

VLAAMS PARLEMENT



Zitting 1997-1998

6 januari 1998

HANDELINGEN

COMMISSIEVERGADERING

COMMISSIE VOOR WELZIJN, GEZONDHEID EN GEZIN

Interpellatie van de heer Guy Swennen tot mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over de plaats van de harm reduction binnen de drugpreventie en -hulpverlening

Interpellatie van de heer Marc Olivier tot mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over het preventiebeleid ten aanzien van gokverslaving
Met redenen omklede moties

Commissie voor Welzijn, Gezondheid en Gezin

Dinsdag 6 januari 1998

VOORZITTER : Mevrouw Trees Merckx-Van Goey

– *De interpellatie wordt gehouden om 14.31 uur.*

Interpellatie van de heer Guy Swennen tot mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over de plaats van de harm reduction binnen de drugpreventie en -hulpverlening

De voorzitter : Aan de orde is de interpellatie van de heer Swennen tot mevrouw Demeester, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over de plaats van de harm reduction binnen de drugpreventie en -hulpverlening.

De heer Swennen heeft het woord.

De heer Guy Swennen : Mijnheer de voorzitter, geachte collega's, mevrouw de minister, ik heb de bedoeling meer te weten te komen over uw visie op de plaats van harm reduction binnen het Vlaams drugbeleid, en mutatis mutandis – gezien de bestaande versnippering van dit beleid over diverse excellenties – op de plaats van harm reduction in het gehele beleid.

Eigenlijk had ik deze interpellatie niet moeten indienen, want deze problematiek komt uitdrukkelijk aan bod in het Vlaams regeerakkoord. Daarin wordt het principe van de harm reduction naar voor geschoven als een van de leidmotieven voor het Vlaams drugbeleid en het preventiebeleid in het bijzonder. Er zijn echter drie concrete voorvallen die onze nieuwsgierigheid of, zo men wil, onze bezorgdheid hebben gewekt. We zijn bezorgd en willen absoluut een lans breken voor de toepassing van harm reduction. We zijn van oordeel dat die toepassing onontbeerlijk is voor een coherent en humaan drugbeleid. Ik kom daar nog op terug. Eerst wil ik de drie feiten die aan de basis liggen van deze interpellatie, bespreken.

Mevrouw de minister, een eerste aanleiding is het feit dat de erkenning van het zogenaamde GIG-project (Gezondheidsbevordering bij Injecterende Gebruikers), verbonden met de werking van Free Clinic in Antwerpen, erg traag wordt afgehandeld. Tijdens de begrotingsbesprekingen hebt u gezegd dat bijkomende informatie nog moest worden bekeken. Volgens de meest recente informatie waarover ik beschik, zou u alsnog hebben besloten om onder bepaalde voorwaarden de Free Clinic voor de duur van een jaar te erkennen. We zijn die slowmotionbeweging van u niet gewoon, mevrouw de minister. Dat is uw stijl niet. Wij zijn van oordeel dat dit project een na te volgen schoolvoorbeeld van harm reduction is. Dat project, waarbij Free Clinic als behandelingscentrum fungeert, werd nationaal en internationaal gelauwerd.

Een tweede aanleiding is uw antwoord op mijn vraag over de toen nog in beraad gehouden erkenning van het GIG-project tijdens de begrotingsbesprekingen in deze commissie. U hebt toen gealludeerd op het feit dat Free Clinic via andere wegen reeds aan voldoende geld kwam. We hebben toen geantwoord dat dit correct is, maar dat die gelden voorbestemd zijn voor andere aspecten van de werking van Free Clinic. Die aspecten hebben niets met preventie te maken. Het geld dat voor het preventieproject moet worden aangewend, moet door u ter beschikking worden gesteld. U hebt daarop geantwoord dat de federale overheid dat soort van drugpreventie moet organiseren. Tenzij u me hier zult verbeteren, hebt u dat ongeveer in die bewoordingen gezegd. Ik heb uit ons gesprek onthouden dat uw onvrede over het feit dat u onbetwistbaar niet was betrokken door het federale beleidsniveau bij de programmering van de medisch-sociale opvangcentra, belangrijker was dan het door ons zo gekoesterde principe van het risicobeperkend optreden, de harm reduction.

Een derde voorval dat onze bezorgdheid heeft opgewekt, was uw toespraak op het congres Drug-

Swennen

beleid 2000 van 5 en 6 november 1997. U hebt daar onomwonden gezegd dat dankzij de medisch-sociale opvangcentra en de methadonverstrekking – en nu citeer ik u bijna letterlijk – het gevaar bestaat dat cliënten in laagdrempelige centra worden gehouden, in plaats van ze voor langdurige behandelingen door te sturen naar residentiële centra.

Er mag uiteraard geen concurrentie ontstaan tussen de verschillende centra. Het is de evidentie zelf dat constructieve samenwerking en netwerkvorming nodig zijn. Maar de keerzijde van de medaille van uw stelling verontrust ons. We zijn verontrust door het feit dat u zich expliciet en unilateraal opwerpt als spreekbuis van één segment van de hulpverlening : de residentiële centra.

Dat getuigt op het eerste gezicht van een veeleer negatieve visie op de harm reduction. Uw stelling komt over als een mechanische en beperkte visie op verslaving en verslavingszorg. Men kan veronderstellen dat het om een visie gaat op basis van de zorg om verslaafden zo vlug mogelijk te ontwenen, en een drugvrij leven te laten leiden. Dat laatste impliceert dat ze bij prioriteit worden doorverwezen naar therapeutische gemeenschappen en residentiële centra. In vele gevallen leidt dat tot ontmoediging en recidief gedrag, omdat daar harm reduction over het hoofd wordt gezien.

Vooraleer ik mijn eigenlijke vragen over de waarde van harm reduction stel, wil ik hier voor deze aanpak een lans breken. Misschien trap ik open deuren in, maar het lijkt me toch belangrijk om te herhalen dat verslaving meer is dan lichamelijke of geestelijke afhankelijkheid van een product. De omgevingsfactoren – de onderliggende problematiek – zijn even belangrijk.

Er zijn weinig niet-polemische uitspraken over de complexe problematiek van drugverslaving en drugverslavingsbeleid. Het is echter belangrijk te weten dat de verslaafde als dusdanig niet bestaat, evenmin als die ene te volgen uitweg voor de verslaafde. Voor sommigen is ontwenning en therapeutische begeleiding tijdens een langdurige behandeling in een residentieel centrum aangewezen, maar ook dan blijft de problematiek van de nazorg van belang. Dat impliceert dat eventueel iets wordt gedaan aan de omgevingsfactoren.

Voor andere verslaafden is misschien een andere hulpverlening aangewezen, die meer gericht is op het beperken van de schade ten gevolge van het gebruik van drugs. Daaraan zijn twee aspecten ver-

bonden : de schadebeperking voor de verslaafde zelf en die voor de maatschappij. Ik wil dat hier even concreet uitleggen. Schadebeperkend optreden met behulp van spuitenuitruil of een onderhoudsbehandeling met methadon voor heroïneverslaafden, kan ertoe leiden dat men positief ingrijpt in de zogenaamde omgevingsfactoren. Dat leidt immers tot de verbetering of stabilisatie van de fysieke en psychische toestand. Daarna kunnen andere zaken aan bod komen. De medische ontwenning is een mogelijk maar niet steeds haalbaar of verplicht eindperspectief. Deze manier van werken is de tactiek van de omgekeerde weg, waarbij men eerst sleutelt aan de onderliggende factoren en daarna pas verder kijkt.

Wat is het mogelijk resultaat van zo een omgekeerdewegbehandeling ? In het gunstigste geval zal de betrokkene ooit tot een medische ontwenning komen. Zelfs al wordt dit niet gehaald, dan vinden zowel de betrokkene als de samenleving baat bij een zo normaal mogelijk leven. De vraag welke weg het meest is aangewezen, is vrij complex. Al te vaak wordt deze discussie vanuit een morele instelling, een moreel vooroordeel zelfs, gevoerd. Men wil alles doen om het ideaal van een drugvrij leven te bereiken, terwijl dat niet altijd mogelijk is.

