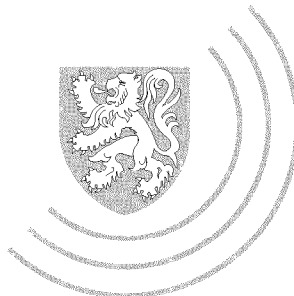


V L A A M S   P A R L E M E N T



Zitting 1997-1998

24 maart 1998

**VOORSTEL VAN RESOLUTIE**

**– van mevrouw Yolande Avontroodt, mevrouw Trees Merckx-Van Goey  
en de heer Guy Swennen –**

**betreffende het optimaal inschakelen van de MST-PMS-centra  
bij de drugspreventie**

**VOORSTEL VAN RESOLUTIE**

**– van de heren Felix Strackx en Frank Creyelman –**

**betreffende het terugdringen van het drugsgebruik  
bij de schoolgaande jeugd in Vlaanderen**

**VERSLAG**

**namens de Commissie voor Welzijn, Gezondheid en Gezin  
uitgebracht door mevrouw Kathleen Helsen**

*Samenstelling van de commissie :*

*Voorzitter :* mevrouw Trees Merckx-Van Goey.

*Vaste leden :* mevrouw Sonja Becq, de heer Jan Béghin, mevrouw Trees Merckx-Van Goey, de heren Marc Olivier, Bart Vandendriessche ;

mevrouw Yolande Avontroodt, mevrouw Patricia Ceysens, de heer Etienne De Groot ;

de heer Peter De Ridder, mevrouw Kathy Lindekens, de heer Guy Swennen ;

de heren Wilfried Aers, Felix Strackx ;

de heer Etienne Van Vaerenbergh ;

mevrouw Ria Van Den Heuvel.

*Plaatsvervangers :*

de heren Leo Cannaerts, Johan De Roo, mevrouw Veerle Heeren, mevrouw Kathleen Helsen, mevrouw Riet Van Cleuvenbergen ;

de heer Jacques Devolder, mevrouw Marleen Vanderpoorten, mevrouw Sonja Van Lindt ;

de heren Fred Dielens, Johnny Goos, Jacky Maes ;

de heren Frank Creyelman, Karim Van Overmeire ;

de heer Herman Lauwers ;

de heer Jos Stassen.

Niet-commissieleden die aan de bespreking deelnamen :

de heer Jos Geysels.

---

*Zie :*

**930** (1997-1998)

– Nr. 1 : Voorstel van resolutie

– Nr. 2 : Amendement

**924** (1997-1998)

– Nr. 1 : Voorstel van resolutie

## DAMES EN HEREN,

De Commissie voor Welzijn, Gezondheid en Gezin behandelde het voorstel van resolutie van mevrouw Yolande Avontroodt, mevrouw Trees Merckx-Van Goey en de heer Guy Swennen betreffende het optimaal inschakelen van de MST-PMS-centra bij de drugspreventie (Gedr. St. Vl. P. 930 (1997-1998) – nr. 1) op 19 maart 1998. Dit voorstel van resolutie resulteerde uit de besprekingen en de hoorzitting over een eerder ingediend voorstel van resolutie van mevrouw Yolande Avontroodt, dat naderhand werd ingetrokken (Gedr. St. Vl. P. 216 (1995-1996) – nr. 1). Voor het verslag van die voorafgaande besprekingen en van de hoorzitting wordt verwezen naar de bijlagen bij dit verslag.

Conform Reglementsartikel 24, 2 werd het voorstel van resolutie van de heren Felix Strackx en Frank Creyelman betreffende het terugdringen van het drugsgebruik bij de schoolgaande jeugd in Vlaanderen (Gedr. St. Vl. P. 924 (1997-1998) – nr. 1) samen behandeld met het eerstgenoemde voorstel van resolutie. De commissie besliste met 10 stemmen tegen 2 het eerstgenoemde voorstel van resolutie van mevrouw Yolande Avontroodt, mevrouw Trees Merckx-Van Goey en de heer Guy Swennen als basistekst voor de bespreking te nemen.

## 1. Inleidende uiteenzettingen

### a. *Voorstel van resolutie van mevrouw Yolande Avontroodt, mevrouw Trees Merckx-Van Goey en de heer Guy Swennen*

Dit voorstel van resolutie is een belangrijke stap in het preventief gezondheidsbeleid waarvoor de Vlaamse Gemeenschap ten volle bevoegd is, zegt mevrouw Yolande Avontroodt. Drugsmisbruik is nog steeds een gezondheidsprobleem dat veroorzaakt wordt door de bewustzijnsbeïnvloedende en afhankelijkheidsbevorderende werking van drugs. Preventie is des te belangrijker omdat het succes van therapeutische behandeling van drugsverslaving zeer gering is.

Voor een geïntegreerd drugsbeleid is het opzetten van een uniforme registratie van het druggebruik via MST-PMS een eerste en essentiële stap, vervolgt de indiener. Het onderzoek van de UG en de UIA (zie verslag hoorzitting), en andere disparate onderzoeken in Aalsterse en Ninoofse scholen tonen aan dat uit versnipperd onderzoek geen dui-

delijke conclusies getrokken kunnen worden voor het drugsbeleid op school. MST-PMS is een geschikt instrument voor uniforme registratie. Het is een bestaande structuur die zeer laagdrempelig is en waarvoor de Vlaamse Gemeenschap ten volle bevoegd is.

Als de noden geïdentificeerd kunnen worden door de registratie en de verwerking van de gegevens is het mogelijk om meer doelgericht preventie te voeren. Een andere meerwaarde van het voorstel is de tegemoetkoming aan de vraag vanuit de scholen zelf om aan de hand van de gegevens meer inzicht te krijgen in de problematiek.

Het voorstel van resolutie geeft ook een eerste aanzet om jongeren zelf te betrekken bij het opzetten van een participatieve risico-analyse. Met het invoeren van de participatieve risico-analyse wordt een belangrijke stap gezet naar een nieuw concept in de gezondheidspreventie en de jeugdgezondheidszorg, zegt mevrouw Yolande Avontroodt.

Als men in een bepaalde populatie een hoger drugsgebruik vaststelt, kan MST-PMS zich ook gericht toespitsen op die aandoeningen die frequenter voorkomen bij die risicogroep, zoals bv. hepatitis-B, tuberculose, aids en SOA (sexueel overdraagbare aandoeningen).

De optie voor het kanaal MST-PMS heeft niet in het minst te maken met de onafhankelijke positie en de vertrouwenspositie die zij innemen. In vergelijking met het eerst ingediende voorstel van resolutie (Gedr. St. Vl. P. 216 (1995-1996) – nr. 1) wordt nu meer de nadruk gelegd op de vertrouwensrelatie tussen leerling en MST-PMS.

Een aantal knelpunten in de uniforme registratie moeten nog verder aandacht krijgen, vervolgt mevrouw Yolande Avontroodt. De indiener denkt vooreerst aan de combinatie van drugs met andere bewustzijnsbeïnvloedende middelen zoals alcohol en geneesmiddelen. De opleiding van de schoolartsen kan verbeterd worden op het vlak van drugsproblematiek; zij zijn zelf vragende partij. Initiatieven voor de ondersteuning van de ouders zijn aangewezen. Registratie van drugsgebruik mag niet ontbreken bij het onderzoek naar de gezondheidstoestand van jongeren en moet opgenomen worden in de gezondheidsindicatoren zodra men erin slaagt een uniforme registratie te realiseren. De op te richten Logo's (lokaal gezondheidsoverleg) hebben in dit alles een ondersteunende rol op te nemen. Op termijn zouden ook de gegevens van andere informatiebronnen over drugsgebruik

(revalidatiecentra, Justitie) in één groot coherent gegevensbestand opgenomen moeten worden.

De volgende indicatoren om de schade door drugsgebruik te bepalen zijn van belang : het aantal sterfgevallen door drugsgebruik, het aantal verkeersongevallen door drugsgebruik, het aantal jonge drugsgebruikers geïdentificeerd bij curatieve zorgverlening, en het aantal criminele feiten die met drugsgebruik gepaard gaan.

De Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) heeft uiteraard al een behoorlijke knowhow opgebouwd die zeker voor de uitwerking van dit voorstel van resolutie geïmplementeerd kan worden, vervolgt mevrouw Yolande Avontroodt.

De indiener besluit dat voor Vlaanderen een grote taak weggelegd is om preventief op te treden ten aanzien van het drugsgebruik door jongeren. Recente studies hebben uitgewezen dat cannabisgebruik een soortgelijk effect heeft op de hersenen als het gebruik van heroïne en cocaïne. Men kan dus niet zomaar beweren dat het gebruik van softdrugs onschadelijk is.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey, mede-indiener, voegt daaraan toe dat het voorstel van resolutie de concrete neerslag is van de besprekingen en de hoorzitting in commissie. Er wordt onderkend dat de equipes van MST-PMS meer tijd moeten kunnen besteden aan de drugsproblematiek door hen uitdrukkelijk daartoe uit te nodigen. Belangrijk is dat de vertrouwensrelatie tussen de leerling en het MST-PMS gecreëerd of behouden wordt. In de vragen aan de Vlaamse regering wordt ook de band gelegd met de scholen : er wordt gevraagd dat MST-PMS hen zou ondersteunen bij het opzetten van programma's voor doelgerichte drugspreventie. Het voorstel gaat dus verder dan de registratie en de risico-analyse. Ten slotte wijst de mede-indiener naar het ruimere kader waarin dit voorstel past, nl. het VN-verdrag inzake de rechten van het kind dat stelt dat de overheid maatregelen moet nemen om kinderen tegen het gebruik van verdovende middelen te beschermen.

De heer Guy Swennen, eveneens mede-indiener, sluit zich aan bij de vorige sprekers. Het is positief dat het voorstel van resolutie gegroeid is uit de commissiewerkzaamheden. Alle lof komt toe aan de oorspronkelijke initiatiefneemster, mevrouw Yolande Avontroodt.

*b. Voorstel van resolutie van de heren Felix Strackx en Frank Creyelman*

De heer Felix Strackx stond volledig achter het eerst ingediende, maar ondertussen ingetrokken, voorstel van resolutie van mevrouw Yolande Avontroodt. De idee om jongeren te screenen op drugsgebruik vond de spreker positief. Alleen ging het voorstel niet ver genoeg waar het pleitte voor een anonieme gegevensverwerking. Volgens de spreker miste het daarmee zijn doel.

De indiener heeft een degout overgehouden aan sommige uitspraken op de hoorzitting. Verschillende genotsmiddelen als koffie, tabak, alcohol..., medicatie en illegale drugs werden over dezelfde kam geschoren. Een dergelijke benadering werkt de toename van drugsgebruik in de hand. De drugshulpverleners zijn in die zin een gevaar voor de samenleving. Ze hebben blijkbaar nog nooit gehoord van de stepping stone-theorie. Het gebruik van softdrugs is een voorbereiding op het gebruik van harddrugs. Harddrugsgebruikers zijn ooit met cannabis begonnen, niet met lichte sigaretten. Om zijn standpunt kracht bij te zetten citeert de heer Strackx de heer Etienne De Groot tijdens zijn interpellatie gehouden op 27 februari 1996 (Handelingen VI. P., C 14 – C-WEL2). De benadering van de VWVJ (Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg), de VAD en andere professionele drugsbestrijders gaat voorbij aan de essentie van het probleem.

De indiener onderstreept de omvang van het probleem aan de hand van cijfermateriaal (zie bijlage hoorzitting). De minister heeft ooit opgemerkt dat omzichtig omgesprongen moet worden met de cijfergegevens : sommige cijfers slaan slechts op een eenmalig gebruik van drugs. De indiener wil erop wijzen dat anderzijds de cijfergegevens over "3 keer of meer"-gebruik zeer rekbaar zijn. In 1994 hebben 9,2 % van de 15 à 16-jarige jongens drie keer of meer cannabis gebruikt. In 1996 was dat 13,5 %. 20,6 % van de 17 à 18-jarige jongens gebruikte in 1994 cannabis, in 1996 was dat 29%. Het cocaïnegebruik lijkt misschien marginaal, maar op twee jaar tijd (van 1994 tot 1996) is er meer dan een verdubbeling van het gebruik door 17 à 18-jarigen vast te stellen : van 1 % naar 2,2 %. In werkelijke aantallen omgezet gaat het om ongeveer 4.000 minderjarigen in Vlaanderen die al meer dan drie maal cocaïne gebruikten. Voor crack komt men op ongeveer 3.000 minderjarige gebruikers.

Volgens de heer Felix Strackx is registratie het enige antwoord dat gegeven wordt op dit gigantische probleem. Als men zo verder doet, zal men kunnen vaststellen dat honderd procent verslaafd is. Er zijn veel mogelijkheden om het drugsgebruik te bestrijden. De indiener haalt een voorbeeld aan van een schoolgenoot die destijds verschillende maanden gevangenisstraf kreeg voor het bezit van een kleine dosis cannabis. Die maatregel heeft een hele schoolgeneratie van de drugs afgehouden. Het voorstel van resolutie dat de spreker indiende, stelt andere veel minder verregaande maatregelen voor, op het niveau van de Vlaamse bevoegdheden. Een eerste maatregel is onaangekondigde drugscontroles onder de scholieren. Sportlui is het niet toegestaan bepaalde – niet eens schadelijke – stoffen te gebruiken. Het wordt als normaal beschouwd dat zij zich moeten onderwerpen aan dopingcontroles. Ook het principe van het onaangekondigd controles op psychotropica bij autobestuurders wordt aanvaard. Waarom dan niet onaangekondigde drugscontroles onder – minderjarige – scholieren? Bij het begin van het schooljaar kan aan de ouders de toestemming gevraagd worden om bij hun kind onaangekondigde tests te laten uitvoeren door de medische inspectieteams. Nu worden kinderen regelmatig op luizen onderzocht. Is dat een schending van de privacy?

Een ander aspect van het voorstel van resolutie van de heren Strackx en Creyelman is de meldingsplicht voor MST-PMS aan de ouders, niet aan de politie want de heer Strackx zegt zich te willen beperken tot de Vlaamse bevoegdheden. De ouders hebben recht op die informatie over hun kind. Dan kan ook aan MST-PMS de opdracht gegeven worden om samen met de ouders een begeleidingsplan uit te werken. Een uitbreiding van de personeelsformatie van MST-PMS is daartoe noodzakelijk.

Hoe vroeger drugsgebruik kan worden opgespoord, hoe beter. Remediëren is moeilijk en duur. De heer Felix Strackx concludeert dat de maatregelen in het voorstel van resolutie efficiënter zullen zijn dan het beleid dat op de hoorzitting werd voorgesteld.

## 2. Bespreking

Het voorstel van resolutie van mevrouw Yolande Avontroodt, mevrouw Trees Merckx-Van Goey en de heer Guy Swennen geldt als basistekst bij de bespreking (zie aanhef bij dit verslag).

Mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, is verontwaardigd over de bewering van de heer Felix Strackx dat er helemaal niets ondernomen wordt. Het lid laat onterecht uitschijnen dat de overheid, de drugshulpverleners en al diegenen die aan preventie doen, het probleem minimaliseren en de problematiek niet kennen. Niets is minder waar. Er zijn alleen grote verschillen tussen hun wijze van aanpakken en die van het lid. De aanpak die het lid voorstaat kan misschien slagen op een eiland als Singapore, maar niet in een land als het onze waar de grenzen zeer open zijn. Overigens is de Vlaamse overheid niet bevoegd voor de bestrijding van de drugshandel. De minister neemt het niet dat het lid de mensen aanvalt die zich dag in dag inzetten voor de drugspreventie. Zij zetten fundamentele acties op om het drugsgebruik te doen dalen. De minister is er vast van overtuigd dat hun werk langzaam vruchten zal afwerpen. De door het lid voorgestelde werkwijze daarentegen helpt de drugsbestrijding geen stap vooruit.

In antwoord op de opmerking van de heer Strackx op het gebruik van cijfermateriaal, stelt de minister nog dat zij een onderscheid maakt tussen "ooit gebruikt" en "de laatste maand gebruikt".

De heer Etienne De Groot gelooft in de persoonlijke inzet van de minister. In de praktijk echter stelt men vast dat wie drugs zou moeten bestrijden, er propaganda voor maakt of de problematiek onderschat. Als hun mentaliteit niet verandert, waarbij ze alcohol en drugs over dezelfde kam scheren, zal het drugsgebruik alleen maar stijgen. Het lid is er als liberaal niet tegen gekant dat een volwassene een joint rookt, maar jongeren mag men daarin niet vrij laten.

Mevrouw Kathleen Helsen, verslaggever, oordeelt dat het voorstel van resolutie van mevrouw Yolande Avontroodt, mevrouw Trees Merckx-Van Goey en de heer Guy Swennen met het MST-PMS een uitstekend instrument aanreikt voor drugspreventie op school. Het lid wenst wel te onderstrepen dat in de scholen in samenwerking met VAD, preventiewerkers van CGG's en MST-PMS al heel wat initiatieven voor drugspreventie genomen worden. Heel wat scholen hebben een procedure uitgewerkt voor het geval zij geconfronteerd worden met drugsgebruik. PMS-MST wordt actief betrokken bij de problematiek. Zij werken mee aan preventieprojecten in de scholen. In sommige scholen zijn zelfs afzonderlijke structuren opgericht waarin PMS-MST mee zitting hebben, nl. de zgn. Preventie- en begeleidingscel (P- en B-cel). In de werking van de huidige PMS-MST-centra en de toekomst-

ge centra voor leerlingenbegeleiding (CLB) komt de nadruk meer en meer te liggen op het vraaggestuurd werken. Het instrument dat door het voorstel van resolutie wordt aangereikt, moet volgens mevrouw Helsen passen in het schoolbeleidsplan of het beleidscontract tussen school en PMS-MST. Het moet deel uit maken van dat geheel ; de school zelf moet vragende partij zijn.

Volgens de heer Etienne De Groot is het nu voorliggende voorstel van resolutie een verwaterde versie van het initiële voorstel van resolutie. Hij zal het enkel goedkeuren uit sympathie voor zijn collega die het indiende. Overigens is het natuurlijk beter dan niets te ondernemen. In antwoord op de vorige spreker wijst de heer De Groot erop dat er even goed scholen zijn waar niets ondernomen wordt voor drugspreventie, waar het probleem gewoon verzwegen wordt en waar ondernemende leerkrachten geen medewerking krijgen van de directie. De vraaggerichte aanpak zal alleen aanslaan bij de nu al actieve scholen ; de witte vlekken zullen groter worden. Spreker geeft wel toe dat de verzamelde gegevens er misschien zullen toe leiden dat de overheid de noodzakelijke maatregelen neemt.

Volgens het lid is de essentie van de problematiek gelegen in de bedreiging van de democratische samenleving door de drugsmiljarden waarmee men zich inkoopt in de horeca, in de hele economische sector en allicht ook in de pers. Men moet krachtig durven optreden om de jeugd te beschermen. Bij sommige hulpverleners ontstaat een soort Stockholm-syndroom, waarbij ze zich door hun vertrouwensrelatie gaan vereenzelvigen met de drugsgebruikende jongeren. In die context moeten uitspraken gezien worden als : cannabis is niet gevaarlijk, het moet gedoogd worden, of zelfs : softdrugs kunnen 'hard' gebruikt worden en harddrugs kunnen 'soft' gebruikt worden. Het lid ontkent dat laatste niet en is niet tegen een gedoogbeleid voor volwassenen. Maar waarheen moet het dan met de beleidsopties om de toenemende verslaving onder jongeren te stoppen ?

Volgens de heer Etienne De Groot is er vooral nood aan een gecoördineerd beleid tussen Onderwijs en Gezondheidsbeleid op Vlaams niveau en Justitie en Volksgezondheid op federaal niveau. Als men ziet hoe wanhopig sommige schooldirecties zijn, kan het lid zich niet voorstellen dat een gecoördineerd drugsbeleid al besproken is binnen de Vlaamse regering. Eén globaal beleidsplan waarin elk zijn taken toegewezen krijgt, is noodzakelijk. Het instrument dat het voorstel van resolutie aanreikt, kan nuttig zijn om overtuigende argu-

menten aan te reiken aan diegenen die effectief iets aan het drugsprobleem willen doen. Politici liggen nog te weinig wakker van het probleem.

De heer Bart Vandendriessche vindt het voorstel van resolutie een voorbeeld van goed parlementair werk. De hoorzitting heeft daartoe een positieve bijdrage geleverd ; het is ongepast de deskundigheid van de sprekers in twijfel te trekken. Niemand van de commissie wil het drugsprobleem en zijn gevolgen minimaliseren. Om aan een oplossing te werken vanuit de Vlaamse bevoegdheden, het gezondheidsbeleid, is MST-PMS een zeer goed instrument. Preventie is hier essentieel. Dat is een lang en moeizaam proces dat niet onmiddellijk vruchten afwerpt. Het lid gelooft niet dat repressie alleen helpt. Veel belangrijker is de vertrouwensrelatie tussen jongere en hulpverlener, de privacy, de goede faam van de school. Jongeren moeten weerbaar gemaakt worden tegen de drugsmafia. Preventie mag niet zomaar overboord gegooid worden.

De heer Etienne De Groot beaamt dat preventie belangrijk is, maar ze gaat de verkeerde richting uit als cannabis als ongevaarlijk voorgesteld wordt. Mevrouw Sonja Becq ontkent dat in de scholen op een dergelijke manier gewerkt wordt. De scholen pogen een beleid te voeren zowel rond alcohol en roken als rond andere drugs als cannabis. Dat is ook de ondertoon in het voorstel van resolutie. Screening is een repressieve aanpak. Leerkrachten daarentegen zien de signalen als er iets misgaat met een leerling. Scholen die er iets willen aan doen, maken samen met PMS-MST afspraken met de leerlingen en de ouders om te kijken hoe er verder aan gewerkt kan worden. Belangrijk is die procesmatige aanpak, waarbij registratie een aanknopingspunt is om de problematiek in groep te bekijken.

Volgens de heer Felix Strackx wordt zijn voorstel verkeerdelijk als repressief voorgesteld. Er wordt aan de ouders de toelating gevraagd om bij hun kind onaangekondigde testen te doen. Er is altijd de mogelijkheid tot tegenexpertise. De meldingsplicht betreft gewoon een mededeling aan de ouders. Zij beslissen zelf wat ze er verder mee aanvangen. Mevrouw Sonja Becq werpt de mogelijkheid op dat de leerling zelf weigert aan een dergelijke test te worden onderworpen. De heer Strackx brengt daar tegen in dat de leerlingen minderjarig zijn. Ze zijn verplicht zich aan de test te onderwerpen, zoals ze ook tot andere zaken verplicht worden, bijvoorbeeld medisch onderzoek, examens, enzovoort.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey vraagt de heer Strackx of hij het voorstel van resolutie dat als basistekst gehanteerd wordt, wenst te amenderen. Het lid antwoordt ontkennend.

Mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, vindt dat mevrouw Avontroodt, mevrouw Merckx-Van Goey en de heer Swennen een goed voorstel van resolutie ingediend hebben. Naar aanleiding van de besprekingen van het ondertussen ingetrokken voorstel van resolutie heeft de minister de voorbereiding van een aantal acties laten starten. Zoals mevrouw Marijs Geirnaert op de hoorzitting zei, is VAD een internationaal gevalideerde vragenlijst aan het opstellen voor de scholen. Naar aanleiding van de hoorzitting en de vorige besprekingen heeft de minister zich gewend tot haar collega van Onderwijs, de heer Luc Van den Bossche, om via het tijdschrift "Klasse" een oproep tot de scholen te doen om vanaf volgend jaar aan de bevraging via de vragenlijst deel te nemen en na verwerking van die gegevens ze te bespreken in de school, via participatieve risico-analyse. Samen met VAD wordt reeds in de laatste trimester van dit schooljaar een proefproject opgezet in een tiental scholen. Zo kan de tijd gemeten worden die nodig is voor de gegevensregistratie. Er wordt via MST-PMS gezocht hoe een participatieve risico-analyse opgezet kan worden. De minister schat dat volgend jaar ongeveer 200.000 leerlingen kunnen participeren. Aanvankelijk had de minister gedacht onmiddellijk alle scholen te kunnen betrekken. Dat bleek echter een grote onderschatting van de investering die nodig is voor de centrale gegevensverwerking. Het zou verschillende manjaren aan werk betekenen, wat onmogelijk te realiseren is. De minister denkt met die actie in te spelen op het voorliggende voorstel van resolutie.

De minister suggereert wel om in 1° van de vragen aan de Vlaamse regering de formulering te wijzigen. In plaats van "aan het MST-PMS de opdracht te geven" een uniforme registratie op te zetten, kan de regering beter MST-PMS daartoe "uitnodigen". Krachtens de vrijheid van onderwijs zoals in de Grondwet ingeschreven, kunnen de inrichtende machten van vrije scholen nu eenmaal weigeren. Mevrouw Kathleen Helsen, mevrouw Sonja Becq en de heer Guy Swennen dienen een amendement van die strekking in (Gedr. St. Vl. P. 930 (1997-1998) – nr. 2).

De heer Etienne De Groot vraagt of er geen tussenoplossing mogelijk, want de scholen die nu al de boot afhouden, zullen dat in de toekomst ook doen. De minister is het daar niet mee eens. Scho-

len die vijf à tien jaar het probleem negeerden, erkennen het nu wel al. Het probleem is meer bespreekbaar geworden. Is er wel een probleem met de formulering "opdracht geven", vraagt de heer De Groot. Scholen kunnen weigeren, want er is immers geen sancties bepaald. Als er een lichte druk uitgeoefend wordt, geven sommige scholen misschien toe.

De minister wijst er op dat het materieel onmogelijk is om de gegevens van alle scholen te verwerken. De gegevensverwerking moet centraal verlopen, niet op het niveau van de scholen. Dat zou immers aanleiding kunnen geven tot interne klachten wegens persoonlijke aanwijzingen. De leerlingen zouden ook minder bereid zijn om mee te werken. Een analyse van het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid Louis Pasteur, de VAD en MST wijst uit dat de centrale gegevensverwerking van maximaal 200.000 leerlingen mogelijk is. Daarvoor moet dan wel 10 VTE extra ingezet worden. De minister blijft dus pleiten om MST-PMS "uit te nodigen" tot medewerking. Overigens biedt dat ook meer zekerheid op een sterk engagement.

De minister wil ten slotte erop wijzen dat de context gewijzigd is waarin gezinnen, ouders, scholen functioneren. Vijftien jaar geleden was er meer communicatie tussen ouder en kind. De gezinsstructuren waren steviger. De minister begrijpt sommigen die zeggen dat hulpverleners drugsgebruik als normaal aanvaarden. Maar de hulpverleners beschouwen drugsgebruik niet als normaal, zij stellen alleen vast dat drugsgebruik een element is van de huidige samenleving. Vanuit die realiteit proberen zij opvoeders, leerkrachten, ouders te helpen in hun communicatie daarover met de jongeren.

Mevrouw Yolande Avontroodt begrijpt de materiële beperkingen die de minister opnoemt. Toch staat de indiener niet achter de formulering om MST-PMS "uit te nodigen" tot medewerking. In het voorstel van resolutie staat immers dat aan MST-PMS de opdracht gegeven wordt, om "in overleg met de scholen" een uniforme registratie op te zetten. Die bepaling houdt dus de mogelijkheid tot weigering in.

De heer Guy Swennen betreurt dat de consensus over dit voorstel van resolutie in het gedrang zou komen door de discussie over één woord. Volgens de mede-indiener is men het immers eens over de inhoud. De afzwakking van de tekst die sommigen ervaren in het woord "uitnodigen", kan ongedaan gemaakt worden door in fine toe te voegen dat een weigering om op de uitnodiging in te gaan, gemoti-

veerd moet worden. De heer Felix Strackx vindt deze discussie onzinnig : de Vlaamse Gemeenschap financiert MST-PMS, zij kan dus ook opdrachten geven, vindt het lid.

De heer Etienne Van Vaerenbergh suggereert om de woorden "aan het MST-PMS de opdracht te geven" te vervangen door de woorden "het MST-PMS aan te zetten". De meeste leden zijn het daarover eens. De heer Etienne Van Vaerenbergh, mevrouw Kathleen Helsen, mevrouw Sonja Becq, mevrouw Yolande Avontroodt en de heer Guy Swennen dienen een amendement van die strekking in (ibid.). Het vorige amendement wordt ingetrokken.

### 3. Stemming

Het amendement van de heer Etienne Van Vaerenbergh, mevrouw Kathleen Helsen, mevrouw Sonja Becq, mevrouw Yolande Avontroodt en de heer Guy Swennen bij 1° van de vragen aan de Vlaamse regering, wordt aangenomen met 8 stemmen tegen 2 bij 1 onthouding.

Het aldus geamendeerde voorstel van resolutie van mevrouw Yolande Avontroodt, mevrouw Trees Merckx-Van Goey en de heer Guy Swennen wordt aangenomen met 8 stemmen bij 3 onthoudingen.

De heer Jos Geysels verklaart zich te hebben onthouden omdat hij als tijdelijk plaatsvervanger van mevrouw Ria Van Den Heuvel, de inhoudelijke bespreking van het voorstel niet heeft kunnen volgen.

De heer Felix Strackx zegt dat het Vlaams Blok zich onthouden heeft wegens de flauwe inhoud van het voorstel, zeker nu het geamendeerd is.

