φάρμακο και το φαρμάκι. Πρέπει να το έχουμε πάντα κατα νου αυτό. Δηλαδή για παράδειγμα, ο δυόσμος που είναι πολύ καλό αντιεμετικό αντενδείκνυται στις λεχωίδες γιατί είναι διουρητικό. Χρειάζεται κανείς να είναι πάρα πολύ προσεκτικός, τι δίνει, γιατί το δίνει, πώς το δίνει, σε ποιον το δίνει και μαζί με τι άλλο. Αυτά.