Het cruciale punt is dat het bieden van hulp niet afhankelijk mag zijn van het al dan niet stoppen met drugs. Dat is de harm-reductionbenadering. Men gaat niet per se het druggebruik zelf tegen, maar probeert de schade die eruit voortkomt, te beperken. Men bereikt daardoor een ruimere doelgroep. Voor een aantal druggebruikers kan deze aanpak een opstap bieden naar een dagcentrum of een residentiële behandeling. Voor anderen is dit niet haalbaar en voor nog anderen niet nodig. Het gaat hier vooral om categorieën zoals heroïnegebruikers en -verslaafden. Het inperken van schade en risicogedrag is niet zozeer nodig bij experimentele gebruikers. Het principe van de zorg op maat kan ook binnen de drughulpverlening worden gerealiseerd. De harm reduction is daar een ideaal instrument voor.

Ik wil nog even stilstaan bij het rapport van de Kamer van Volksvertegenwoordigers over drugs. Men wijst daarin op de noodzaak van de evenwichtige uitbouw van de drughulpverlening : zowel op geografisch vlak als over de verschillende echelons. Een van de voornaamste bevindingen is dat vooral in de nulde en de eerste lijn nogal wat hiaten voorkomen. Netwerkvorming, samenwerking en indien nodig doorverwijzing zijn onontbeerlijk, niet alleen binnen de echelons van de gespecialiseerde drughulpverlening maar ook binnen en met de algeme-

Swennen

ne voorzieningen van de gezondheidszorg en het welzijnswerk.

Sociale opvang en begeleidingsstructuren voor problematische druggebruikers zijn de meest dringende maar minst erkende aspecten van de hulpverlening. De hulp is nog te zeer gericht op categoriale behandeling en ontwenning. Harm reduction is een belangrijke en volwaardige pijler binnen de nulde en eerste lijn en wordt niet alleen federaal maar ook internationaal als dusdanig erkend. Ik heb sterk de indruk, u kunt me straks gelijk of ongelijk geven, dat de harm reduction binnen het Vlaamse gezondheidsbeleid stiefmoederlijk wordt behandeld.

Ik stel mijn vragen, mevrouw de minister. Gaat u akkoord met de conclusies en aanbevelingen van het kamerrapport over drugs? Vindt u ook dat de nulde en eerste lijn meer aandacht verdienen? Vindt u dat initiatieven voor laagdrempelige hulpverlening, harm reduction en straatwerk een betere ondersteuning verdienen?

Is harm reduction voor u een volwaardig onderdeel van de drugpreventie en -hulpverlening? Hoeveel van de middelen voor drugpreventie en hulpverlening gaan naar projecten met een harm-reductionbenadering?

U beweert dat preventie in het kader van harm reduction door de federale overheid zou moeten gebeuren. Werkt u met die uitspraak het streven naar een volwaardig preventief gezondheidsbeleid en naar een geïntegreerd drugbeleid niet tegen? Hoe ziet u de plaats van harm reduction binnen de Vlaamse drugpreventie? Hoe ziet u de voortzetting van het GIG-project na volgend jaar? Ik heb me laten vertellen dat het binnen een andere voorziening zou worden ingekapseld. Waarom die verhuizing en welke voorziening zou dat dan moeten zijn?

Als het wetsontwerp op de spuitenruil in de kamer zoals verwacht wordt goedgekeurd, welke initiatieven zult u dan nemen om dit te ondersteunen?

De voorzitter : Mevrouw Avontroodt heeft het woord.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik wil me grotendeels aansluiten bij de interpellatie van de heer Swennen. Op 6 november stelde mevrouw Becq al een

aantal concrete vragen. U had toen nog geen volledig antwoord.

Vooraleer men over de harm reduction spreekt, moet men aan risicoanalyse doen. Er bestaat slechts risico als er kans is op schade. De eerste stap naar een coherent drugpreventiebeleid is de schadebepaling. Ik wil de vragen van die commissievergadering herhalen. Zijn de indicatoren van de schade al vastgelegd? Volgens mij zijn er vier indicatoren: het aantal sterfgevallen door drugmisbruik, het aantal criminele feiten, het aantal verkeersongevallen en het aantal jonge gebruikers. Ik zou het ten eerste op prijs stellen als de definitie van schade werd bepaald.

Het methadonproject is een voorbeeld van harm reduction. Ook daaromtrent had u toen geen echt antwoord, geen echt standpunt. U hebt geen ervaring met wie methadon gebruikt. Wie komt ervoor in aanmerking?

De voorzitter : De heer De Groot heeft het woord.

De heer Etienne De Groot : Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, ik kan me niet van de indruk ontdoen dat de drugproblematiek in dit land zwaar wordt onderkend. De wil bestaat niet om de koe bij de horens te vatten. Mevrouw Avontroodt verwijst naar een interpellatie van mevrouw Becq. Ik wil verwijzen naar bezorgdheden die over de partijgrenzen heen zijn geuit in de federale kamer en de toenmalige Vlaamse Raad. Gezamenlijk werden er moties ingediend en goedgekeurd waarin werd aangedrongen op een gecoördineerd drugbeleid. In het verslag van de kamercommissie wordt gesteld dat er zelfs een internationaal gecoördineerd drugbeleid tot stand moet komen. Ik moet echter vaststellen dat er zelfs in dit land tussen de verschillende regio's geen overeenkomsten bestaan.

Er is nog altijd geen duidelijkheid omtrent de verstreking van methadon. Er zijn veel mensen van goede wil en men probeert een en ander te realiseren, maar toch neemt het druggebruik zienderogen toe. Ik ben geschokt als ik hoor dat in de toiletten van middelbare scholen drugsputten worden gevonden. Dat wordt allemaal met de mantel der liefde bedekt, omdat men niet weet hoe de zaak aan te pakken.

Harm reduction is belangrijk. Soms heeft men de indruk te vechten tegen een draak met zeven koppen. Als men een kop afhakt, groeien er twee terug. De Vlaamse minister vindt niet altijd gehoor bij de federale collega's. Toch wil ik er voor pleiten

De Groot

om over de partijgrenzen heen te blijven aandringen op een gecoördineerd drugbeleid. Tot op heden bestaat er alleen maar verwarring.

Bij iedere begrotingsbespreking kaart ik het probleem van de straathoekwerkers aan. Dat ligt velen nauw aan het hart. De laatste keer heeft minister Martens me geantwoord dat dat eigenlijk geen Vlaamse bevoegdheid is. Dat zou onder de bevoegdheid van federaal minister Vande Lanotte vallen. Zijn straathoekwerkers zijn echter eerder een soort agenten in burger. Er moet binnen de Vlaamse regering worden overeengekomen welke bevoegdheden Vlaams en welke federaal zijn. Soms proberen we bevoegdheden naar ons toe te trekken. Ik stel in de plaats daarvan voor om op onze strepen te staan bij de bevoegdheden die ons werkelijk toebehoren.

Ik wil me ook aansluiten bij de heer Swennen. Harm reduction moet zich wenden tot de druggebruiker zelf en diens omgeving. Ik herhaal tot slot dat er tot een gecoördineerde actie moet worden overgegaan om ten minste de groei van het drugprobleem te stoppen.

De voorzitter : De heer Olivier heeft het woord.

De heer Marc Olivier : Ik sta achter wat hier is gezegd. We moeten ook eens over de grenzen heen naar Nederland kijken. Dat land is zijn beleid tegen drugverslaving aan het wijzigen. Het Vlaams Parlement is nu ook lid van de Beneluxraad. Die raad plaatst een internationaal gecoördineerd beleid hoog op de agenda. Nederland heeft enorm veel ervaring met dat probleem en heeft ook fouten begaan. We moeten ervoor zorgen dat we die fouten in Vlaanderen niet herhalen.

De voorzitter : Mevrouw Becq heeft het woord.

Mevrouw Sonja Becq : De nood aan coördinatie is hier al voldoende onderstreept. Ik zal dat niet herhalen. Spuitenruil is een onderdeel van harm reduction. Minister De Clerck heeft in de Kamer ook al aangehaald dat het moeilijk te bepalen is wanneer de schade te groot wordt. Wie zal daarover oordelen ? Dat moet ter discussie komen.