*De verslaggever,*

*De voorzitter,*

Kathleen  
HELSEN

Trees  
MERCKX-VAN GOEY

---



TEKST AANGENOMEN DOOR DE COMMISSIE

Het Vlaams Parlement,

- overwegende dat tijdens de hoorzitting georganiseerd in de Commissie voor Welzijn, Gezondheid en Gezin op 21 januari 1998 is gebleken dat :

- 1° een standaardvragenlijst een interessante, longitudinale informatiebron is, waarbij een verwerking van de gegevens het mogelijk maakt een beleid uit te tekenen dat zowel lokaal als in heel Vlaanderen kan worden gevolgd ;
- 2° de VAD aan de uitwerking van een vragenlijst met handleiding werkt die via de scholen kan worden uitgevoerd. De vragenlijst is enerzijds een instrument voor risico-analyse, anderzijds een instrument om preventieve en educatieve initiatieven op te zetten ;
- 3° het verzamelen van basisgegevens inzake drugsgebruik aan de hand van vragenlijsten een essentieel onderdeel is van de risico-analyse. De resultaten kunnen gebruikt worden zowel voor individuele preventie als voor activiteiten in peergroups. De lokale verwerking geeft de MST-PMS-medewerkers een zicht op de eigen populatie zodat de nodige accenten kunnen worden gelegd op basis van een risico-analyse ;
- 4° de resultaten van de collectieve en individuele risico-analyse kunnen bijdragen tot de beïnvloeding van de risicofactoren zodat de kans op schade tot een minimum wordt herleid ;
- 5° het uitbouwen en behouden van een onafhankelijke vertrouwensrelatie tussen de leerlingen en de MST-PMS essentieel is om een efficiënt drugsbeleid op school te kunnen concipiëren ;
- 6° bij de registratie van de gegevens de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van het individu en van de school moet worden gegarandeerd opdat de validiteit van de gegevens is verzekerd ;

- overwegende dat

- 1° het drugsgebruik bij de schoolgaande jeugd toeneemt ;

- 2° het preventiebeleid inzake drugs moet worden versterkt ;

- 3° uniforme registratiegegevens rond drugsgebruik bij schoolgaande jongeren en vooral bij de jongere leeftijdsgroepen ontbreken ;

- 4° het drugsgebruik bij jongeren niet alleen een probleem is voor de gebruiker maar ook voor de omgeving : voor de ouders, voor de school (directie, leraars, medeleerlingen) en voor de gehele maatschappij ;

- 5° de toegankelijkheidsdrempel tot de huidige MST-PMS-centra laag is, zodat ze optimaal kunnen worden ingeschakeld in de preventie van drugsgebruik door jongeren ;

- verzoekt de Vlaamse regering

- 1° het MST-PMS aan te zetten om, in overleg met de scholen, een uniforme registratie inzake drugsgebruik door gevalideerde vragenlijsten uit te voeren, waarbij de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de leerling en van de school volledig wordt gegarandeerd ;

- 2° een aanzet te geven tot het invoeren van een participatieve risico-analyse inzake het drugsgebruik ;

- 3° aan het MST-PMS de opdracht te geven om, na evaluatie van de registratiegegevens, de scholen te ondersteunen bij het opzetten van programma's van doelgerichte drugspreventie.



## BIJLAGEN

1. Verslag van de besprekingen van het naderhand ingetrokken voorstel van resolutie van mevrouw Yolande Avontroodt betreffende het optimaal inschakelen van de MST-PMS-centra bij de drugspreventie (Gedr. St. VI. P. 216 (1995-1996) – nr. 1)
2. Verslag van de hoorzitting over het voorstel van resolutie van mevrouw Yolande Avontroodt betreffende het optimaal inschakelen van de MST-PMS-centra bij de drugspreventie (Gedr. St. VI. P. 216 (1995-1996) – nr. 1)



## BIJLAGE 1

## VERSLAG

van het ingetrokken voorstel van resolutie van mevrouw Yolande Avontroodt  
betreffende het optimaal inschakelen van de MST-PMS-centra bij de drugspreventie  
(Gedr. St. Vl. P. 216 (1995-1996) – nr. 1)

namens de Commissie voor Welzijn en Gezondheid  
uitgebracht door mevrouw Veerle Heeren

De Commissie voor Welzijn en Gezondheid behandelde het voorstel van resolutie van mevrouw Yolande Avontroodt betreffende het optimaal inschakelen van de MST-PMS-centra bij de drugspreventie op 7 maart en 23 april 1996, 6 januari en 19 maart 1998. Op die laatste vergadering werd het voorstel van resolutie ingetrokken.

In het kader van de bespreking werd op 21 januari 1998 een hoorzitting georganiseerd met vertegenwoordigers van de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) en van de Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (VWVJ), met dokter Herman Van Oyen van het Wetenschappelijk Instituut – Louis Pasteur en dokter Jan Van Emelen.

### 1. Toelichting door de indiener

Het voorstel van resolutie gaat uit van drie vaststellingen. Ten eerste moet men "meten om te weten". Een goed en effectief preventiebeleid is pas mogelijk als het gebaseerd is op registratie en evaluatie. Nu zit men met het probleem van kleinschalige studies die tegenstrijdige berichten – stijgend of dalend drugsgebruik – de wereld in sturen.

Ten tweede heeft de overheid met het MST – al of niet samen met PMS – het geschikte instrument in handen, zowel om te meten als om preventief op te treden. MST is laagdrempelig. Het is algemeen bekend bij de mensen. MST kan jongeren zowel individueel als collectief bereiken.

Ten derde is risicobeheersing het uiteindelijke doel. Jongeren moeten zelf weerbaar gemaakt worden zodat ze zelf leren omgaan met gevaarlijke middelen.

Er is dringend nood aan een alomvattend beeld van de situatie over heel Vlaanderen. Drugsgebruik is een algemeen maatschappelijk fenomeen: drugs zijn terug te vinden in de scholen, in de horeca en in het uitgaansleven.

MST biedt de nodige confidentiële en serene sfeer om ouders en jongeren te informeren, correct te begeleiden en door te verwijzen naar de huisarts. De informatie mag niet belerend zijn. Het is algemeen geweten dat jongeren handelen vanuit hun eigen visie. Het is niet geloofwaardig alle drugs als afschrikwekkend voor te stellen. In dat licht moet de deskundigheid van de intermediairen bevorderd worden.

Het belang van preventie wordt bevestigd door de droevige vaststelling dat als eenmaal iemand verslaafd is, de genezingskans zeer klein is, ondanks therapeutische verbetering. Het rendement van desintoxicaties, begeleidingen enz. is laag en kost de gemeenschap veel. De schade van drugsmisbruik is enorm.

Daarom moet de preventie bij zeer jonge leeftijd beginnen. Drugsgebruik is een groepsfenomeen dat door MST benaderd kan worden. Door middel van een uniforme risico-analyse inzake drugsgebruik door MST(-PMS) kan preventief worden opgetreden. Via drugsmonitoring en -screening moet drugsgebruik zo vroeg mogelijk opgespoord worden.

De indiener verwijst verder naar de toelichting bij en de tekst zelf van het voorstel van resolutie.

### 2. Bespreking

#### Vergadering van 23 april 1996

De heer André Van Nieuwkerke vraagt wat bedoeld wordt met de algemeen geldende kijk van jongeren op drugsgebruik (Gedr. St., VI. P., 216 (1995-1996) – nr. 1, blz. 1). Uit onderzoek zou blijken dat waarschuwen meestal een omgekeerd effect heeft (blz. 2, *ibid.*). Om welk onderzoek gaat het hier? Wat wordt bedoeld met systematische risico-analyse?

Punt 1 van het voorstel zelf heeft het over het stijgende drugsgebruik. Onderzoek van de VAD (Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen) heeft dat inderdaad uitgewezen voor wat het beginnend gebruik betreft. De drempelverlaging voor het experimenteren zou een gevolg zijn van de aandacht in de media, van het feit dat drugsgebruik bespreekbaar geworden is. Over regelmatig gebruik zijn echter nog geen cijfers beschikbaar.

Punt 2 heeft het over het weinig succesvolle preventiebeleid. Het lid wil dat nuanceren. Het taboe op de scholen is doorbroken. Er is de laatste vijf jaren heel wat gebeurd. Drugsbeleid op school is bespreekbaar. Ongeveer 1.800 discussieteksten, een 3.000-tal draaiboeken, 2.900 begeleidingsmappen werden rondgedeeld. Er zijn vormingsdagen voor PMS-centra, vorming voor PMS- en MST-medewerkers rond gespreksvoering, training voor leerkrachten enzovoort.

Vroeger werd drugsgebruik direct gesignaleerd aan MST, PMS, ouders of politie. Deze korte-termijnreacties hebben plaats geruimd voor langere-termijnvisie die de problemen systematisch aanpakt, zegt de heer André Van Nieuwkerke. Er zijn vertrouwensleerkrachten, er worden afspraken gemaakt over hoe men reageert. De sancties worden gegradueerd (verwittiging, verplichte begeleiding, verwijdering uit de school). Een blinde repressie en uitstoot uit de school is te vermijden.

Wat de overwegingen van het voorstel betreffen, beaamt het lid dat drugsgebruik niet alleen een probleem van jongeren is. Daarom mag men niet de indruk wekken dat PMS, MST hoofdverantwoordelijken zijn voor de opvang en voor het eventuele falen.

PMS heeft een hele evolutie doorgemaakt. Er moet verder gewerkt worden aan een open-schoolklimaat, en met vertrouwensleerkrachten. MST/PMS moet objectieve informatie verstrekken. Dat kan tijdens een medisch onderzoek : er kan gewezen worden op de gevolgen van drugsgebruik op de gezondheid. Leerlingen kunnen opgevangen worden bij medische signalen, en bij een vermoeden van drugsgebruik kunnen de signalen teruggekoppeld worden.

Bij punt 3 van de overwegingen meent het lid dat het de uitdaging zal zijn om in samenwerking met het departement Onderwijs PMS en MST te integreren.

De heer Bart Vandendriessche deelt de bekommernissen van de resolutie, maar heeft ernstig bezwaar tegen de concrete uitwerking. Screening van de jongeren – dat toch alleen resultaat kan hebben bij onaangekondigde urinetesten – lijkt wel een soort politioneel optreden. Het lid vreest dat de vertrouwensrelatie tussen leerlingen en het MST daardoor geschaad zal worden. De eerste opdracht van MST is toch gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Het MST begeleidt, ondersteunt, corrigeert eventueel. Politioneel optreden is een federale bevoegdheid. Het lid vindt preventie trouwens belangrijker.

Bovendien is risico-analyse een niet te onderschatten bijkomende opdracht waarvoor bijkomende middelen en apparatuur nodig zijn. Preventie is meer rendabel dan repressieve opsporing. Verder is er een juridisch probleem : MST heeft een wettelijk omschreven opdracht. Niemand kan tot onderzoek verplicht worden tenzij wettelijk omschreven. In welke mate is de uitdrukkelijke toestemming van

de ouders dan vereist, tenzij het om algemeen wetenschappelijk onderzoek gaat ?

Mevrouw Ria Van Den Heuvel heeft haar licht opgestoken bij MST-, PMS-, en drugspreventiedewerkers. Drugsgebruik komt voor in de hele vrijetijdsbesteding. Ervan uitgaan dat drugsgebruik een jongerenprobleem is houdt het gevaar in de jeugd te culpabiliseren. In het jeugdwerk heeft het lid boze reacties opgevangen over het voorstel : jarenlang heeft men het jeugdbeleid in de kou laten staan. Men zou beter werken aan de oorzaken waardoor jongeren naar de drugs grijpen. Bovendien verengt de resolutie drugs tot illegale of niet-cultuureigen drugs.

PMS/MST hebben een begeleidende functie, vervolgt het lid. Bij PMS/MST leeft de schrik dat hun relatie ten aanzien van leerlingen een puinhoop wordt als ze een controlerende opdracht krijgen. Een vertrouwenscel in school, waar PMS vertegenwoordigd is, behoort wel tot de mogelijkheden. PMS kan leerkrachten ondersteunen. Het voorzitterschap van die cel moet wel aan iemand van de school toekomen.

Mevrouw Ria Van Den Heuvel stelt ten slotte voor het voorstel te bekijken in het geheel van de hervormingen die voor MST/PMS te verwachten zijn.

De heer Wilfried Aers heeft bij leerkrachten en schooldirecties positieve reacties gehoord op het voorstel. De werking van PMS-centra is veel verbeterd. De bijkomende opdracht zal wel meer middelen vereisen.

Vanzelfsprekend moeten de oorzaken aangepakt worden, vervolgt de heer Felix Strackx, maar juist daarvoor moet men een zicht krijgen op de doelgroep. Daarom is screenen belangrijk. Bij PMS/MST-onderzoek worden nu al urinetesten gedaan. Waarom zouden de leerlingen ook niet op drugs getest kunnen worden ? Het lid is dan ook voorstander van het voorstel. Hij vraagt zich wel af of er nu al "deskundigen" zijn, zoals ze in de Toe-lichting vermeld worden.

Mevrouw Yolande Avontroodt antwoordt dat de deskundigen opgeleid zullen worden via het Actieprogramma van minister Demeester-De Meyer.

Het voorstel van resolutie verzoekt de regering MST-PMS de exclusieve bevoegdheid te geven voor de risico-analyse. De heer Felix Strackx vreest dat niemand anders nog enige zeggenschap heeft. Zou men "bevoegdheid" niet beter vervangen door "opdracht" ? Ten slotte wijst het lid erop dat

een uniforme risico-analyse pas mogelijk is als PMS-MST volledig geïntegreerd zijn.

Mevrouw Yolande Avontroodt wil erop wijzen dat het voorstel alleen uniforme registratie van gegevens tot doel heeft, in het kader van een risico-analyse. Het instrument is voorhanden : PMS-MST. Extra middelen zijn niet nodig. De risico-analyse moet het risico bepalen. Er bestaat een risico als een gevaar schade kan opleveren. In dit geval bestaat er het risico dat drugsgebruik tot verslaving leidt, met alle gevolgen vandien. Risico-analyse kan door een gevalideerde vragenlijst over alle schoolnetten heen. Met vragen over leeftijd, socio-economische klasse, groeps- of individueel gebeuren, enz. Het betreft dus allerm minst een politieel optreden. De enquête kan zelfs op vrijwillige basis gebeuren. Risico-analyse kan het best wel door anonieme screening. Screening zal een juister beeld opleveren. Het komt erop aan dat men meet om te weten : zo kan het preventiebeleid getoetst worden.

De tweede bedoeling is efficiëntie. Bij positieve resultaten op drugs kan men naar de betrokken persoon toestappen. Dat hoeft de vertrouwensrelatie niet te schaden. De medisch schoolarts of de psycholoog van het PMS kan in een perfect vertrouwelijke sfeer met de betrokkene praten. De vertrouwenssfeer is trouwens wettelijk beschermd. De plichtenleer voor artsen behandelt expliciet het probleem van verslaving. De registratie maakt ook gerichte preventie voor doelgroepen mogelijk.

Wat moet verstaan worden onder de algemeen geldende kijk van jongeren op drugsgebruik ? De indiener meent dat jongeren anders aankijken tegen soft-drugs dan ouders en leerkrachten. Ze banaliseren soft-drugs. Dat waarschuwen een tegenovergesteld effect geeft bij jongeren, is een bekend fenomeen bij pedagogen. De indiener geeft toe dat er geen gelijklopende cijfers zijn over het drugsgebruik. Daarom juist is uniforme registratie essentieel.