Over het spuitenruilprogramma heb ik in 1996 een schriftelijke vraag gesteld. U hebt toen geantwoord dat u wachtte op het wettelijk kader van de federale overheid. Eens dat er is, kan u initiatieven nemen. Ik heb toen ook een vraag gesteld over de diabetici. Die hebben niets met drugs te maken.

Maar ook daar leeft de vraag naar spuitenruil en gratis beschikking over spuiten. Dat zou worden onderzocht in een werkgroep. Ik wou graag iets weten over de stand van zaken daaromtrent.

De voorzitter : Minister Demeester heeft het woord.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Vóór ik antwoord op de concrete vragen, wil ik een viertal vaststellingen formuleren.

Ten eerste kunnen we er niet buiten dat de federale regering het algemene drugbeleid volledig naar zich toe heeft gehaald. Het rapport van 1.000 bladzijden van de commissie is daar een bewijs van. Het Vlaams Parlement is niet gehoord in deze commissie ; de Vlaamse regering één keer.

In de Kamer van Volksvertegenwoordigers is naar aanleiding van dit rapport een resolutie totstandgekomen. Er is een werkgroep opgericht. De gewesten en gemeenschappen zijn daar niet in vertegenwoordigd. Ik heb herhaaldelijk aan de premier gevraagd om ten minste van gedachten te kunnen wisselen over de conclusies, om zo het beleid op elkaar af te stemmen. Tot nu toe is dat nog niet gebeurd.

In parlementaire verslagen van ondervragingen van federale ministers, lees ik dat deze de problematiek van druggebruik naar de gemeenschappen doorschuiven wanneer ze zelf geen antwoord hebben of wanneer er zich een probleem voordoet. In de andere gevallen trekken ze de problematiek naar zich toe. Dat is de realiteit, ik kom daar straks in mijn antwoord nog op terug.

Ik wil het bevoegdheidsprobleem niet aankaarten. Het is wel fundamenteel dat men het beleid ofwel gezamenlijk voert, ofwel op één niveau. In het laatste geval mogen we dan niet over bevoegdheden kibbelen. We moeten er wel voor zorgen dat het beleid in beide gevallen coherent is : dat is fundamenteel. Iedereen is van oordeel dat we het drugprobleem en het drugbeleid – van preventie tot verzorging – niet naast ons mogen neerleggen. We moeten het drugprobleem op een coherente manier aanpakken. Van mij mag het probleem op één niveau worden aangepakt, op voorwaarde dat er gezamenlijke stellingen en strategieën worden bepaald.

Ten tweede is preventie een gemeenschapsbevoegdheid. Er zijn verschillende vormen van preventie : primaire, secundaire en tertiaire. Bij secundaire en tertiaire preventie is het heel moeilijk te

Demeester-De Meyer

bepalen of we met preventie of verzorging te maken hebben.

Ten derde kan bij het drugbeleid de preventie in het algemeen niet worden gescheiden van de verzorging op zich. Een aantal collega's hebben daar trouwens op gewezen. Zelfs de primaire preventie kan niet zomaar worden losgekoppeld van een algemeen gezondheidsbeleid, noch van een preventief gezondheidsbeleid of een globaal zorggezondheidsbeleid. Dit toont de moeilijkheidsgraad van de problematiek waarmee we vandaag worden geconfronteerd aan.

Ten vierde moet het belang worden afgewogen van enerzijds een effectieve preventie voor de totaliteit van de bevolking en anderzijds een gezondheidschadebeperkend beleid. We hebben het al over een globaal drugbeleid gehad. Mevrouw Becq, naar aanleiding van uw interpellatie hebben we een globale evaluatie gemaakt van wat we doen op Vlaams niveau. Ik wil daar zelfs aan toevoegen : wat we maar doen. Wanneer men het belang van harm reduction of een gezondheidsschadebeperkend beleid bespreekt, moet dat in een juist evenwicht worden gezien met het globale drugbeleid, waar het maar een onderdeel van is. Mevrouw de voorzitter, ik wil vermijden dat men door deze interpellatie het hele drugbeleid herleidt tot het principe van harm reduction.

Ik wil graag antwoorden op de vragen van mevrouw Avontroodt, mevrouw Becq en de heer Olivier. Op het niveau waar het probleem wordt aangepakt, moet men over de nodige instrumenten beschikken. We hebben deze instrumenten niet. Een goed beleid is maar mogelijk, als men over de juiste gegevens en analyses beschikt. Dat is niet gemakkelijk. Zo maken we in het kader van onze gezondheidsindicatoren een analyse van het aantal verkeersongevallen. De documenten die moeten worden ingevuld om de gezondheidsindicatoren op te stellen en te evalueren, worden op federaal niveau samengesteld. Onze werkinstrumenten zijn dus beperkt.

Dit waren vijf belangrijke voorafgaande vaststellingen. Alvorens concreet op de vragen te antwoorden, wil ik nog even iets zeggen over het GIG-project. Na een evaluatie van de relevante dossierstukken die ik heb gevraagd, ben ik op 18 december ingegaan op de vraag tot verlenging van het project voor één jaar. Ik heb dat wel geplaatst in het kader van een samenwerkingsakkoord met de VAD. In mijn antwoord zal ik uitleggen waarom. Soms moet

men in slowmotion werken om duidelijkheid te creëren over wat men met een aantal beleidsaspecten wil bereiken. Ik behoor zeker niet tot degenen die regelmatig in slowmotion bewegen. Ik doe dat nu voor een keer, omdat ik duidelijkheid wil over het te bereiken doel en de instrumenten die we daarvoor hanteren.

De eerste vraag was of ik het eens ben met de conclusies en aanbevelingen van de werkgroep voor drugs van de Kamer. Principieel onderschrijf ik het belang van laagdrempelige drughulpverlening, harm reduction en straathoekwerking. Principieel zeg ik dus ja. In de praktijk verneem ik van de actoren op het terrein – die trouwens een heel belangrijke rol spelen – dat er zich op het vlak van de organisatie en uitvoering van deze drughulpverlening problemen voordoen. Ik bekijk het probleem nu in het algemeen, en niet enkel in functie van wat we op Vlaams niveau kunnen doen.

Ik kan ontkennen noch bevestigen dat de drughulpverleningsinitiatieven een betere financiële ondersteuning nodig hebben. Ik beschik immers niet over de instrumenten om dat te meten. Zoals u waarschijnlijk weet, wordt de drughulpverlening in grote mate door de federale overheden gefinancierd. Ze hebben de drughulpverlening voor het grootste deel naar zich toegehaald. Verschillende vragen van deze Vlaamse regering en van de vorige Vlaamse regering om deze hulpverlening samen te organiseren, bleven onbeantwoord. Toen ze de drughulpverlening naar zich toe haalden, heb ik gezegd dat het dan ook beter is dat ze er de volle verantwoordelijkheid voor dragen.

De omvang van de financiering wordt niet meegedeeld aan het Vlaamse niveau. Het is voor ons dan ook bijzonder moeilijk om een oordeel te vellen over de effecten op het terrein. Niettemin zijn er aanwijzingen dat de gesignaleerde problemen niet zozeer van financiële en budgettaire aard zijn, maar vooral te maken hebben met het uitblijven van wetgevende initiatieven, bijvoorbeeld met betrekking tot substitutiebehandeling, en met een te weinig gecoördineerd en geïntegreerd drugbeleid. Dat is wat de actoren mij hebben meegedeeld.

De tweede vraag was of we harm reduction als een volwaardig onderdeel van drugpreventie en -hulpverlening erkennen. De drugproblematiek moet altijd algemeen worden aangepakt. Ik heb dat trouwens al in de inleiding gezegd. Enerzijds is het belangrijk dat de drugpreventie een deel is van de algemene gezondheidspreventie, anderzijds moet men voortbouwen op vroegtijdige interventies in de hulpverlening.

Demeester-De Meyer

We kennen de hulpverlening in al haar vormen en op alle niveaus. De hulpverlening gaat van laagdrempelige hulpverlening tot heel gespecialiseerde residentiële drughulpverlening. Hoofdzakelijk wordt die hulpverlening door het federale niveau gefinancierd.

Binnen de preventie is er geen sprake van één aanpak. Afhankelijk van de kenmerken van de doelgroep moet preventie op maat worden uitgetekend. Deze verregaande differentiëring verklaart ook waarom er met intermediairen en sleutelfiguren wordt gewerkt die dicht bij de doelgroep staan en veel beter de noden en behoeften kunnen inschatten.

Net zoals primaire preventie – die overigens echt tot onze taken behoort – voor bepaalde jonge niet-gebruikende groepen nodig is, is ook harm reduction voor gemarginaliseerde probleemgebruikers noodzakelijk. Binnen een globale visie over preventie en hulpverlening kan niet voor het ene of het andere worden gekozen, maar moet elke vorm op maat worden ontwikkeld.

Het is belangrijk dat de definitie van harm reduction wordt ingevuld. Na de drugconferentie 2000 werd ik aangesproken door mensen uit groepen die heel hard aan harm reduction werken. Volgens hen wordt deze term enkel gebruikt voor gebruikers die vervangende producten willen om de schade te beperken. Indien we het hebben over het beperken van de schade aan de gezondheid, dan valt naar mijn mening ook de zuivere primaire preventie onder deze term. Reeds op een heel jonge leeftijd kunnen we de jongeren duidelijk maken wat de risico's van drugs zijn en ervoor proberen te zorgen dat ze er nooit mee beginnen.

U kent mijn standpunt. Ik vind dit de beste aanpak. Is dit dan ook een vorm van harm reduction? Volgens degenen die in ons land de term hanteren, in ieder geval niet. Ik heb sommigen hier horen pleiten voor de reductie van de schade – en ik deel hun bezorgdheid –, maar ik vind het eveneens belangrijk om de jongeren te benaderen die op de rand tussen gebruiken en niet-gebruiken balanceren en op zoek zijn naar middelen om drugs te kopen. Indien we ervoor kunnen zorgen dat deze jongeren niet met drugs beginnen, zal dit een enorme schadebeperking teweegbrengen. Mijnheer Swennen, ik vermoed dat u dit geen harm reduction zult noemen, maar ik wel. Het zou dus belangrijk zijn de definitie te bespreken.

Ik kom tot de derde vraag. Hoeveel van de middelen die ik uittrek voor drugpreventie en hulpverlening, gaan naar projecten met harm reductionbenadering en het principe dat in het Vlaams regeerakkoord werd omschreven? Ik heb daarnet reeds vermeld dat een algemene benadering van de drugproblematiek de voorkeur geniet. Dit geldt dus zowel voor preventie, die continu moet gebeuren, als voor de hulpverlening. De overgang tussen beide moet vloeiend verlopen. Ik blijf erbij dat harm reduction net zo goed als onderdeel van de hulpverlening aan injecterende druggebruikers kan worden gezien. Ik wil deze vorm niet isoleren van de andere benaderingen voor hulpverlening.

Een volgende vraag was of ik met mijn stelling om de preventie in het kader van harm reduction aan de federale overheid over te laten, het streven naar een volwaardig preventief gezondheidsbeleid en een geïntegreerd beleid niet tegenwerk. Ik zal proberen aan te tonen dat dit helemaal niet het geval is. De federale overheid schreef op 2 februari 1995 bij de oprichting van sociaal-sanitaire opvangcentra voor druggebruikers harm reduction als doelstelling in. Ik citeer uit haar teksten: 'In de sociaal-sanitaire opvangcentra, de MSOC's, zal men op medisch gebied de kwaliteit van het leven van de druggebruiker trachten te verbeteren door in de plaats van aan hun behoeften inzake behandeling te beantwoorden, de schade die het druggebruik, speciaal door inspuitsbare drugs, betekent voor de volksgezondheid (AIDS, hepatitis), te verminderen.' Einde citaat.

Het is zonder meer duidelijk dat het GIG-project, geconcipeerd door Free Clinic en de VAD, deel moet uitmaken van de werking van de MSOC's. Dat dit impliciete federale standpunt aanleiding kon geven tot een oeverloze discussie tussen de federale en de gemeenschapsoverheden, ligt voor de hand. Vanuit een academische invalshoek kunnen motieven worden aangehaald om harm reduction als tertiaire preventie te beschouwen en als gemeenschapsbevoegdheid te situeren. Aan de andere kant kan harm reduction als curatief element worden verdedigd als een federale bevoegdheid.

Ik geef eerlijk toe dat ik deze bevoegdheidsdiscussie steeds ondergeschikt vond aan duidelijkheid en aan effectieve actie. Daarom heb ik reeds na één interministeriële conferentie vrede genomen met de federale claim. Ik ging ervan uit dat bij de erkenning van Free Clinic als MSOC de integratie van het GIG-project binnen de reguliere werking vanzelfsprekend was. De Vlaamse overheid was op geen enkele wijze betrokken bij de onderhandelin-

Demeester-De Meyer

gen over de overeenkomst tussen het Riziv en de MSOC's en kan deze dus ook niet bijsturen. Dit hebben we ook niet gevraagd. Wel hebben we gevraagd met wie de onderhandelingen van start gingen en welke centra als MSOC's werden erkend.

Volgens mij hebben de MSOC's zich in het defensieve kamp laten duwen. Over de overeenkomst met het Riziv hebben ze met name zo onderhandeld dat de prioritaire doelstelling van de federale ministerraad voor hen onuitvoerbaar is geworden. Die doelstelling bestond erin dat harm reduction de taak zou worden van de MSOC's. U zou uw vraag over het beleid inzake harm reduction eigenlijk aan het Riziv moeten stellen. Dit instituut heeft de opdracht gekregen van de federale overheid, maar weigert ze uit te voeren. Daarvoor kunnen goede redenen bestaan, maar daar kan ik het niet over hebben omdat de Vlaamse overheid helemaal niet bij deze zaak is betrokken.

In het reeds genoemde federale tienpuntenprogramma van 2 februari 1995 werden wetgevende initiatieven over spuitenruil en substitutiebehandeling aangekondigd, zodat een wettelijk kader voorhanden zou zijn waarbinnen de MSOC's hun opdrachten kunnen uitvoeren. Ik heb niet gewacht op dit federale wetgevende initiatief. Dit is er trouwens nog niet gekomen, want de antwoorden van federaal minister Colla aan het federaal parlement hebben mij niet duidelijk gemaakt wanneer men zal beginnen met de besprekingen. De laatste teksten die ik hierover heb ontvangen, dateren van 9 december 1997. Twee jaar geleden werden de besprekingen aangekondigd, maar we wachten nog steeds.

De bekommernis over de volksgezondheid in het algemeen en met de drugverslaving in het bijzonder, was mijn uitgangspunt toen ik het GIG-project heb erkend. Ik heb de financiering gerealiseerd met de AIDS-kredieten, omdat ik een beetje loyaal wou zijn ten opzichte van de federale overheid. Die kreeg daardoor de gelegenheid om via haar drugbeleid de noodzakelijke acties te ontplooiën. Twee of bijna drie jaar geleden hebben we de eerste aanvraag ingediend, waarna het beleid voor twee jaar, en nu opnieuw voor een derde jaar, werd goedgekeurd. Na deze periode zal er inderdaad een reguliere werking moeten komen, want het gaat niet op om zo een werking op een experimentele manier te laten voortbestaan. Men zal begrijpen dat ik die verlenging niet automatisch heb goedgekeurd. Dat is logisch. Op een bepaald ogenblik aanvaardt men

dat een coherent optreden vereist dat het drugbeleid in handen komt van een enkel beleidsniveau. Men moet dan ook niet proberen om op alle mogelijke wijzen dat beleid te beïnvloeden.

Ik heb met alle gegevens rekening gehouden. Na een zorgvuldige afweging van alle elementen heb ik beslist om opnieuw in vijf miljoen frank te voorzien. Dat bedrag is voorbehouden voor de VAD, die een contract moet afsluiten met GIG/Free Clinic om het project Gezondheid, schadebeperking en gezondheidsbevordering bij geïnjecteerde druggebruikers te laten uitvoeren. Die subsidie komt uit de kredieten voorbestemd voor het drugbeleid. De VAD en Free Clinic zullen een samenwerkingsovereenkomst moeten afsluiten.

De erkenning geldt tot 15 december 1998. Ik heb de betrokken partijen uitdrukkelijk gemeld dat tegen dan de nodige initiatieven moeten worden genomen om de inhoudelijke aspecten van dit project te kunnen overdragen aan reguliere preventieve en curatieve initiatieven. We zullen in de toekomst die erkenning dus niet vernieuwen. Dat zou niet goed zijn. Alle betrokkenen zijn daarvan op de hoogte gesteld.