Met de "exclusieve bevoegdheid" wil de indiener verhinderen dat er te veel disparate initiatieven genomen worden ten aanzien van scholen.

Faalt MST-PMS ? De indiener meent wel dat PMS-MST geoptimaliseerd kan worden. Ze stelt eveneens haar hoop op de hervorming MST-PMS.

Dat het voorstel de jongeren wil bereiken, heeft alles te maken met het zo geringe succes van behandeling van drugsverslaving. Zoals al bij de bespreking van de Drugnota (Gedr. St., VI. P. 214

(1995-1996) – nrs. 1-2) bleek, komt drugsgebruik steeds op jongere leeftijd op.

Mevrouw Ria Van Den Heuvel repliceert dat preventie inderdaad het best zo vroeg mogelijk start.

Minister Wivina Demeester-De Meyer verwijst naar de zeven punten van het actieprogramma in de Drugnota. Ondertussen heeft zij de punten omgezet in een stappenplan, zoals aan de commissie meegedeeld. Daarbij werd zoveel mogelijk rekening gehouden met de opmerkingen van de commissieleden. De registratie start vanaf 1 januari 1997. Eerstdaags worden specialisten aangewezen die zich zullen buigen over de wijze van registratie. Registratie kan niet alleen gebeuren via MST en PMS – die voorlopig nog niet één zijn. De groep van drugsgebruikers is ruimer dan de schoolgaande jeugd. Spijbelars bijvoorbeeld, bijzondere jeugdzorg, zou men al niet bereiken.

De vorming van intermediaire deskundigen, waaronder ook PMS-, MST-medewerkers, wordt geïntensifieerd. De VAD heeft dit plan verder uitgewerkt. Sommige opleidingen in het kader van dit plan starten al in maart 1996. PMS en MST worden zo mogelijk nog sterker betrokken. De minister meent ook dat de intermediaire deskundigen moeten blijven doorgaan als begeleiders, en niet sanctionerend optreden. Dat is misschien niet de bedoeling van het voorstel van resolutie, maar het risico is niet denkbeeldig.

Met het actieprogramma wordt dus al deels aan het voorstel tegemoetgekomen. Deels is de minister het ook niet eens met het voorstel. Men kan MST/PMS niet de exclusieve bevoegdheid geven voor de risico-analyse. Er zijn andere kanalen nodig. Mevrouw Yolande Avontroodt repliceert dat het enkel de bedoeling is dat scholen niet door tal van instanties benaderd worden. Nu benadert ook de federale overheid de scholen. "Exclusief" betekent exclusief ten aanzien van de scholen. De minister herhaalt dat ze de registratie niet alleen via PMS/MST wil laten verlopen. Ze verwijst naar de groep specialisten die zich over de wijze van registreren zullen buigen.

De indiener wenst het voorstel van resolutie aan te houden. Vooraleer de bespreking voort te zetten is het belangrijk de inhoud van het stappenplan te kennen. De commissie stemt daarmee in.

#### **Vergadering van 6 januari 1998**

De heer Bart Vandendriessche herhaalt zijn standpunt. Onaangekondigd onderzoek bij de leerlingen



is problematisch, zowel op technisch als juridisch vlak. Het MST moet zijn begeleidende functie behouden.

Volgens mevrouw Yolande Avontroodt heeft de vorige spreker niet begrepen wat onder uniforme risico-analyse begrepen moet worden. Allicht valt hij over het woord 'screening'. Volgens mevrouw Avontroodt is uniforme registratie op basis van een gevalideerde vragenlijst de eerste belangrijke stap voor risico-analyse. Screening kan voor haar 'eventueel' in een verdere stap. Dat de indiener haar voorstel van resolutie destijds aangehouden heeft, had alles te maken met het antwoord van de minister dat een uniforme registratie opgezet zou worden tegen 1 januari 1997. Het lid stelt vast dat er een jaar later nog steeds niets gerealiseerd is. Terwijl studies aantonen dat het drugsgebruik onder jongeren toeneemt en de schade aangericht wordt, heeft men nog steeds geen zicht op de gebruikers. Dit terwijl de Vlaamse Gemeenschap het perfecte instrument voor uniforme registratie in handen heeft : de MST-PMS-centra. Zij zijn bovendien laagdrempelig en bereiken alle scholen.

De minister ontkent dat er nog niets van de uniforme registratie gerealiseerd zou zijn. De VAD is volop bezig met de uitbouw, maar de opdracht blijkt niet zo eenvoudig te zijn. De VAD registreert elkeen of elke organisatie die te maken heeft met drugsgebruik en -preventie. De minister stelt voor om de VAD over hun werk te horen in de commissie.

Punt 2 van de verzoeken aan de Vlaamse regering wil de MST-PMS-centra de exclusieve bevoegdheid geven om op een systematische wijze het Vlaamse onderwijsnet te onderwerpen aan uniforme risico-analyse. De minister herhaalt haar standpunt dat zij PMS-MST geen exclusieve bevoegdheid inzake registratie wil geven. Er zijn nog andere organisaties of personen die met drugsgebruik in contact komen. Bovendien is het de vraag of men het Vlaams onderwijsnet kan 'onderwerpen' binnen de huidige wetgeving. Verder meent de minister dat 'uniforme risico-analyse' in het algemeen overigens nog niet duidelijk uitgeschreven werd. De minister deelt verder de bekommernis van punt 3, drugsmonitoring en -screening, maar zij vreest dat er minstens nog vijf jaren tijd nodig zijn om dit op te zetten. Er is ondertussen wel een begin mee gemaakt.

Mevrouw Yolande Avontroodt kan ermee instemmen dat MST-PMS geen exclusieve bevoegdheid zou krijgen. Het lid is het er niet mee eens dat risico-analyse nog onvoldoende uitgewerkt zou zijn. Het uiteindelijke doel ervan is te leren omgaan

met risico's. 'Risico-analyse' zou opgenomen worden in de wet op het welzijn. De minister repliceert dat de uitvoeringsbesluiten bij die wet nog niet opgesteld zijn, juist omdat risico-analyse zo moeilijk in te vullen is. Mevrouw Yolande Avontroodt daarentegen is van oordeel dat er veeleer om politieke redenen vertraging is.

Hoe dan ook moet er vooraf eensgezindheid zijn over een aantal zaken en moet een en ander juist gedefinieerd worden, vervolgt de minister. Iedereen is het erover eens dat preventief beleid essentieel is. Risico-analyse moet volgens de indiener het risico bepalen. Risico is er als een gevaar schade kan veroorzaken (zie blz. 4 van dit verslag). Eensgezindheid over de definiëring van 'schade' en over de vraag wanneer drugsgebruik tot verslaving leidt, is niet vanzelfsprekend, zegt de minister. Dat zijn voorbeelden van enkele vragen die vooraf beantwoord moeten zijn, zoniet heeft de uitvoering van de resolutie geen enkele kans op slagen. De indiener zegt dat de risico-analyse via een gevalideerde vragenlijst kan, op vrijwillige basis. De minister wijst erop dat men dan enkel over gegevens beschikt, maar dat daarmee het risico nog niet bepaald is. Bovendien moet er dan eensgezindheid zijn over de vragen die in de vragenlijst opgenomen moeten worden.

De minister valt de indiener bij waar zij stelt dat screening een juister beeld zal opleveren, maar dit is iets totaal anders dan een enquête. Een enquête is een haalbare mogelijkheid. De minister besluit dat zij bereid is tegen de zomer samen met de commissie een vragenlijst uit te werken, die dan vanaf het volgende schooljaar via MST, op vrijwillige basis, in de scholen voorgelegd wordt. Dit is echter totaal verschillend van de inhoud van het voorliggende voorstel van resolutie.

Mevrouw Yolande Avontroodt is er niet zo zeker van dat screening niet via een gevalideerde vragenlijst kan gebeuren. De indiener onderstreept dat vooral de eerste vraag aan de Vlaamse regering van belang is, nl. een uniforme risico-analyse inzake drugsgebruik te laten uitwerken zodat er meer preventief kan worden opgetreden. De overheid kan de risico-analyse concreet invullen, de uniformiteit is daarin wel cruciaal.

De commissieleden besluiten ten slotte om een hoorzitting over de problematiek te organiseren. De minister stelt voor om naast de VAD, ook de Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (VWVJG), en dokter Herman Van Oyen van het Wetenschappelijk Instituut – Louis Pasteur uit te nodigen. Mevrouw Yolande

Avontroodt stelt ook dr. Jan Van Emelen voor, die al enkele jaren risico-analyseconcepten ontwerpt. De commissie stemt daarmee in.

*De verslaggever,*

*De voorzitter,*

Veerle HEEREN    Trees MERCKX-VAN GOEY

---

## BIJLAGE 2

Hoorzitting in het kader van de bespreking van het voorstel van resolutie van mevrouw Yolande Avontroodt betreffende het optimaal inschakelen van de MST-PMS-centra bij de drugspreventie

## VERSLAG

namens de Commissie voor Welzijn, Gezondheid en Gezin  
uitgebracht door mevrouw Veerle Heeren

De hoorzitting vond plaats op woensdag 21 januari 1998. Als sprekers werden uitgenodigd :

- prof. dr. Herman Van Oyen, hoofd afdeling Epidemiologie, Wetenschappelijk Instituut Louis Pasteur ;
- mevrouw Marijs Geirnaert, directrice Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) ;
- dokter Greet Mertens, schoolarts, Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdzondheidszorg (VWJG) ;
- dokter Jan van Emelen.

**Mevrouw Trees Merckx-Van Goey, voorzitter :** Het voorstel van resolutie van mevrouw Avontroodt betreffende het optimaal inschakelen van de MST-PMS-centra bij de drugspreventie, is reeds aanleiding geweest tot besprekingen in deze commissie. De conclusie daarvan was dat het belangrijk is in concreto aan te tonen dat MST en PMS in deze een rol kunnen spelen. Om een en ander preciezer te kunnen invullen en tevens met het oog op een uniforme werkwijze in het hele land, hebben we toen besloten vier deskundigen uit te nodigen. Het woord is aan de eerste genodigde, dokter Van Oyen.

**Dokter Herman Van Oyen,** hoofd afdeling Epidemiologie, Wetenschappelijk Instituut Louis Pasteur: Ik maak eerst een paar methodologische beschouwingen bij het bepalen van de prevalentie van het illegale drugsgebruik bij schoolgaande jongeren. Met de prevalentie bedoelen we de schatting van de grootte-orde. Bij het verzamelen van informatie over illegaal drugsgebruik bij de schooljeugd, spelen twee specifieke kenmerken een rol : het gaat om iets illegaals ; en het onderzoek gebeurt bij een doelgroep, waarvan de populatie bepaald wordt op basis van leeftijd, en wel op dusdanige wijze dat hij nog onder toezicht staat van een andere populatiegroep, met name die van de ouders. Hierdoor is de toegang tot de informatie beperkt. Het confidentiële karakter van de informatie moet gewaarborgd worden, zowel ten opzichte van het individu als – eventueel – van het collectief, zoals de school. Wij maken een onderscheid tussen de systemen om gegevens te verzamelen in functie van de doelstelling van het onderzoek. Er is enerzijds de surveillance of de monitoring en anderzijds het gegevens verzamelen met het oog op een interventie, zij het op individueel of op gemeenschappelijk vlak. Dit laatste is in ons geval een minder geschikte methodologie, want ze voldoet niet aan de eisen waaraan

een methode die de prevalentie meet, moet voldoen.

De monitoring als systeem van gegevensverzameling stelt ons in staat de grootte van het probleem te bepalen in functie van verschillende parameters. Dit soort onderzoek is verbonden met het beleid. Om te beginnen vormt het een onderdeel van de zogenaamde evidence-based public health policy : het is van belang voor de ontwikkeling ervan, als bouwsteen van het beleid. Voorts kan het ook een rol spelen bij de evaluatie van het beleid : werden de doelstellingen bereikt ?

Voor het specifieke probleem dat we vandaag bespreken, zijn er twee werkwijzen : zelfrapportering en laboratoriumonderzoek van de stalen. Bij zelfrapportering is er de mogelijkheid van directe, schriftelijke en telefonische bevraging. Een directe bevraging kan soms minder efficiënt zijn. Men neemt dan één individu per huishouden. De moeilijkheid is ook dat het om illegaal drugsgebruik gaat. Er gebeurt een selectie op het niveau van het huishouden en het niveau van het individu. Het individu kan weigeren. In scholen kan men wel een goede steekproef doen. Maar daar is dan weer een clustereffect merkbaar. Kinderen van dezelfde school kunnen een aantal gemeenschappelijke kenmerken vertonen.

Een telefonische bevraging is niet zo efficiënt. Op vraag van de Vlaamse overheid gebeurde een dergelijk onderzoek in de periode 1993-1994. Het nadeel is dat men met deze methode jongeren niet kan detecteren. Bij de schriftelijke bevraging is de postbevraging een eenvoudige methode die bovendien weinig kost. Het nadeel is echter dat de respons klein is. Een schriftelijke bevraging in school is efficiënt, maar hier ontmoeten we andermaal het clustereffect. Daarnaast zijn er selectieproblemen op het niveau van de school en van het individu. Deze methode werd op verzoek van de Vlaamse Gemeenschap gebruikt en herhaald in 1994 en 1996.

Bij het laboratoriumonderzoek van stalen zijn er twee problemen. Het kost veel en het peilt naar illegaal drugsgebruik. Laboratoriumonderzoek van stalen werd in Groot-Brittannië toegepast om seropositieven op te sporen. In België werd de onderzoeksmethode om ethische redenen niet aanvaard. Het staalonderzoek beperken wij daarom tot de eventuele validatie van de zelfrapportering.

Naast het systematisch verzamelen van gegevens, zijn ook gegevens die verkregen worden uit de voorbereiding van de uitwerking van specifieke

acties. Een dergelijke gegevensverzameling kan beschouwd worden als een integraal deel van de interventie. Een andere bron ten slotte is informatie van juridische diensten en van terreinwerkers. Dit is bijkomende informatie, die in de eerste plaats kwalitatief van aard is.

Als conclusie kunnen we dus stellen dat er in Vlaanderen een surveillance- en monitoringsysteem mogelijk is. Er gebeurde al een onderzoek dat deel uitmaakt van een WHO-studie : Health behaviour of school-aged children, 1994-1996, door de Universiteit Gent (L. Maes) en de Universitaire Instelling Antwerpen (Van de Mierop) (zie bijlagen).

Het zal echter noodzakelijk zijn om voortaan de leeftijd van 15 naar 11 jaar te verschuiven. Op verzoek van de scholen werkte men met 15-jarigen. Ook is een betere interactie met PMS-en MST-centra nodig, zowel bij de voorbereiding als bij de uitvoering. In 1998 wordt een nieuwe enquête georganiseerd. De onderzoeksgroep van de Universiteit Gent en de Universitaire Instelling Antwerpen moeten de opdracht krijgen om de reeks gegevens duidelijk te analyseren. Informatie is immers een belangrijk instrument met het oog op een interventie. Het is wel essentieel dat men het confidentieel karakter van de gegevens kan garanderen.