Ik zal trouwens alle faxen hierover op een eenvoudige wijze beantwoorden. Het is immers nodig dat het beleid duidelijk en doorzichtig wordt. Welke motivatie ligt aan het beleid ten grondslag? Verdere schade voor de individuele gebruiker moet worden voorkomen; zo nodig moet er een behandeling worden voorzien voor hemzelf, alsook voor zijn onmiddellijke omgeving en de samenleving als geheel.

U had ook nog enkele andere vragen gesteld. In de antwoorden op andere vragen heb ik het daar reeds uitvoerig over gehad. Ik kom daar niet op terug.

De voorzitter : De heer Swennen heeft het woord.

De heer Guy Swennen : Ik dank de minister voor haar uitvoerig antwoord. Ze heeft heel wat nieuwe informatie verschaft. Maar toch zou ik nog even op enkele aspecten van haar antwoord willen ingaan. Voor zover het nodig is, zou ik een misverstand uit de wereld willen helpen. We willen zeker niet het drugbeleid reduceren tot harm reduction. We beseffen zeer goed dat dit slechts een aspect is van een coherent beleid. Dat moet duidelijk zijn.

Inzake het GIG-project hebt u een bezinningsperiode van enkele maanden gerespecteerd. U hebt willen nagaan waar dat alles toe leidde. En u stelt

Swennen

dat u uiteindelijk uw mening hebt gevormd op basis van relevante dossierstukken. Die relevante dossierstukken intrigeren me. De gegevens waren immers gekend. Ik vraag me dus af welke die niet eerder gekende gegevens wel waren.

Een derde bedenking betreft de term harm reduction. U gebruikt die term in zijn algemene, erg brede betekenis. U hebt het dan over schadebeperking. Schadebeperking kan natuurlijk veel beteken. Het gehele preventiebeleid – inzake drugs, maar ook het preventiebeleid in het algemeen – is schadebeperkend. Ik bezig de term harm reduction uitsluitend in de betekenis zoals hij in het vakjargon voorkomt. U gebruikt de term onder meer in de zin van het ontraden van het gebruik van drugs bij jongeren die nog niet gebruiken. Het ontraden op zich is natuurlijk een vorm van harm reduction. Maar ik benadruk hier nogmaals dat ik de term enkel in zijn vaktechnische betekenis wil gebruiken.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Ik denk dat ook ik de term in zijn vaktechnische betekenis heb gebruikt. Ik heb enkel gezegd dat de commissie misschien eens zou moeten discussiëren over de vraag wat in het algemeen de gezondheidsschade beperkt. Dan zou wel eens iets uit de bus kunnen komen dat ruimer is dan wat vandaag onder de term harm reduction wordt verstaan.

De heer Guy Swennen : Dat is ongetwijfeld juist.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Harm reduction vormt slechts een klein aspect van het drugbeleid.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Als we de puntjes op de i willen plaatsen, dan moet duidelijk worden gezegd dat het GIG-project gezondheidsbevordering bij injecterende gebruikers beoogt. Het woord gezondheidsbevorderend is belangrijk. Gezondheidsbevorderend is nog niet hetzelfde als schadebeperkend of harm reduction, waar we het hier over hebben. Ik kan dus niet akkoord gaan met de minister dat dit project wellicht beter in een therapeutische omgeving thuishoort. Het project beoogt gezondheidspromotie of -bevordering ; het gaat eerder om het opvoeden.

De heer Etienne De Groot : Ik zou willen voorstellen om in de toekomst wat meer Nederlands te praten. Dat zal er misschien toe leiden dat we mekaar wat beter verstaan. Want de term harm reduction impliceert heel wat : ook het ongemak en

de criminaliteit die samengaan met het dealen van drugs. Misschien zouden we beter spreken van schadebeperking en beperking van de overlast.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Het project beoogt de HIV-preventie bij injecterende druggebruikers in de Vlaamse gemeenschap te bevorderen. Deze bevolkingsgroep behoort tot een van de prioritaire doelgroepen van het strategisch plan voor de AIDS-bestrijding. Anders gesteld : het gaat om een heel kleine groep. Ik weet dus niet of men het hier enkel nog mag hebben over gezondheidspromotie.

Ik wil dat wel doen. Na een onderzoek van wat er vandaag gebeurt, wil ik graag met u eens bekijken of dat alles wel werkelijk beantwoordt aan zuivere harm reduction, dan wel of we het over gezondheidspromotie bij spuitgebruikers moeten hebben.

De voorzitter : De heer Swennen heeft het woord.

De heer Guy Swennen : Op het antwoord van de minister zou ik hier nog kort twee zaken willen zeggen. Uit haar betoog heb ik begrepen dat het Riziv weigert om de beslissingen van de federale regering over de MSOC's uit te voeren. Alles gaat behoorlijk snel. Maar ik heb toch begrepen dat het Riziv wel de curatieve aspecten van de beslissingen honoreert, maar niet de preventieve aspecten.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Maar waar eindigt het preventieve, en begint het curatieve ? Soms is dat erg moeilijk vast te stellen. Is methadonverstrekking een vorm van tertiaire preventie, of gaat het om een curatief optreden ?

Mevrouw Yolande Avontroodt : Ik denk dat projecten van methadonverstrekking als vormen van zuivere harm reduction moeten worden beschouwd. Via dit project wil men methoden ontwikkelen en promoten om met drugverslaafden gezondheidsbevorderend te werken. Dat was de bedoeling van dat project. Men wou de hulpverleners bij drugverslaafden methodieken aanleren : hoe men moet omgaan met spuiten, welke maatregelen men moet nemen om niet besmet te raken, hoe men spuitenruil moet aanpakken, enzovoort.

De voorzitter : De heer Swennen heeft het woord.

De heer Guy Swennen : Het belangrijkste onderdeel van het GIG-project is voor mij die spuitenruil. Dat is een louter preventief project. Als ik het goed heb begrepen, moet het GIG-project zich inschrijven in een overeenkomst met de VAD voor een overgangsperiode van een jaar. Daarna moet

Swennen

het GIG zich inschakelen binnen bestaande, reguliere, preventieve en curatieve instellingen. Dat cryptogram begrijp ik niet. Wat bedoelt u daarmee ? En de spuitenuil, waar hoort die dan thuis ? Wat gebeurt ermee na 15 december 1998 ?

De voorzitter : De heer De Groot heeft het woord.

De heer Etienne De Groot : De hele structuur met de federale verantwoordelijkheden, het aandeel van de gemeenschappen enzovoort, mevrouw de minister, is werkelijk kafkaïaans. We gaan niet eens akkoord over de inhoud van een begrip terwijl hier brandend actuele problemen op tafel liggen. Dat lijkt me een bewijs van een bedenkelijke aanpak. Ik hoop dat daar beterschap in komt. Ik hoop dat we elkaar leren aanspreken in verstaanbare taal, en in het Nederlands alstublieft.

Ik pleit evenzeer voor meer actie in het beleid, geen filosofische bespiegelingen en debatten. Een mooi voorbeeld is Free Clinic en er zijn nog andere nuttige projecten, maar het beleid doolt.

De voorzitter : De heer Swennen heeft het woord.

De heer Guy Swennen : Ik heb niet op al mijn vragen antwoord gekregen. Heel concreet : wat na 15 december 1998 ?

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Na 15 december 1998 moet duidelijk zijn in welke normale preventie- of curatieve werking men terecht komt. Mevrouw Avontroodt zegt terecht dat we spuitenuil zouden moeten promoten als gezondheidsdienst.

Alle teksten van het project liggen hier voor me. Deze boeiende bundel beschrijft de onderzoekspopulatie, de rekrutering van de respondenten, de HIV-test en dergelijke maar nergens vind ik het woord methodieken terug. Misschien is mijn dossier niet volledig. Men zegt zelf dat de VAD de methodieken aanbrengt. Men heeft het enkel over het algemeen principe van methodieken en hoe dit project verder moet worden uitgebouwd.