Uit het overzicht van de twee onderzoeksperiodes bij de groep 15- en 16-jarigen blijkt dat meisjes vooral marihuana, hasj, kalmeermiddelen, barbituraten, XTC en speed gebruiken. Het gebruik van marihuana en hasj steeg van 5 naar 9 percent. Jongens gebruiken vooral hasj, marihuana, snuifmiddelen, speed en XTC. Er is een lichte toename van hasj, namelijk van 11 naar 13 percent. Bij de snuifmiddelen zien we een kleine daling. Ook het gebruik van kalmeermiddelen neemt af.

Bij de 18-jarigen zien we dat meisjes minder gebruiken dan jongens. Meisjes gebruiken vooral hasj, marihuana, kalmeermiddelen, speed en XTC. Belangrijk is dat de toename van het gebruik klein en dus niet significant is. Jongens uit deze leeftijdscategorie gebruiken hasj, marihuana, snuifmiddelen, speed en XTC. Er is een frappante toename van het gebruik van hasj, namelijk van 17,6 naar 25,4 percent. Bij het onderzoek werd gevraagd wat de jongeren de afgelopen maand gebruikten. Daarnaast is er ook een substantiële stijging in het gebruik van speed.

In de laatste figuur zien we een vergelijking tussen verschillende schooltypen, meer bepaald het algemeen vormend en kunstonderwijs, en het beroeps-

onderwijs. Omdat het hier alleen maar ruwe gegevens betreft, ben ik voorzichtig om uitspraken te doen over de verschillen tussen diverse schooltypen. In het algemeen vormend onderwijs ligt het gebruik het laagst. Bij meisjes is er een substantieel verschil in het gebruik van kalmeringsmiddelen enerzijds en marihuana, hasj en speed anderzijds. Bij jongens zijn de verschillen inzake het gebruik van marihuana, hasj en speed duidelijk uitgesproken.

**Mevrouw Marijs Geirnaert**, directrice van de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) : In de verslagen van de commissie voor Welzijn, Gezondheid en Gezin heb ik gelezen dat er heel wat vragen zijn over wat wel en niet wordt geregistreerd door de registratieprojecten. In het kader van de drugnota van minister Wivina Demeester-De Meyer zijn er twee registratieprojecten.

Een eerste project is de monitoring van preventieactiviteiten waarbij we de monitors op de verschillende niveaus laten registreren welk soort activiteiten ze doen in de verschillende sectoren, onder meer het onderwijs, de bedrijven en de welzijnszorg. Op die manier proberen we een beeld te krijgen en een analyse te maken van wie wat doet op Vlaams, regionaal en provinciaal niveau en in welke sector. Dat maakt het mogelijk om hiaten te ontdekken en de preventiekanalen zichtbaar te maken. Momenteel verloopt de coördinatie tussen de verschillende terreinwerkers immers niet altijd evident. Het monitoringproject laat ook toe informatie te geven over het werk van de preventiewerker en een evaluatie te maken van het eigen werk. Op termijn zal het project leiden tot een databank die voor iedere preventiewerker toegankelijk is.

We zijn momenteel ongeveer anderhalf jaar bezig. Omdat het Nederlandse registratieproject niet echt bruikbaar was voor Vlaanderen, hebben we ervoor gekozen om een nieuw project te ontwikkelen. Dit is getest door VAD-medewerkers en Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg en daaruit bleek dat er nog heel wat aan het programma gewerkt diende te worden. Dit is gebeurd in de tweede helft van 1997. Begin 1998 zijn diverse centra het programma beginnen te testen en deze evalueren momenteel of het programma voor hen efficiënt is. In april 1998 zullen ongeveer 30 centra deelnemen aan het registratieproject zodanig dat we tegen het einde van het jaar over nieuwe gegevens zullen beschikken en kunnen toetsen hoe we de preventiewerking kunnen evalueren.

Het tweede project is een uniforme registratie in de drughulpverlening. Het doel van dit project is de kenmerken te verzamelen van cliënten met alcohol- en andere drugproblemen binnen de hulpverlening. Op die manier kunnen we meer gegevens verzamelen over probleemgebruik en kunnen we een aantal trends ontdekken en de preventie daarnaar richten. We proberen tevens een meerwaarde te voorzien voor elke participerende dienst.

Omwille van de bestaande registratiesystemen in de verschillende werksoorten en de grote onderlinge verschillen tussen deze systemen hebben we ervoor gekozen om een set van gemeenschappelijke variabelen vast te leggen en in de verschillende programma's te integreren. Deze variabelenset is gebaseerd op de variabelen die door het Europees Drugswaarnemingscentrum in Lissabon worden gevraagd. In een eerste fase gaan drie groepen registreren : de centra voor geestelijke gezondheidszorg, de centra met een Riziv-conventie en de psychiatrische ziekenhuizen en PAAZ-diensten. Bij deze laatste groep werd nog geen officiële toezegging verkregen tot integratie in de bestaande registratie. Daarom hebben we het initiatief genomen om een afzonderlijke module aan te bieden aan de diensten die op basis van vrijwilligheid aan de registratie rond middelengebruik wensen te participeren. De centra zijn vanaf 1 januari 1998 met de registratie gestart. Omdat de gegevens eind juni 1998 ingeleverd dienen te worden, kunnen we na de zomervakantie een eerste rapport voorleggen.

We zijn ook aan het onderhandelen met andere werksoorten, zodanig dat een ruimere groep gegevens gaat leveren inzake middelenmisbruik. Zo worden onderhandelingen gevoerd om drughulpverleningsprojecten binnen het federale drugsplan met registratie te laten starten, alsook het straathoekwerk, de MSOC's en er zullen onderhandelingen starten met PMS/MST.

Dit was in het kort een stand van zaken inzake de twee registratieprojecten. Het is evenwel duidelijk dat deze geen zicht bieden op het gebruik van drugs door jongeren in het onderwijs.

In het onderwijs bestaat al een lange traditie van preventie-initiatieven. Sinds ongeveer vijf jaar werken we aan een drugsbeleid op school. Ons concept wordt erkend door alle onderwijsnetten. Het schooldrugsbeleid omvat ten eerste een plan waarin de school de eigen grenzen vastlegt in verband met het gebruik van tabak, alcohol en illegale drugs. Er worden strategieën bepaald voor actie bij de vaststelling van het gebruik van drugs op school. De school moet één en ander uitwerken via een

samenwerking tussen directie, leerkrachten, leerlingen, ouders en PMS en MST. Ten tweede is er een opvoedingsonderdeel. De scholen moeten begeleid worden bij de keuze van het preventieprogramma dat het meest aan de eigen behoeften beantwoordt. Het specifieke schoolklimaat is hier van belang. Er moet voldoende aandacht worden besteed aan een gepast schoolklimaat. Ten slotte is er een interventieonderdeel. De leerlingen die drugs gebruiken moeten worden begeleid. Bij problemen moeten ook PMS, MST en later eventueel externe diensten worden ingeschakeld.

In 1993 werd dit drugsbeleid voor het eerst in de scholen geïmplementeerd. Via een gegevensbestand over bestellingen en op basis van gegevens van de preventiemedewerkers weten we dat het concept in de meeste scholen bekend is. Sinds 1996 besteden we voornamelijk aandacht aan de vorming en ondersteuning van leerkrachten, PMS en MST. Daarnaast wordt door In Petto gewerkt aan een project met jeugdadviseurs in het onderwijs : dat zijn jongeren die worden getraind en ondersteund om leeftijdgenoten te helpen en eventueel door te verwijzen.

Drugsgebruik is geen taboe meer op school : de initiatiefase is voorbij. Nu moeten we ervoor zorgen dat het thema warm wordt gehouden. Drugsbeleid moet in het totale schoolgebeuren worden geïntegreerd.

We bereiden een enquête voor waarin gepeild wordt naar wat jongeren denken over drugsgebruik. Dit moet leiden tot een risicoanalyse omtrent drugsgebruik. Het kan een instrument zijn voor preventieve en educatieve initiatieven op school. Er wordt gevraagd naar de vrijetijdsbesteding van de jongeren, naar het gebruik van bepaalde producten, naar eventueel gokgedrag, naar de motieven voor en de opinies over het drugsgebruik. Er wordt ook gepeild naar wat leerlingen vinden van het drugsbeleid op school. De scholen zullen de vragen aan de leerlingen voorleggen. De resultaten zullen worden verwerkt door MST en PMS en door werkgroepen in de scholen. In de toekomst zullen we instrumenten ontwikkelen waardoor scholen een risicoanalyse kunnen maken in verband met het schoolklimaat en de faciliteiten op school.

Drugspreventie moet ingepast worden binnen een algemeen gezondheidsbeleid. Het moet gezien worden binnen een totaal pakket van gezondheidspromotie. De drugspreventie mag niet enkel gericht zijn op illegale drugs. Drugsbeleid is een taak van alle betrokkenen : niet alleen van PMS en MST.

**Dokter Greet Mertens**, schoolarts, Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (VWVJ) : Ik ben het met mevrouw Geirnaert eens dat we ons niet alleen mogen toespitsen op illegale drugs. Daarnaast moet er ook aandacht zijn voor alcohol, tabak en medicijnen. Dit betekent uiteraard niet dat er geen problemen zouden zijn met illegale drugs. Vaak wordt uit het oog verloren dat verslaving slechts het eindpunt is van vier fasen. Eerst wordt met de drug kennisgemaakt en geëxperimenteerd. Daarna volgt een geregeld of geïntegreerd gebruik. Deze fase gaat over in probleemgebruik. Ten slotte volgt de verslaving. Adolescenten experimenteren niet alleen met genotmiddelen, ze testen ook de maatschappelijke toelaatbaarheid. We mogen jongeren dus niet te vlug stigmatiseren als verslaafden. Er moet worden nagegaan welke mate van onvrijheid is ontstaan door het gebruik van de genotmiddelen.

Verslaving komt tot stand binnen het spanningsveld van mens, milieu en middelen. Behalve de persoonlijkheidskenmerken zijn de omgevingsfactoren belangrijk : ook de school, de situatie thuis, de vriendenkring en de reclame spelen daarbij een rol. Sommige middelen zijn verslavender dan andere. Sommige pijnstillers zijn bijvoorbeeld zeer verslavend. Er bestaat een verschil tussen de medische graad van de middelen en het juridische gewicht dat ze krijgen. Dit wil niet zeggen dat ik pleit voor een legalisering van drugs.

Kinderen moeten als groep en als individu worden benaderd. In een fase van primaire preventie ten overstaan van het individu moet ervoor worden gezorgd dat de jongeren geen drugs nodig hebben om zich goed te voelen. Daartoe moet bij het medische onderzoek aandacht worden besteed aan het totale kind : dus ook aan de leefgewoonten. Het spijbelgedrag moet worden beperkt. Spijbelen is een verhoogd risico voor drugsgebruik. Voor de groep is het in deze eerste fase belangrijk dat er een open schoolklimaat is waar bijvoorbeeld ook onder de middagpauze interessante activiteiten mogelijk zijn.

Het MST kan samen met de scholen een project uitbouwen. De belangrijkste taak is echter werken aan een langetermijnplanning, aan een drugsbeleid op school. Om dit te realiseren is vorming op alle niveaus nodig. Omdat het opstellen van een preventief beleid om tot een gezonde school te komen nu nog al te vaak op vrijwillige basis gebeurt, pleiten wij ervoor het MST op de school een spilfunctie in de preventieve gezondheidszorg te laten vervullen. Daarnaast moet het mogelijk blijven dat er

met externe deskundigen kan samengewerkt worden.

Als we de jongeren efficiënt willen begeleiden, dan haalt stiekem politieagent spelen niets uit. Het is integendeel enorm belangrijk om een vertrouwensrelatie met de kinderen en adolescenten uit te bouwen. Om deze vertrouwensrelatie te laten groeien moet Medisch Schooltoezicht een lage drempel hebben. Daarom moeten MST-medewerkers ook regelmatig op school kunnen zijn, bijvoorbeeld in vrije spreekuren.

De ouders moeten ook zo dicht mogelijk bij het beleid betrokken worden. Door evaluatie en door het uitwisselen van ervaringen kan de opdracht beter omschreven worden.

Als we bij elk periodiek onderzoek een aantal standaardvragen stellen, kunnen we een bijdrage leveren tot risicoanalyse. In verband met drugsgebruik is risicoanalyse op twee niveaus belangrijk : op Vlaams en op lokaal niveau. Door dat laatste zullen zowel MST als PMS een beter zicht krijgen op de plaatselijke problemen.

In de totale MST-registratie is ook de regionale verwerking van gegevens belangrijk. Dit laat de equipes toe om aan peer review en kwaliteitsbewaking te doen. In verband met de huidige registratie via Medisch Schooltoezicht is er op dit ogenblik onderzoek bezig door de VWVJ (Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg). Het eindrapport wordt voorzien op 15 juni.

Secundaire preventie is het vroegtijdig opsporen van signalen. Dit kan tijdens het periodiek onderzoek. Vanaf 11 jaar worden leerlingen bevraagd naar drugsgebruik. Meestal via een vragenlijst die besproken wordt. Los daarvan kunnen zowel de scholen als de ouders de equipes op de hoogte brengen van eventueel probleemgedrag waarna we onderzoeken hoe we ermee om kunnen gaan. Voor de vorming van interne schoolbegeleiders is er nog tijd nodig. Die begeleiders kunnen terugvallen op het MST. Het voordeel daarvan is de multidisciplinariteit die via de samenwerking met het PMS gerealiseerd wordt. In die zin is het belangrijk dat de equipes beschikbaar zijn.

Tertiaire preventie is bedoeld om te voorkomen dat problemen escaleren. Hier is het belangrijk dat we de leerlingen die werden doorverwezen naar de huisarts of naar een externe specialist, kunnen volgen. Veel scholen sluiten een contract met hun leerlingen. Onder bepaalde voorwaarden krijgen de

leerlingen een nieuwe kans. In bepaalde gevallen maakt een urinetest zelfs deel uit van dat contract.

Wij zijn geen voorstander van screening omdat dit zowel juridisch als deontologisch moeilijk ligt. Maar zelfs als alles open en eerlijk verloopt zijn er nog een aantal technische problemen : de urine moet koel bewaard worden, urinestalen kunnen vervalst worden, de concentratie van drugs in de urine daalt bijvoorbeeld door op korte tijd veel water te drinken en bovendien is zelfs een positieve test niet steeds volledig te vertrouwen. Een andere vraag die we moeten beantwoorden is wat we precies zoeken. En bovendien zegt een positieve test niets over de ernst van het drugsgebruik.

Een vertrouwensrelatie zal veel meer bruikbare informatie opleveren. Stiekem controleren sluit bovendien een goede begeleiding uit. We mogen de rol van de vertrouwenspersoon niet ondermijnen.