Het project is al twee jaar aan de gang met twee keer 5 miljoen frank. Ik zou toch graag vernemen welke concrete resultaten men al heeft geboekt. Elke frank belastinggeld moet goed worden besteed en een degelijk resultaat opleveren. Dat is mijn hoofdbekommernis.

Drie jaar lijkt me een logische termijn voor het aanbrengen van de methodieken. Daarna moeten deze in de normale voorzieningen geïntegreerd zijn. We zullen dat realiseren met de VAD. Op 15 december 1998 moet de experimentele fase worden afgerond. Ik twijfel absoluut niet aan de degelijke werking van Free Clinic, daar gaat het niet om. Free Clinic is geëvolueerd naar toegepast wetenschappelijk onderzoek.

De voorzitter : De heer Swennen heeft het woord.

De heer Guy Swennen : Dat is een fundamentele uitspraak, mevrouw de minister. Free Clinic moet binnen een reguliere werking worden ingeschakeld. Dan wordt het dus een MSOC, een federale instelling. Wil de Vlaamse overheid geen geld meer spenderen aan spuitenuil ? Maar volgens minister Colla moeten de spuitenuilprojecten met Vlaams geld worden betaald. Het risico bestaat dat de spuitenuil tussen wal en schip valt.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Dat hebt u me vandaag niet horen zeggen. Daarover hebben we het niet eens gehad.

U vroeg me naar de spuitenuil voor diabetici, mevrouw Becq. Als men spuitenuil mogelijk maakt voor de ene sector, dan moet het zeker kunnen voor de diabetici. Spuitenuil betekent eigenlijk alleen financiering van de spuiten, maar daarover gaat het hier vandaag niet.

De voorzitter : Het incident is gesloten.

Interpellatie van de heer Marc Olivier tot mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over het preventiebeleid ten aanzien van gokverslaving

De voorzitter : Aan de orde is de interpellatie van de heer Olivier tot mevrouw Demeester, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over het preventiebeleid ten aanzien van gokverslaving.

De heer Olivier heeft het woord.

De heer Marc Olivier : Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, gokverslaving verdient onze bijzondere aandacht. Het is immers een ernstig probleem. Ik verwijs naar de eindejaarsac-

Olivier

tie van de Lotto. Mensen houden naar goktenten om vlug nog wat geld in te zetten in de hoop bij de gelukkigen te zijn. Men denkt vaak dat meespelen met de Lotto en het kopen van Subito-loten niets met gokken te maken hebben, maar niets is minder waar.

Gokken zorgt voor heel wat problemen op sociaal, financieel, juridisch, relationeel en psychosociaal vlak. Men spreekt over 100.000 spelers in dit land in casino's, bij paardenrennen, bij kansspelen, enzovoort. Men raamt het aantal gokverslaafden op 20.000 personen.

Naar aanleiding van een voorstel van de heer Vergote heb ik de kans gehad om in de Senaat heel wat hoorzittingen over deze problematiek bij te wonen. Gokverslaving valt onder de bevoegdheid van zeven ministers : vier op federaal niveau en drie op Vlaams niveau. Het strafrechtelijke en juridische aspect vallen onder federale bevoegdheid, preventie en zorgverlening zijn een Vlaamse aangelegenheid.

Een aanpak ten gronde van het gokprobleem vereist de uitbouw van een betere samenwerking tussen het federale en Vlaamse beleidsniveau. Om het probleem te kunnen aanpakken, moet het eerst voldoende kunnen worden omschreven. Uit de hoorzittingen in de Senaat is gebleken dat men het probleem alleen maar kan omschrijven door buitenlandse feitelijkheden met de situatie in Vlaanderen te vergelijken. We hebben een groot tekort aan een wetenschappelijke onderbouw van deze problematiek. Het is dan ook aangewezen om het gokprobleem wetenschappelijk in kaart te brengen. We kunnen dat via sensibilisering, zoals dat gebeurt met andere vormen van verslaving. Bij een verhoogde sensibilisering komen er veel meer vragen om hulp.

Verder moet men de preventie en hulpverlening samen behandelen. We hebben preventiemedewerkers die erg actief zijn op het vlak van alcohol en drugs. In de vorige interpellatie werd daar al naar verwezen.

Gokken en kansspelen worden nog maar beperkt lokaal behandeld. Enkel in Vlaams-Brabant komt deze problematiek provinciaal aan bod. Men onderkent het fenomeen met andere woorden nog niet voldoende. Er is de discussie over de casino's geweest. Die mensen hebben toen nattigheid gevoeld en een eerste stap gezet door hun medewerkers een opleiding te geven. Een hele reeks

kansspelen werd al verboden, maar de fabrikanten van dergelijke toestellen zijn vindingrijk genoeg om een ander spel in de plaats te introduceren. Gokverslaving moet op provinciaal niveau worden ingeschreven. De provincie heeft voldoende voeling met het werkveld en kan beleidsadviserend werk verrichten.

Rekening houdend met de probleemanalyse en de knelpunten binnen de regio Vlaanderen, wil ik aan de minister enkele vragen stellen en een aantal voorstellen doen.

Het wetenschappelijk onderzoek kan duidelijkheid brengen inzake de gokcultuur. Wat zijn de oorzaken van gokverslaving ? Wat zijn de persoons- of omgevingsfactoren die een gokverslaving in de hand werken ? Zijn die verschillend voor de verschillende vormen van kansspelen ? Welke hulpverlening is het meest aangepast voor deze vorm van verslaving ?

Welke stappen kunnen er ondernomen worden in het kader van preventie ? Bestaat de mogelijkheid om de bestaande preventiemedewerkers in te zetten bij de problematiek van de gokverslaving ? Moet men campagnes opzetten ? Ik weet dat dat veel geld kost. Zijn er geen andere mogelijkheden ? We kunnen bijvoorbeeld convenants afsluiten met fabrikanten van automaten, casino's of de Nationale Loterij, om tussenbeide te komen in de kosten van preventieprojecten. De federale staat heeft er inderdaad alle belang bij dat er veel wordt gegokt en dat er veel in casino's wordt gespeeld. Iedereen heeft er trouwens belang bij dat er veel op de Lotto wordt gespeeld, want het geld komt heel wat belangrijke initiatieven zoals sponsoring ten goede. Men zou wel in een budget moeten voorzien voor slachtoffers van gokverslaving en om op de gevaren te wijzen.

In Nederland is er een convenant met de gemeentebesturen. Kan ook hier worden overwogen waar en voor wie zo iets mogelijk is ? Mevrouw de minister, ziet u een rol voor u weggelegd om in de toekomst initiatieven terzake te nemen ? Neemt u uw verantwoordelijkheid op ? Er kan bijvoorbeeld een rol worden toebedeeld aan de pas opgerichte provinciale preventieplatforms.

Dit waren een aantal suggesties en vragen. Het federaal niveau is sterk met deze problematiek in de weer. Daar zullen er misschien belangrijke stappen komen naar aanleiding van een initiatief van de heer Vergote. De bedoeling van mijn suggesties en vragen is om deze zaak ook op Vlaams niveau

Olivier

aan de orde te stellen, zodat ook wij een rol kunnen spelen.

De voorzitter : Mevrouw Avontroodt heeft het woord.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Mevrouw de voorzitter, ik wil me aansluiten bij het interpellatieverzoek van de heer Olivier. De heer Vergote is er inderdaad in geslaagd om deze zaak uit de taboesfeer te halen en de pijnpunten aan te duiden. Ook wij zijn vragende partij om een aanzet te geven op Vlaams niveau. We willen een grondig wetenschappelijk onderzoek hieromtrent ondersteunen.

Ik zal opnieuw mijn stokpaardje bovenhalen. Hoe groot is de kans op schade indien men geconfronteerd wordt met gokspelen, en wat kunnen we daaraan doen ? Mevrouw de minister, risicoanalyse houdt juist in hoe men jongeren leert omgaan met risico's. Is er een risico ? Er is alleen een risico als er kans is op schade. Hoe groot is de kans op schade ? Het zijn altijd dezelfde vragen. De heer Olivier heeft terecht gesteld dat de preventie ook op Vlaams niveau nog nergens staat. Een buitenlands onderzoek heeft bewezen dat vooral jongeren en sociaal zwakkeren de eerste slachtoffers zijn van verslaving. Het beleid moet dan ook op die groepen zijn gericht.