**Dokter Jan Van Emelen :** Risicoanalyse is een term die we in heel wat Europese richtlijnen – niet alleen rond drugsgebruik – terugvinden. Risicoanalyse is onontbeerlijk om aan preventie te kunnen doen. Maar wat betekent het precies ? Het is belangrijk dat alle betrokkenen daar rond een consensus bereiken. Samen met een groep specialisten zoek ik al vier jaar naar een goede definitie in het kader van preventie.

Iedere gemeenschap zoekt permanent naar meer zekerheid, en wij doen dat via de zorgsector. De belangrijkste middelen daartoe zijn preventie, herstel en vergoeding. De nadruk ligt echter al te zeer op herstel en vergoeding. In tegenstelling tot een curatieve aanpak is preventie collectief, inter- en multidisciplinair en rationeel.

Wat is rationeel handelen ? Rationaliteit is een moeilijk begrip. Dat is vaak afwezig in de wetgeving. Die regelt wel een aantal activiteiten en programma's, zonder dat die ingebed zijn binnen een conceptueel model. Een dergelijke werkwijze is nu niet meer haalbaar. De wetgever moet zich beperken tot het bepalen van de doelstellingen, de structuren en de middelen.

Ook risico-analyse vergt een conceptueel model. Op basis van literatuurstudie, van de Europese definitie en van een rondetafelconferentie is er een concept gegroeid dat ingang heeft gevonden bij de meeste preventiewerkers.

Preventie is een middel om schade te voorkomen. Gevaar betekent de aanwezigheid van een intrinsieke schadeverwekkende eigenschap. Deze scha-

deverwekkende eigenschappen worden toegeschreven aan een agens, aan een proces of aan een situatie. De studie van de schadeverwekkende eigenschappen is onder meer het werk van de toxicologen. De blootstelling aan een bepaalde stof kan leiden tot een bepaalde schade, die uitgedrukt kan worden in termen van mortaliteit en morbiditeit. De toxicologen onderzoeken de gevaarlijke eigenschappen in laboratoria met proefopstellingen met constante blootstelling aan gekende concentraties. In de concrete werkelijkheid bestaat echter geen constante blootstelling. De aanwezigheid van een gevaarlijk agens kan een risico voor de gezondheid inhouden. De schade die deze situaties in het verleden heeft aangericht wordt bestudeerd door epidemiologen. Zij onderzoeken welke risicofactoren een invloed kunnen hebben op het ontstaan van schade.

De doelstelling van preventie is het risico nul te laten benaderen, de schade zo laag mogelijk te houden. De preventiedeskundigen hebben de gegevens van de toxicologen en van de epidemiologen nodig. Zo kunnen ze een toegepaste en concrete risicoanalyse uitvoeren voor groepen of voor individuen. Ze bestuderen de collectieve en de individuele risicofactoren. Bij de collectieve risicofactoren onderscheiden ze de directe en de indirecte. Een directe risicofactor is bijvoorbeeld de blootstelling. Daarbij kan men de intensiteit, de duur en de frequentie gaan meten. De indirecte risicofactoren zijn het gevolg van de omgevingsvoorwaarden. De individuele risicofactoren zijn aangeboren of verworven. De verhouding gevaar-risico-risicofactoren vormen de basis van het concept voor risicoanalyse. Op basis hiervan kan nu aan preventie worden gewerkt door hetzij het gebruik van gevaarlijke agentia volledig te verbieden, hetzij het risico op schade te beperken door de risicofactoren te beïnvloeden. Dit is de basis van het concept schade. De vraag is nu welke schade we willen vermijden.

De meest efficiënte preventie is het verbieden van het gevaar. Zo kan men het eten van vlees aan het bot verbieden in het kader van de preventie van de dalkoelziekte. Een dergelijke maatregel heeft enkel nut als de marginale opbrengst een stuk groter is dan het genot. De meeste genotmiddelen verwekken immers schade bij bepaalde mensen. We moeten ook zeker zijn dat de maatregel effect zal hebben. Een wetgeving die verbiedt en gebiedt lukt vaak niet. Binnen de bebouwde kom mag men slechts vijftig kilometer per uur rijden. Men rijdt vaak sneller zonder dat er daarom altijd ongelukken gebeuren.



Vaak is het gebruik van gevaarlijke agentia ook interessant en levert het voordelen op. In dat geval moet aan preventie van schade worden gedaan door de risicofactoren dermate te beïnvloeden dat de kans op schade de 0 benadert. Dat is het werk van preventiedeskundigen. Die baseren zich op de gegevens van toxicologen en epidemiologen. Toegepast op drugs kunnen we zeggen dat de meeste intrinsiek schadelijke eigenschappen hebben, die een risico kunnen betekenen bij misbruik. Dit risico kan vermeden worden door een preventiebeleid, dat risicobeheersing als doel heeft en dit verwezenlijkt door een beïnvloeding van de risicofactoren. Men kan de collectieve en de individuele risicofactoren beperken.

Waaruit bestaat een volledige risicoanalyse ? We pleiten voor een systematische informatieverzameling, voor een expertenanalyse en voor een participatieve analyse. Die laatste moet gebeuren in bepaalde groepen. Jongeren kunnen het probleem identificeren en voorstellen doen om de schade te beperken, dus om aan preventie te doen.

**De voorzitter :** Nu is er tijd voor een vragenronde. We kunnen de informatie van vandaag ook terugkoppelen naar de bespreking van het voorstel van mevrouw Avontroodt.

**De heer Bart Vandendriessche :** Dokter Van Oyen bezorgde ons een aantal cijfergegevens. Ik zou willen vragen hoe we de situatie in Vlaanderen kunnen situeren tegenover die in Brussel, Wallonië en in de ons omringende landen. Verder vraag ik me af of er wel een uniforme registratie is die dergelijke vergelijkingen mogelijk maakt.

Dokter Mertens hamert op de positieve vertrouwensrelatie die effectiever is dan een controlefunctie. Past drugmonitoring en screening dan nog wel in dit kader ?

Dokter Van Emelen heeft het over participatieve analyse bij jongeren om drugsgebruik te voorkomen. Hoe kan dit werken in de praktijk ? Hij heeft ook gezegd dat er bij de bevraging naar aanleiding van het schooltoezicht nog vragen kunnen toegevoegd worden. Is dat op dit ogenblik wettelijk mogelijk ? In welke richting denkt hij daarbij ? Wordt er eerlijk op deze vragen geantwoord ?

**Dokter Herman Van Oyen :** Ik ben geen specialist in het domein van de drugspreventie, maar vooral op het vlak van methodologie. De studie maakt deel uit van een internationale studie, en is dus gestandaardiseerd. Het onderdeel over drugsgebruik ervan was niet verplicht, maar het is in heel

België uitgevoerd. In publicaties heb ik de gegevens over 17 tot 18-jarigen gezien ; waar in Vlaanderen een kwart van de leerlingen hasj of marihuana gebruikt in de laatste maand, lag dat in Brussel met ongeveer een derde van de leerlingen bijvoorbeeld iets hoger.

**Dokter Greet Mertens :** Voor het klinische onderzoek krijgen de ouders of de oudere leerlingen zelf een vertrouwelijke vragenlijst in te vullen. Dit vormt mede de basis voor de individuele preventie. Er wordt gemakkelijk openhartig gepraat over alcohol- en tabaksgebruik, maar voor illegale drugs is dat niet altijd evident. Meestal komt dat dan wel naar boven in een gesprek, op voorwaarde dat de schoolarts of de PMS-werker een vertrouwensfiguur is.

Ik pleitte ervoor enkele vragen toe te voegen en dit te standaardiseren. Momenteel is dit niet zo, elk centrum gebruikt eigen vragen, die weliswaar vaak gelijkaardig zijn bij diverse equipes. De bijkomende standaardvragen zouden anoniem kunnen geregistreerd en verwerkt worden. Anonimiteit garanderen is dan wel conditio sine qua non om eerlijke antwoorden te krijgen. In vragenlijsten bedoeld om te registreren worden trouwens dubbelvragen ingebouwd om oneerlijke antwoorden er zo veel mogelijk uit te halen. Je moet daarbij ook tijd uittrekken voor het medisch onderzoek : veel meer wordt duidelijk in een gesprek en ook uit andere signalen, zoals het feit dat iemand uren aan een stuk vermijdt te moeten gaan plassen.

De individuele en de standaardvragen moeten dus afzonderlijk behandeld worden. De standaardvragen dienen er vooral toe een overzicht te krijgen, zowel voor Vlaanderen als per centrum.

Momenteel wordt er meer een individueel medisch dossier bijgehouden. Hierin vindt men te weinig concrete items voor gezondheidsindicatoren terug die volgens een protocol ingebracht zijn. Op dit punt is het programma aan verbetering toe. Daarnaast zal men moeten kiezen tussen een gedetailleerd medisch dossier of meer aandacht voor gezondheidsindicatoren.

**Dokter Jan Van Emelen :** Er moet een onderscheid zijn tussen epidemiologisch onderzoek, dat het verzamelen van gegevens tot doel heeft, en de risicoanalyse, waarvan de finaliteit het voorkomen van schade is. Een mogelijkheid is een participatieve risico-analyse in groep. Dit is minder beperkt dan een vragenlijst, die wel op korte tijd info kan verschaffen over grote groepen. Een methode voor deze participatieve analyse is uitgewerkt in samen-

werking met een Nederlandse organisatie. Als op deze manier de problemen geïdentificeerd worden, en oplossingen worden voorgesteld, zijn de maatregelen ook veel aannemelijker. De geïntegreerde risico-analyse is nuttig, vooral als ze niet belerend is.

**Mevrouw Yolande Avontroodt :** U bent allemaal onmisbare schakels om het aantal jonge drugsgebruikers vast te stellen en geografisch te situeren, en dus om aan preventie te kunnen doen.

Dokter Mertens, op zich zie ik geen probleem voor het invoeren van een risico-analyse waar er een vertrouwensrelatie is. De waarborgen daartoe zijn echter toch inherent aan de deontologie van uw beroep ? Een preventie uitwerken zou meer collectief moeten gebeuren. De instrumenten MST en PMS zijn over heel Vlaanderen verspreid en perfect voor een collectieve preventie, die dan door het VAD ondersteund kan worden.

Dokter Van Oyen, de epidemioloog heeft daarbij de zware taak een methode op te stellen, te verwerken en te interpreteren. U bent aanvullende partners in de collectieve preventie. De individuele benadering mag er zijn, maar dan bovenop het collectieve.

**Minister Wivina Demeester-De Meyer :** Veronderstelt een participatieve risico-analyse een individuele screening ? Dat heb ik niet horen zeggen.

**Dokter Jan Van Emelen :** Laat me even een nuance verduidelijken : elke meting heeft plaats in het geheel van het concept ; dat geldt zowel voor de individuele screening als voor de participatieve risico-analyse. Ik pleit niet voor een veralgemeende individuele screening, maar deze kan wel haar plaats hebben in de risico-analyse en in de epidemiologische verzameling van gegevens.

**Minister Wivina Demeester-De Meyer :** Is het essentieel ?

**Dokter Jan Van Emelen :** Dat is afhankelijk van de situatie. Het kan essentieel zijn hij het verzamelen van gegevens bij een schoolonderzoek ; daar heb je dan ook een denominator, je weet hoeveel leerlingen er op de school zijn. In het kader van een risico-analyse is het daarentegen niet essentieel.

**Dokter Herman Van Oyen :** Een kleine opmerking : een screening is gekoppeld aan actie, bij epidemiologisch onderzoek kan de term screening eigenlijk niet gebruikt worden. Op verschillende niveau's wordt informatie verzameld, en elk hier-

van heeft eigen plaats en rol in het totaalbeeld. Op schoolniveau is het probleem verschillend ; maar de taak van de individuele interactie blijft bestaan.

**De heer Felix Strackx :** Ik wil de discussie niet onderbreken, maar even de context van de resolutie verlaten. Er zijn duizenden sportbeoefenaars die na elke wedstrijd het risico lopen van een controle op doping. Dat wordt door iedereen aanvaard omdat doping strafbaar is. Wat is dan het bezwaar om op onverwachte momenten ook een deel van de schoolbevolking te testen om na te gaan of ze illegale drugs gebruikte ? Ik begrijp niet dat men over het één wel verontwaardigd is en over het andere niet.

**Dokter Greet Mertens :** De vertrouwensrelatie is zeer belangrijk. Bij sommige stappenplannen in een drugsbeleid op school worden urinecontroles voor gebruikende jongeren ingebouwd. Dan wordt er eerst een individueel contract met de leerling opgesteld. Maar dit is het laatste van een hele reeks andere maatregelen. Het is belangrijk dat men niet zomaar een school binnenstapt. Wat gaat men immers met de resultaten doen ?

**De heer Felix Strackx :** Dat laat ik voorlopig in het midden. Er zijn tal van maatregelen die men kan nemen. Met de controle van sportbeoefenaars heeft men geen problemen. Maar op maandagochtend laatstejaars van een middelbare school testen om na te gaan of ze tijdens het weekend drugs gebruikten, kan niet. Kunnen scholen zoiets in hun reglement schrijven ?

**Dokter Greet Mertens :** Stiekeme urinetesten zijn deontologisch niet verantwoord. Een sporter weet heel goed dat de kans op controle bestaat.

**De voorzitter :** Er zijn mensen die de controle van sportbeoefenaars als taak hebben. Het MST heeft niet de taak om strafbare feiten vast te stellen.

**De heer Felix Strackx :** Ik zeg ook niet dat het MST dat moet doen.

**Dokter Greet Mertens :** Wat wil u met de controles bereiken ? Wat wil u opsporen ?

**De voorzitter :** Bij dopingcontroles zoekt men ook naar legale middelen. Men gaat na of de competitie niet werd vervalst.

**Dokter Greet Mertens :** Soms geven de testen een verkeerde uitslag. Wanneer iemand bijvoorbeeld hoestsiroop met codeïne innam, kan dat de testresultaten beïnvloeden.

**De heer Etienne De Groot :** Ik kan me niet van de indruk ontdoen dat, wanneer het om illegale drugs gaat, men er met een boog omheen loopt als een kat rond een hete brij. Indien men zo voortgaat, zullen de problemen nog toenemen. Men moet manmoedig optreden tegen de agressie van de drughandelaars.

**Mevrouw Marijs Geirnaert :** Iemand die 's middags drie glazen alcohol drinkt, zal minder fris in de klas zitten dan iemand die in het weekend drugs gebruikt. Wanneer we onverwachts gaan controleren, fungeren we als een soort politie. Jongeren zijn op school om te leren, dat moeten we begeleiden. Wanneer er 20 percent drugsgebruikers zijn, moeten we hen toch niet aan de deur zetten ?

**De heer Felix Strackx :** Ik heb ook niet gezegd dat men hen aan de deur moet zetten.

**Dokter Herman Van Oyen :** Het gebruik van een aantal producten is fel toegenomen. Daarnaast zijn er ook nog veel legale zaken, bijvoorbeeld roken. Ook daarover bestaan gegevens. Over 30 tot 40 jaar kan dat gezondheidsproblemen opleveren.