Aan de hulpverleners van de bestaande hulpcentra zoals de CGG's, de Centra voor Algemeen Welzijnswerk en de Centra voor Slachtofferhulp, moet de nodige deskundigheid worden bijgebracht. Gokverslaving moet dus in hun opleiding aan bod komen. Dat is mijn tweede stokpaardje. Het bijbrengen van de nodige deskundigheid kan tot het basispakket van een algemene huisarts behoren. Hij moet deze problemen leren herkennen. Naast de postbode heeft de huisarts immers een heel belangrijke detecterende taak. Hij komt in het gezin en kent de problemen. Hij moet leren omgaan met gokverslaving en een oplossing kunnen bieden. Er is dus een doelgericht preventiebeleid nodig voor jongeren en sociaal zwakkeren.

Mevrouw de minister, ten derde vraag ik of u in het kader van het Overlegcomité samen met de federale overheid een gecoördineerd beleid wilt ontwikkelen.

De voorzitter : Mevrouw Van Den Heuvel heeft het woord.

Mevrouw Ria Van Den Heuvel : Ik wil aansluiten bij de interpellatie van de heer Olivier. Ik heb me al eerder met deze zaak beziggehouden. In de loop van vorig jaar heb ik een mondelinge vraag gesteld, die door de diensten is terugbezorgd met de volgende woorden : dit is geen bevoegdheid van het Vlaamse niveau. Dat is toch wel een bijzonder tekenend antwoord in het licht van deze discussie. Op dat ogenblik was dat antwoord misschien terecht. De vraag blijft wel of we niets moeten ondernemen. Ik sluit me dan ook aan bij deze interpellatie. Ik wacht uw antwoord nieuwsgierig af.

De voorzitter : Ik geloof dat we minister Martens al eens hebben ondervraagd over deze problematiek. Dat was naar aanleiding van een interpellatie van de heer Olivier en de heer Weyts. Mevrouw de minister, nu gaat het eerder over preventie. Daarom stellen we de vraag nu aan u.

De heer Strackx heeft het woord.

De heer Felix Strackx : Mevrouw de minister, geachte collega's, het heeft me verwonderd dat dit onderwerp niet aan bod is gekomen in de commissie ad hoc voor Armoede. Is dat omdat er geen gegevens bekend zijn over het aantal gokverslaafden en hun profiel ? In de voorbereidende nota voor de commissie hebben we daar aandacht voor gevraagd. In veel gevallen gaat het om een niet te onderschatten probleem. Ik heb geen zicht op de omvang ervan, maar ken persoonlijk mensen die ermee worden geconfronteerd.

De voorzitter : Mevrouw de minister, u mag antwoorden als minister bevoegd voor gezondheid. U mag natuurlijk ook een tipje van de sluier opheffen over de opbrengsten, als u dat vanuit uw bevoegdheid voor begroting en financiën kunt. We zijn wel vooral geïnteresseerd in de preventieve aanpak.

Minister Demeester heeft het woord.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Mevrouw de voorzitter, ik wil van deze gelegenheid gebruik maken om een probleem te bespreken dat meer voorkomt dan we beseffen. Eigenlijk beseffen we het wel. Al degenen die het woord hebben gevoerd, spreken vanuit de ervaring van het dienstbetoon in de goede zin van het woord, namelijk het luisteren naar mensen. We worden allemaal wel eens geconfronteerd met mensen die met gokverslaving te maken hebben, en naar ons komen opdat we in vertrouwen naar hen luisteren. Op die manier ben ik heel concreet geconfronteerd met

Demeester-De Meyer

een gezin waarvan een kind verslaafd was aan gokken.

Het zijn niet altijd kansarmen die met gokverslaving te maken hebben. Soms heeft gokverslaving met gezinsstructuren te maken, maar vaak ook met de complexiteit van de natuur van een persoon. De omgeving, het gezin en kansarmoede spelen in dat geval geen rol. Het een kan het gevolg zijn van het ander. Door gokverslaving kan men in de kansarmoede terechtkomen. Ik ervaar dat het zeer moeilijk is een antwoord te formuleren over deze verslaving, maar we kunnen proberen gegevens te verzamelen.

Ik zal onmiddellijk antwoorden op de eerste vraag van de heer Olivier over het wetenschappelijk onderzoek. Het financieren hiervan behoort tot de bevoegdheden van de minister-president, maar de verschillende departementen hebben de mogelijkheid om in functie van de relevantie van het eigen specifieke beleid, prioritaire onderzoeksopdrachten voor te stellen. De prioriteiten op het gebied van volksgezondheid zullen worden vastgesteld op basis van de gezondheidsdoelstellingen. Deze worden door de Vlaamse Gezondheidsraad opgesteld en zullen binnenkort aan het parlement worden voorgelegd. Mevrouw de voorzitter, ik denk dat we binnenkort een bespreking zullen kunnen houden over deze voorstellen. Gokverslaving werd echter niet behouden als een prioritair aandachtspunt voor wetenschappelijk onderzoek.

In Vlaanderen is onvoldoende cijfermateriaal voorhanden over deze problematiek. Door mijn bevoegdheid voor Financiën en Begroting kan ik meedelen dat er een werkgroep bestaat die onderzoekt wat precies als kansspelen en wat als volksvermaak kan worden beschouwd. In het kader daarvan hebben we naar gegevens gepeild, maar deze zijn bijzonder pover. Enkel op basis van betrouwbare gegevens zullen we een concreet preventief beleid uitstippelen. Nu proberen we in het geïntegreerd registratiesysteem van de gezondheidstoestand van de Vlaamse bevolking elementen toe te voegen. De nodige gegevens voor de registratie kunnen we krijgen van de sector voor geestelijke gezondheidszorg. Volgens mij is dit de enige sector in Vlaanderen die met de gevolgen van gokverslaving wordt geconfronteerd.

Er werd een beperkt onderzoek uitgevoerd door het centrum Matt Talbot uit Borgerhout. Dit is het enige centrum dat een onderzoek heeft verricht. In de provincie Antwerpen werd een bevraging ver-

richt bij de huisartsen om een beter inzicht te krijgen in de verwijzingen. Er werd ook een analyse gemaakt van de aanmeldingen van gokverslaafden bij de centra voor Geestelijke Gezondheidszorg in heel Vlaanderen. Dat laatste onderzoek zal verder moeten worden uitgebouwd indien we relevante gegevens willen verkrijgen.

Het voorstel van mevrouw Avontroodt over de MST-PMS-centra zou ik aan dit lijstje kunnen toevoegen. Toch is de uitwerking hiervan niet zo eenvoudig, want het probleem is heel delicaat. Er bestaan spanningen tussen de preventieartsen en de schoolartsen van het MST enerzijds en de huisartsen anderzijds. Ik durf het woord bijna niet te gebruiken, maar tussen hen bestaat een vorm van competitie over wie geschikter zou zijn om bepaalde onderzoeken uit te voeren. Volgens mij kunnen we best een beroep doen op de centra voor Geestelijke Gezondheidszorg. Zo kunnen we achterhalen of kinderen en jongeren rechtstreeks naar deze centra stappen of daar via hun ouders, hun huisarts, of de schoolarts terechtkomen. Het is niet eenvoudig om dit uit te zoeken omdat de communicatie zo moeilijk verloopt. Ik wil heel graag zoeken naar gegevens, maar stel vast dat sommige moeilijk te verzamelen zijn omwille van het delicate onderwerp. Ik onderstreep nogmaals dat verslaving in sommige families aanwezig is, maar dat weinigen bereid zijn om hierover te getuigen. Ik kan hier begrip voor opbrengen.

Mijnheer Olivier, ook voor de gokverslaving bestaat een probleem van bevoegdheidsverdeling. Door uw dubbele functie als lid van de Senaat en van het Vlaams Parlement bent u beter geïnformeerd over dit onderwerp en beter geplaatst om acties te ondernemen. U kunt immers zowel inzicht verwerven in de wetgeving, als in de mogelijkheden tot preventieve acties. Bij het plannen van concrete preventieprogramma's zal steeds moeten worden overlegd. De wetgeving inzake kansspelen wordt nu voorgelegd in het overlegcomité, waarna een advies kan worden geformuleerd. Tijdens de besprekingen in het comité hebben we onze houding heel strikt bepaald. Na het overleg heeft de Raad van State heel wat opmerkingen gemaakt, waarna het ontwerp werd aangepast. Daarna werd het voorgesteld aan het parlement zonder eerst verder overleg te plegen. Dit is de correcte procedure; ik spreek me er niet over uit of het de meest efficiënte is.