**De heer Felix Strackx :** U vindt het gebruik van illegale drugs dus onbelangrijk ?

**Dokter Herman Van Oyen :** Neen, we moeten de risico-analyse nagaan. Er bestaan twee methodes : zelfrapportering en het onderzoeken van lichaamsstalen. Bij het onderzoeken van lichaamsstalen, zijn er deontologische en technische beperkingen. In bepaalde gevallen werd de methode in België niet aanvaard. Wat is de validiteit van zelfrapportering ? Hoe moet men dat naar waarde schatten ? Wat is de betekenis van het niet antwoorden op een specifieke vraag ? Wat is de invloed op andere vragen ? Het niet antwoorden op een vraag komt in minder dan 2 percent van de gevallen voor. Bij softere vragen is dat minder dan 1 percent. Het verschil is miniem. Vragen die over een fictieve drug gaan, worden niet spectaculair vaak ingevuld. In België is er één studie waar men laboratoriumonderzoek heeft bekeken. Dat gebeurde in Wallonië. Telefonisch vernam ik dat de gegevens vergelijkbaar waren. Jongeren zeggen in regel dus de waarheid.

Wie illegale drugs neemt, zal de anonimiteit niet willen verbreken. Ook de anonimiteit van de school moet worden bewaard. Er bestaan in de gezondheidszorg systemen waarbij de gegevens naar een centrale worden gestuurd en vandaar verder worden gestuurd. Dat garandeert de anonimiteit. Op dezelfde manier moeten MST- en PMS-

centra werken. Hun gegevens moeten voor participatief onderzoek worden gebruikt. De integratie kan een onderdeel daarvan zijn. Discussies over wat de gegevens bij de bureaus zijn, hebben geen impact.

**Mevrouw Yolande Avontroodt :** U hebt verschillende mogelijkheden overlopen. Ik vraag me af of de verschillende partners bereid zijn om een plan uit te werken. Ik richt me specifiek tot minister Wivina Demeester-De Meyer. Bestaat hier niet de mogelijkheid om het algemeen en het beleidsgericht wetenschappelijk onderzoek te combineren ? De VAD kan haar knowhow zeer doelgericht aanwenden.

**Minister Wivina Demeester-De Meyer :** De vragenlijst van de VAD is momenteel gerealiseerd. Ik denk dat we aan alle scholen en MST's kunnen vragen om de vragenlijst op hetzelfde moment te laten beantwoorden, met dien verstande dat ze dat kunnen weigeren. Belangrijk is dat we snel de resultaten verwerken en feedback geven en dat de zekerheid wordt geboden dat men anoniem kan functioneren. Op basis van de verwerkte gegevens moet men een participatieve risico-analyse kunnen maken. Ik meen dat deze gegevens daaraan ook kunnen bijdragen en dat we geen individuele gegevens nodig hebben. Met de steun van de verschillende partners rond de tafel en de minister van Onderwijs en Ambtenarenzaken lijkt het me doenbaar om dit in de lente te organiseren. Er is echter nog overleg nodig aangezien de tijd tussen vraagstelling, verwerking en feedback niet te lang mag zijn.

**Mevrouw Yolande Avontroodt :** Ik stel de collega's de vraag of ze bereid zijn om een voorstel van resolutie uit te werken dat meer aansluit bij de discussie die vanmiddag is gevoerd.

**De voorzitter :** Gelet op de concrete discussie en het huidige aanbod om de vragenlijst te verspreiden en te verwerken, stel ik me de vraag of er nog een voorstel van resolutie nodig is. Indien wel, is het dan niet beter om met een nieuwe versie naar voor te komen ?

**Mevrouw Yolande Avontroodt :** Ik denk niet er een probleem was met de toelichting bij het voorstel. Ik meen dat we de punten in de resolutie kunnen aanpassen aan de discussie zonder ze daarom in de koelkast te stoppen.

**De heer Bart Vandendriessche :** Het is de verdienste van mevrouw Avontroodt dat ze deze problematiek naar voor heeft gebracht. Is het niet moge-

lijk dat minister Wivina Demeester-De Meyer ons binnen een maand een stand van zaken geeft over wat ze kan doen en dat de commissie zich hierover buigt ?

**De voorzitter :** Als ik de verschillende punten van het voorstel van resolutie overloop, blijkt dat de teneur van het gesprek over onder meer snel en efficiënt jong drugsgebruik opsporen vandaag anders is dan in het voorstel.

**Mevrouw Yolande Avontroodt :** De commissie kan bijeenkomen om het voorstel op een andere manier te formuleren. Het is niet mijn bedoeling om minister Wivina Demeester-De Meyer op een termijn vast te pinnen. Het is belangrijk dat we een goed concept hebben.

**Minister Wivina Demeester-De Meyer :** Ik denk dat we binnen twee tot drie weken een schema met een timing kunnen voorleggen. Het is wel belangrijk om nog eens te checken of de feedback van de algemene vragenlijst voldoende snel kan gebeuren. Het onderzoek moet inmiddels verder blijven lopen. Misschien geeft dit nog een bevestiging naar de vragenlijst in de scholen. Bovendien kan het ook een preventie-element zijn.

De VAD heeft een video gemaakt om informatie aan ouders te verstrekken. Het was de bedoeling om deze op een beperkte schaal te verspreiden maar ik vraag me af of het niet efficiënt is om een dergelijke video op vele plaatsen te tonen, bijvoorbeeld in stations, bedrijven of de wachtkamer van de huisarts. Uit ervaring blijkt dat veel ouders nog niet gemakkelijk over deze problematiek praten. Dit is een idee waarover we nog van gedachten kunnen wisselen. Ik stel voor dat de commissie Welzijn, Gezondheid en Gezin alvast de primeur krijgt om deze 24 minuten durende video te bekijken.

**De voorzitter :** We kunnen de discussie over het voorstel van resolutie misschien verder voeren in de periode van 3 tot 5 februari.

**Minister Wivina Demeester-De Meyer :** Het is belangrijk dat we in deze commissie vrij snel de doelstellingen en de preventieve acties bespreken.

**De voorzitter :** We zullen in de commissie nog bespreken of een nieuwe tekst nodig is of dat er amendementen op het huidig voorstel van resolutie zullen kunnen worden ingediend.

**Mevrouw Yolande Avontroodt :** Ik zal de tekst aanpassen en dan voorleggen aan de commissie. De

tekst moet zo breed mogelijk kunnen worden gedragen. Op die manier kan een krachtig signaal worden gegeven. De minister pleit altijd voor een doen-politiek. Dat is hier duidelijk het geval.

**De voorzitter :** Ik dank de sprekers voor hun bijdrage.

---

## BIJLAGEN BIJ DE HOORZITTINGEN

BIJLAGE : Health Behaviour in School-aged Children, 1994 - 1996  
UG, UIA

## Jongens

|                                     | 1994               |          |                |            |          |                | 1996       |          |                |            |          |                |
|-------------------------------------|--------------------|----------|----------------|------------|----------|----------------|------------|----------|----------------|------------|----------|----------------|
|                                     | 15-16 jaar         |          |                | 17-18 jaar |          |                | 15-16 jaar |          |                | 17-18 jaar |          |                |
|                                     | nooit              | 1-2 keer | 3 keer of meer | nooit      | 1-2 keer | 3 keer of meer | nooit      | 1-2 keer | 3 keer of meer | nooit      | 1-2 keer | 3 keer of meer |
|                                     | Reeds gebruikt (%) |          |                |            |          |                |            |          |                |            |          |                |
| Hash/Marihuana (joints)             | 80,4               | 10,4     | 9,2            | 69,3       | 10,1     | 20,6           | 76,2       | 10,3     | 13,5           | 58,7       | 12,3     | 29,0           |
| Snuifmiddelen                       | 95,1               | 2,4      | 2,5            | 91,5       | 3,9      | 4,6            | 94,7       | 3,1      | 2,2            | 87,5       | 8,0      | 4,5            |
| Cocaine                             | 98,3               | 0,8      | 0,9            | 98,2       | 0,8      | 1,0            | 98,7       | 0,8      | 0,5            | 96,7       | 1,1      | 2,2            |
| MTP                                 | 99,0               | 0,4      | 0,6            | 99,4       | 0,4      | 0,2            | 99,6       | 0,2      | 0,2            | 98,8       | 0,2      | 1,0            |
| Heroina (morphine, opium)           | 98,7               | 0,6      | 0,7            | 98,9       | 0,4      | 0,7            | 98,1       | 1,2      | 0,7            | 98,2       | 0,5      | 1,3            |
| Stimulerende middelen (amfetamines) | 96,2               | 2,1      | 1,7            | 93,9       | 3,6      | 2,5            | 95,2       | 2,6      | 2,2            | 92,3       | 3,4      | 4,3            |
| Crack                               | 98,5               | 0,7      | 0,8            | 98,5       | 0,6      | 0,9            | 98,2       | 1,5      | 0,3            | 98,3       | 0,2      | 1,5            |
| Speed, XTC                          | 94,4               | 3,1      | 2,5            | 90,8       | 4,3      | 4,9            | 92,0       | 5,3      | 2,7            | 85,5       | 6,3      | 8,2            |
| LSD                                 | 96,7               | 0,9      | 2,4            | 92,6       | 3,8      | 3,6            | 97,0       | 1,9      | 1,1            | 91,0       | 4,2      | 4,8            |
| Kalmeermiddelen, barbituraten       | 95,7               | 2,7      | 1,6            | 93,4       | 3,1      | 3,5            | 96,7       | 1,9      | 1,4            | 93,9       | 4,2      | 1,9            |
| Gebruikt in de afgelopen maand (%)  |                    |          |                |            |          |                |            |          |                |            |          |                |
| Hash/Marihuana (joints)             | 88,6               | 5,9      | 4,5            | 82,4       | 9,3      | 8,3            | 86,7       | 6,9      | 6,4            | 74,6       | 12,8     | 12,6           |
| Snuifmiddelen                       | 97,5               | 0,8      | 1,7            | 95,9       | 3,1      | 1,0            | 96,5       | 1,3      | 0,2            | 95,9       | 2,8      | 1,3            |
| Cocaine                             | 99,2               | 0,5      | 0,3            | 99,2       | 0,3      | 0,5            | 99,6       | 0,2      | 0,2            | 98,1       | 1,1      | 0,8            |
| MTP                                 | 99,5               | -        | 0,5            | 99,6       | 0,4      | -              | 99,4       | 0,4      | 0,2            | 99,1       | 0,7      | 0,2            |
| Heroina (morphine, opium)           | 99,5               | 0,2      | 0,3            | 99,4       | 0,5      | 0,1            | 98,9       | 0,7      | 0,4            | 98,9       | 0,6      | 0,5            |
| Stimulerende middelen (amfetamines) | 98,6               | 0,7      | 0,7            | 97,3       | 2,4      | 0,3            | 98,8       | 0,7      | 0,5            | 97,6       | 1,8      | 0,6            |
| Crack                               | 98,9               | 0,8      | 0,3            | 99,5       | 0,1      | 0,4            | 98,8       | 0,7      | 0,5            | 98,9       | 0,4      | 0,5            |
| Speed, XTC                          | 97,5               | 1,1      | 1,4            | 95,8       | 3,2      | 1,0            | 96,6       | 2,1      | 1,3            | 92,1       | 5,3      | 2,6            |
| LSD                                 | 96,5               | 0,5      | 1,0            | 97,0       | 2,2      | 0,8            | 98,7       | 0,4      | 0,9            | 94,8       | 3,4      | 1,8            |
| Kalmeermiddelen, barbituraten       | 97,7               | 1,5      | 0,8            | 96,9       | 2,1      | 1,0            | 99,3       | 0,5      | 0,2            | 98,3       | 1,5      | 0,2            |

# Health Behaviour in School-aged Children, 1994 - 1996

## UG, UIA

### Meisjes

|                                     | 1994               |          |                |            |          | 1996           |       |          |                |       |          |                |
|-------------------------------------|--------------------|----------|----------------|------------|----------|----------------|-------|----------|----------------|-------|----------|----------------|
|                                     | 15-16 jaar         |          |                | 17-18 jaar |          | 15-16 jaar     |       |          | 17-18 jaar     |       |          |                |
|                                     | nooit              | 1-2 keer | 3 keer of meer | nooit      | 1-2 keer | 3 keer of meer | nooit | 1-2 keer | 3 keer of meer | nooit | 1-2 keer | 3 keer of meer |
|                                     | Reeds gebruikt (%) |          |                |            |          |                |       |          |                |       |          |                |
| Hash/Marijuana (joints)             | 89,4               | 5,2      | 5,4            | 86,0       | 6,8      | 7,2            | 85,4  | 5,6      | 9,0            | 76,9  | 12,5     | 10,6           |
| Snuifmiddelen                       | 97,3               | 1,6      | 1,1            | 97,8       | 1,4      | 0,8            | 97,9  | 1,0      | 1,1            | 96,7  | 1,1      | 2,2            |
| Cocaine                             | 99,4               | 0,3      | 0,3            | 98,9       | 1,0      | 0,1            | 99,1  | 0,2      | 0,7            | 99,4  | 0,6      | -              |
| MTP                                 | 99,6               | 0,1      | 0,3            | 99,8       | -        | 0,2            | 99,6  | 0,1      | 0,3            | 100,0 | -        | -              |
| Heroïne (morphine, opium)           | 99,4               | 0,2      | 0,4            | 99,5       | 0,5      | -              | 99,7  | 0,2      | 0,1            | 99,2  | 0,6      | 0,2            |
| Stimulerende middelen (amfetamines) | 97,3               | 1,8      | 0,9            | 98,0       | 1,2      | 0,8            | 97,3  | 2,2      | 0,5            | 97,1  | 2,2      | 0,7            |
| Crack                               | 99,2               | 0,5      | 0,3            | 99,7       | 0,1      | 0,2            | 99,7  | 0,2      | 0,1            | 100,0 | -        | -              |
| Speed, XTC                          | 96,5               | 2,6      | 0,9            | 96,3       | 2,2      | 1,5            | 95,6  | 2,9      | 1,5            | 95,9  | 2,5      | 1,6            |
| LSD                                 | 97,7               | 1,6      | 0,7            | 98,1       | 1,0      | 0,9            | 97,9  | 1,7      | 0,4            | 98,3  | 0,9      | 0,8            |
| Kalmeermiddelen, barbituraten       | 93,3               | 5,4      | 1,3            | 94,9       | 3,4      | 1,7            | 95,3  | 3,8      | 0,9            | 94,0  | 2,5      | 3,5            |
| Gebruikt in de afgelopen maand (%)  |                    |          |                |            |          |                |       |          |                |       |          |                |
| Hash/Marijuana (joints)             | 94,9               | 3,4      | 1,7            | 94,3       | 3,5      | 2,2            | 90,9  | 6,0      | 3,1            | 92,8  | 3,2      | 4,0            |
| Snuifmiddelen                       | 99,1               | 0,6      | 0,3            | 99,4       | 0,5      | 0,1            | 99,0  | 0,5      | 0,5            | 99,2  | 0,6      | 0,2            |
| Cocaine                             | 99,7               | 0,1      | 0,2            | 99,9       | 0,1      | -              | 99,0  | 0,8      | 0,2            | 100,0 | -        | -              |
| MTP                                 | 99,1               | 0,1      | -              | 99,9       | 0,1      | -              | 99,9  | 0,1      | -              | 99,9  | 0,1      | -              |
| Heroïne (morphine, opium)           | 99,7               | 0,2      | 0,1            | 100,0      | -        | -              | 99,8  | 0,2      | -              | 99,8  | 0,2      | -              |
| Stimulerende middelen (amfetamines) | 99,0               | 0,7      | 0,3            | 99,5       | 0,5      | -              | 99,1  | 0,7      | 0,2            | 99,3  | 0,5      | 0,2            |
| Crack                               | 99,6               | 0,1      | 0,3            | 99,8       | 0,1      | 0,1            | 99,8  | 0,1      | 0,1            | 100,0 | -        | -              |
| Speed, XTC                          | 98,8               | 1,0      | 0,2            | 98,3       | 1,4      | 0,3            | 99,3  | 1,0      | 0,6            | 98,6  | 0,8      | 0,6            |
| LSD                                 | 99,3               | 0,5      | 0,2            | 99,3       | 0,6      | 0,1            | 99,4  | 0,5      | 0,1            | 99,7  | 0,1      | 0,2            |
| Kalmeermiddelen, barbituraten       | 97,7               | 1,7      | 0,5            | 97,6       | 1,9      | 0,6            | 98,0  | 1,8      | 0,2            | 96,9  | 1,2      | 1,9            |