Bij het Vlaams beleid voor preventieve gezondheidszorg zal het zeker nuttig zijn de opportuniteit en mogelijkheid te onderzoeken tot preventieve acties en tot de integratie van de specifieke des-

Demeester-De Meyer

kundigheidsbevordering van intermediairen in de opdrachten die via convenants worden afgesproken met de centra voor Geestelijke Gezondheidszorg. Dit zal vooral moeten gebeuren op basis van de gegevens die we zullen verkrijgen door de verbeterde registratie van deze centra. Ze werken daar reeds een vijftal jaar aan, maar gaan nog niet voldoende eenvormig te werk.

De geestelijke gezondheidssector maakt concreet werk van initiatieven rond preventie en hulpverlening. Een mooi voorbeeld hiervan is CAD-Limburg, waar men reeds is gestart met werk- en gespreksgroepen over gokverslaving. Ook het centrum dat het langst met gokverslaafden werkt, Matt Talbot, heeft zich verder gespecialiseerd op het gebied van preventie en hulpverlening. Dit zijn echter vormen van de tweedelijnsgezondheidszorg of tertiaire preventie. Het centrum Matt Talbot heeft in alle casino's aan de Belgische kust een folder verspreid over de gevaren van kansspelen, waarin naast de nodige informatie en waarschuwingen eveneens tips staan en een verwijzing naar de hulpverleningsinstanties. Ik vind dit positief, maar dergelijke folders hebben geen betekenis meer voor gokverslaafden. Wat belangrijker is, is dat het centrum ook vormingssessies inricht ten behoeve van de eerstelijns werkers die met de gokproblemen in aanraking kunnen komen.

Het is de bedoeling te onderzoeken hoe via de herziene reglementering inzake gezondheids promotie de algemene preventie met betrekking tot de geestelijke gezondheidszorg zal kunnen worden gecoördineerd en ondersteund op het Vlaams niveau, waarbij de nadruk wordt gelegd op de lokale acties. In dat kader zal inderdaad ook aandacht worden besteed aan de gokverslaving. Verder is een omzendbrief aan de huisartsen in voorbereiding, waarbij de LOGO's worden opgezet en waarin wordt gemeld welke de thema's zijn en de punten waarvoor aandacht wordt gevraagd. Het cofinancieren van preventiecampagnes hoort inderdaad tot de mogelijkheden. Of we dat nu moeten doen met grootse preventiecampagnes is maar de vraag. Ik zou enigszins cynisch kunnen zijn en aan Lotto kunnen vragen of ze niet bereid zijn een preventiecampagne te ondersteunen.

We moeten realistisch zijn. Ik denk dat er in de media geen grotere campagnes dan Lotto-campagnes worden gevoerd, campagnes voor allerlei nieuwe producten. De heer Olivier verwees daarnet naar wat we in vroegere tijden hebben meege maakt, naar de hoeveelheid aan middelen die men

sen daarvoor over hebben. Ik beweer niet dat deze mensen allemaal gokverslaafden zijn. Voor 95 procent is de beweegreden het spel en de kans op zich. Maar ook daar zijn gokverslaafden te vinden, wat natuurlijk bijzonder jammer is. In elk geval zullen we onze acties op goede gegevens blijven baseren. Zoals in andere sectoren zullen we vooral moeten streven naar formules waarbij afspraken worden gemaakt tussen enerzijds de uitvoerder van de preventiecampagne en anderzijds de sector, in functie van het nastreven van resultaats- en prestatieverbintenissen opgenomen in doelstellingen. Het heeft immers geen zin campagnes te voeren waarvan je weet dat ze eigenlijk geen enkel effect zullen bewerkstelligen.

Zowel de gemeente- als de provinciebesturen zullen we in de mate van het mogelijke betrekken bij ons nieuw beleid tot preventieve gezondheidszorg in Vlaanderen. Hierbij leggen we de nadruk op centraal vastgelegde thema's, waarbij we een beleid tot stand kunnen laten komen in netwerken. Voor de gemeenten is het ook belangrijk dat we in het kader van hun gezondheidsbeleid allemaal enigszins in dezelfde richting werken. Wellicht zal dit ook ter sprake komen in het nu voorbereide pact dat met de gemeenten zal worden afgesloten.

Het is heel belangrijk dat we bepaalde gemeenschappelijke doelstellingen hebben. Sommige gemeenten en steden leveren vrijwel geen vergunningen af voor kansspelen en gokken, en andere weer wel. Met name Antwerpen pleit voor het toelaten van een casino. Hoewel ik weet dat dit financiële opbrengsten kan meebrengen, ben ik daar helemaal geen pleitbezorger van. Ik denk niet dat het nodig is het aantal casino's nog te vergroten. Ook zullen we trachten om, in het kader van het preventiebeleid van de Vlaamse Gemeenschap, verdere afspraken te maken met de provincies, zodat we gezamenlijk in dezelfde lijn gaan functioneren.

Ten slotte wil ik de leden wijzen op een andere preventieve maatregel, die wel uitsluitend tot de gewestelijke bevoegdheid behoort. Immers, zelfs al is het verbieden of gedogen van kans- en gokspelen een federale bevoegdheid, de fiscale bevoegdheid terzake is exclusief gewestelijk. U zult mij niet horen zeggen dat ik zal trachten meer kansspelen te organiseren om zo meer belastingen te innen. Voor mij is het op zich niet belangrijk dat daarop belastingen worden geïnd. Natuurlijk is dat wel nodig, want men moet trachten het ontradend effect te behouden. Maar dat Financiën tot mijn bevoegdheden behoort, doet me nog niet voor nieuwe casino's pleiten. Zo int men alleen maar op

Demeester-De Meyer

dingen waaraan men achteraf drie- of vier maal zoveel moet uitgeven voor primaire, secundaire en tertiaire preventie. Ik moet daaraan toevoegen dat we het initiatief hebben genomen om een deel van het onschuldig volksvermaak te ontzien. Zo is er een spel dat ik niet kende : het gokken op welke steen een koe haar vla zal laten vallen. Dat wil ik wel uit de belastingssfeer halen. Dat soort volksvermaak moet mijns inziens immers kunnen zonder dat men er een belasting op int. Tegenwoordig vindt deze inning echter nog steeds plaats.

Ik zei het reeds bij het begin van mijn uiteenzetting : we hebben een orgaan opgezet dat een duidelijk onderscheid moet maken tussen volksvermaak en gokspelen. Eens we dat onderscheid hebben gemaakt, kunnen we de fiscale heffingen op de kansspelen laten bestaan, maar niet op het volksvermaak.

De voorzitter : De heer Olivier heeft het woord.

De heer Marc Olivier : Mevrouw de minister, ik merk dat u bewogen reageert op dit onderwerp. Het is inderdaad niet evident de slachtoffers van dit probleem te ontdekken. Veel vrouwen weten niet eens dat hun man gokverslaafd is. Een gokverslaafde kan zijn hele familie meesleuren in een financieel drama.

Dit is een delicaat probleem. Als we dat onderkennen, zijn we al een eind op weg. Ik sluit niet uit dat we de opbrengst van gokken positief aanwenden. Men moet uiteraard selectief te werk gaan. Ik denk aan de zelfhulpgroepen : misschien moeten we eens naar deze mensen luisteren en hen steunen.

Met redenen omklede moties

De voorzitter : Door mevrouw Avontroodt, de heren De Groot en Van Dijck en mevrouw Van Den Heuvel werd tot besluit van deze interpellatie een met redenen omklede motie ingediend. Ze zal worden gedrukt en rondgedeeld.

Door de heer Olivier werd tot besluit van deze interpellatie een met redenen omklede motie aangekondigd. Ze moet uiterlijk 24 uur na de sluiting van de vergadering zijn ingediend.

Het parlement zal zich daarover tijdens een volgende plenaire vergadering uitspreken.

Het incident is gesloten.

[...]

– *De vergadering wordt gesloten om 17.20 uur.*