# Health Behaviour in School-aged Children, 1994 - 1996

## UG, U/A

|                                        |   | 1994    |          |                |         |          |                    | 1996    |          |                |         |          |                |
|----------------------------------------|---|---------|----------|----------------|---------|----------|--------------------|---------|----------|----------------|---------|----------|----------------|
|                                        |   | jongens |          |                | meisjes |          |                    | jongens |          |                | meisjes |          |                |
|                                        |   | nooit   | 1-2 keer | 3 keer of meer | nooit   | 1-2 keer | 3 keer of meer     | nooit   | 1-2 keer | 3 keer of meer | nooit   | 1-2 keer | 3 keer of meer |
|                                        |   |         |          |                |         |          | Reeds gebruikt (%) |         |          |                |         |          |                |
| Hash Marijuana (joints)                | a | 75,5    | 10,4     | 14,1           | 87,7    | 6,3      | 6,0                | 74,0    | 7,9      | 18,1           | 82,8    | 7,1      | 10,1           |
|                                        | b | 71,2    | 11,3     | 17,5           | 85,6    | 5,8      | 8,6                | 62,4    | 12,8     | 24,8           | 79,5    | 9,4      | 11,1           |
|                                        | c | 80,4    | 8,2      | 11,4           | 90,5    | 5,6      | 3,9                | 65,5    | 13,8     | 20,7           | 81,9    | 11,2     | 6,9            |
| Snuffrocktalen                         | a | 94,4    | 3,0      | 2,6            | 98,1    | 1,4      | 0,5                | 96,2    | 2,5      | 1,3            | 99,2    | -        | 0,8            |
|                                        | b | 92,9    | 2,9      | 3,2            | 96,1    | 2,9      | 1,8                | 89,0    | 7,2      | 3,8            | 96,3    | 1,4      | 1,8            |
|                                        | c | 92,2    | 3,9      | 2,9            | 98,4    | 1,3      | 0,3                | 87,1    | 7,3      | 5,6            | 94,7    | 2,8      | 2,5            |
| Cocaine                                | a | 98,7    | 0,8      | 0,5            | 99,6    | 0,4      | -                  | 100,0   | -        | -              | 100,0   | -        | -              |
|                                        | b | 97,4    | 0,9      | 1,7            | 96,2    | 1,3      | 0,5                | 96,6    | 2,1      | 1,3            | 98,9    | 0,8      | 0,3            |
|                                        | c | 98,8    | 0,7      | 0,5            | 99,4    | 0,4      | 0,2                | 96,0    | 0,8      | 3,2            | 98,5    | 0,7      | 0,8            |
| MTP                                    | a | 99,3    | 0,7      | 0,3            | 99,8    | -        | 0,2                | 99,6    | -        | 0,4            | 100,0   | -        | -              |
|                                        | b | 99,2    | 0,5      | 0,3            | 99,6    | 0,1      | 0,3                | 98,7    | 0,3      | 1,0            | 99,8    | 0,1      | 0,1            |
|                                        | c | 98,9    | 0,8      | 0,3            | 99,6    | -        | 0,4                | 99,1    | 0,4      | 0,5            | 100,0   | -        | -              |
| Heroin (morphine, opium)               | a | 98,9    | 0,6      | 0,5            | 99,9    | 0,1      | -                  | 98,9    | 0,9      | 0,4            | 99,6    | 0,4      | -              |
|                                        | b | 98,3    | 0,6      | 1,1            | 99,0    | 0,6      | 0,4                | 97,9    | 0,8      | 1,3            | 98,9    | 0,7      | 0,4            |
|                                        | c | 99,5    | 0,3      | 0,2            | 99,2    | 0,5      | 0,3                | 97,6    | 1,0      | 1,4            | 100,0   | -        | -              |
| Stimulerende middelen<br>(amfetamines) | a | 95,9    | 2,3      | 1,8            | 97,9    | 1,3      | 0,8                | 97,8    | 0,9      | 1,3            | 98,5    | 0,8      | 0,7            |
|                                        | b | 95,5    | 2,5      | 2,0            | 96,4    | 2,1      | 1,5                | 90,3    | 4,0      | 5,7            | 95,5    | 3,6      | 0,9            |
|                                        | c | 93,1    | 4,2      | 2,7            | 98,8    | 1,1      | 0,1                | 92,8    | 4,5      | 2,7            | 97,0    | 3,0      | -              |
| Crack                                  | a | 98,1    | 0,8      | 1,1            | 99,6    | 0,1      | 0,3                | 98,3    | 1,3      | 0,4            | 100,0   | -        | -              |
|                                        | b | 98,8    | 0,6      | 0,6            | 99,0    | 0,7      | 0,3                | 98,4    | 0,5      | 1,1            | 99,4    | 0,4      | 0,2            |
|                                        | c | 98,4    | 0,6      | 1,0            | 99,7    | 0,3      | -                  | 97,9    | 0,8      | 1,3            | 100,0   | -        | -              |
| Speed, XTC                             | a | 94,9    | 2,7      | 2,4            | 96,9    | 2,5      | 0,6                | 92,5    | 5,3      | 2,2            | 98,4    | 1,2      | 0,4            |
|                                        | b | 91,8    | 4,1      | 4,1            | 95,2    | 2,4      | 2,4                | 86,2    | 6,0      | 7,8            | 94,5    | 3,3      | 2,2            |
|                                        | c | 90,5    | 4,5      | 5,0            | 96,9    | 2,3      | 0,8                | 87,4    | 5,9      | 6,7            | 92,4    | 5,1      | 2,5            |
| LSD                                    | a | 96,5    | 2,0      | 1,5            | 98,4    | 1,3      | 0,3                | 96,7    | 1,6      | 1,7            | 98,8    | 0,8      | 0,4            |
|                                        | b | 93,7    | 2,3      | 4,0            | 96,9    | 1,3      | 1,8                | 92,5    | 3,9      | 3,6            | 97,4    | 1,7      | 0,9            |
|                                        | c | 93,5    | 3,0      | 3,5            | 98,4    | 1,3      | 0,3                | 92,4    | 3,8      | 3,8            | 97,5    | 1,8      | 0,7            |
| Kalmeermiddelen, barbituraten          | a | 95,5    | 2,3      | 2,2            | 95,3    | 4,0      | 0,7                | 97,8    | 1,3      | 0,9            | 97,6    | 1,6      | 0,8            |
|                                        | b | 93,1    | 3,9      | 3,0            | 91,7    | 5,7      | 2,6                | 94,8    | 3,9      | 2,6            | 94,2    | 4,1      | 1,7            |
|                                        | c | 95,4    | 2,3      | 2,3            | 94,7    | 3,7      | 1,6                | 92,7    | 4,2      | 3,1            | 89,9    | 5,2      | 4,9            |

a : algemeen vormend / b : technisch/kunst / c : beroeps

# Health Behaviour in School-aged Children, 1994 - 1996

## UG, UIA

|                                                          |   | 1994                               |          |                |         |          |                | 1996    |          |                |         |          |                |
|----------------------------------------------------------|---|------------------------------------|----------|----------------|---------|----------|----------------|---------|----------|----------------|---------|----------|----------------|
|                                                          |   | jongens                            |          |                | meisjes |          |                | jongens |          |                | meisjes |          |                |
|                                                          |   | noot                               | 1-2 keer | 3 keer of meer | noot    | 1-2 keer | 3 keer of meer | noot    | 1-2 keer | 3 keer of meer | noot    | 1-2 keer | 3 keer of meer |
|                                                          |   | Gebruikt in de afgelopen maand (%) |          |                |         |          |                |         |          |                |         |          |                |
| Hash/Marijuana (joints)                                  | a | 84,4                               | 8,2      | 0,4            | 55,1    | 3,5      | 1,4            | 86,6    | 5,9      | 7,5            | 92,1    | 4,6      | 3,3            |
|                                                          | b | 84,9                               | 8,0      | 0,1            | 53,0    | 3,7      | 3,3            | 77,0    | 11,8     | 11,2           | 90,7    | 5,1      | 4,2            |
|                                                          | c | 88,8                               | 5,5      | 5,7            | 55,6    | 3,1      | 1,3            | 77,7    | 12,4     | 9,9            | 92,9    | 4,3      | 2,8            |
| Snuifmiddelen                                            | a | 96,1                               | 2,0      | 1,9            | 59,3    | 0,6      | 0,1            | 99,5    | 0,5      | -              | 100,0   | -        | -              |
|                                                          | b | 97,2                               | 1,8      | 1,0            | 59,0    | 0,6      | 0,4            | 95,7    | 3,2      | 1,1            | 98,6    | 1,0      | 0,4            |
|                                                          | c | 96,5                               | 2,3      | 1,2            | 59,4    | 0,4      | 0,2            | 96,1    | 2,6      | 1,3            | 98,4    | 1,1      | 0,5            |
| Cocaine                                                  | a | 99,5                               | 0,2      | 0,3            | 59,9    | 0,1      | -              | 99,6    | -        | 0,4            | 100,0   | -        | -              |
|                                                          | b | 99,4                               | -        | 0,6            | 59,5    | 0,2      | 0,3            | 98,4    | 1,1      | 0,5            | 99,8    | 0,2      | -              |
|                                                          | c | 98,5                               | 1,3      | 0,2            | 100,0   | -        | 0,2            | 98,6    | 0,9      | 0,5            | 98,5    | 1,5      | -              |
| MTP                                                      | a | 99,7                               | -        | 0,3            | 100,0   | -        | -              | 100,0   | -        | -              | 100,0   | -        | -              |
|                                                          | b | 99,7                               | 0,3      | -              | 99,9    | 0,1      | -              | 98,7    | 0,8      | 0,5            | 99,9    | 0,1      | -              |
|                                                          | c | 99,2                               | 0,3      | 0,5            | 98,8    | 0,2      | -              | 99,1    | 0,9      | -              | 100,0   | -        | -              |
| Heroïne (morphine, opium)                                | a | 99,1                               | 0,6      | 0,3            | 100,0   | -        | -              | 99,6    | 0,4      | -              | 100,0   | -        | -              |
|                                                          | b | 99,7                               | 0,3      | 0,5            | 99,8    | -        | 0,2            | 99,0    | 0,5      | 0,5            | 99,3    | 0,7      | -              |
|                                                          | c | 98,2                               | 0,3      | 0,5            | 99,5    | 0,5      | -              | 98,1    | 1,0      | 0,9            | 100,0   | -        | -              |
| Stimulerende middelen<br>(amfetamines)                   | a | 98,4                               | 1,4      | 0,2            | 96,4    | 0,4      | 0,2            | 99,5    | 0,5      | -              | 100,0   | -        | -              |
|                                                          | b | 98,7                               | 1,0      | 0,3            | 96,0    | 0,7      | 0,3            | 96,1    | 2,3      | 1,6            | 98,1    | 1,2      | 0,7            |
|                                                          | c | 95,9                               | 2,7      | 1,4            | 90,4    | 0,6      | -              | 99,1    | 0,9      | -              | 98,9    | 1,1      | -              |
| Crack                                                    | a | 99,0                               | 0,7      | 0,3            | 99,7    | 0,1      | 0,2            | 100,0   | -        | -              | 100,0   | -        | -              |
|                                                          | b | 99,4                               | 0,3      | 0,3            | 99,7    | -        | 0,3            | 97,2    | 1,3      | 1,5            | 99,7    | 0,1      | 0,2            |
|                                                          | c | 99,0                               | 0,5      | 0,5            | 99,7    | 0,3      | -              | 99,1    | 0,4      | 0,5            | 100,0   | -        | -              |
| Speed, XTC                                               | a | 97,3                               | 1,4      | 1,3            | 99,1    | 0,9      | -              | 98,1    | 1,4      | 0,5            | 99,6    | 0,4      | -              |
|                                                          | b | 97,4                               | 2,3      | 0,3            | 98,0    | 1,3      | 0,7            | 90,7    | 5,9      | 3,4            | 97,9    | 1,4      | 0,7            |
|                                                          | c | 94,3                               | 3,1      | 2,6            | 98,2    | 1,6      | 0,2            | 94,4    | 3,9      | 1,7            | 97,7    | 1,1      | 1,2            |
| LSD                                                      | a | 99,5                               | 0,2      | 0,3            | 99,6    | 0,4      | -              | 97,9    | 1,3      | 0,8            | 100,0   | -        | -              |
|                                                          | b | 97,6                               | 1,5      | 0,9            | 98,8    | 0,8      | 0,4            | 95,5    | 3,2      | 1,3            | 99,1    | 0,5      | 0,4            |
|                                                          | c | 96,2                               | 2,0      | 1,8            | 99,3    | 0,5      | 0,2            | 96,8    | 1,0      | 2,2            | 99,3    | 0,7      | -              |
| Kalmeermiddelen, barbituraten                            | a | 99,7                               | 1,7      | 0,6            | 98,5    | 1,4      | 0,1            | 99,5    | 0,5      | -              | 99,2    | 0,4      | 0,4            |
|                                                          | b | 97,6                               | 1,4      | 1,0            | 96,6    | 2,6      | 0,8            | 97,8    | 1,7      | 0,5            | 97,7    | 1,8      | 0,5            |
|                                                          | c | 96,6                               | 2,4      | 1,0            | 97,4    | 1,4      | 1,2            | 99,1    | 0,9      | -              | 93,9    | 3,4      | 2,7            |
| a : algemeen vormend / b : technisch/kunst / c : beroeps |   |                                    |          |                |         |          |                |         |          |                |         |          |                |

a : algemeen vormend / b : technisch/kunst / c : beroeps



# Health Behaviour in School-aged Children, 1994 - 1996

De meest gebruikte drugs in de afgelopen maand

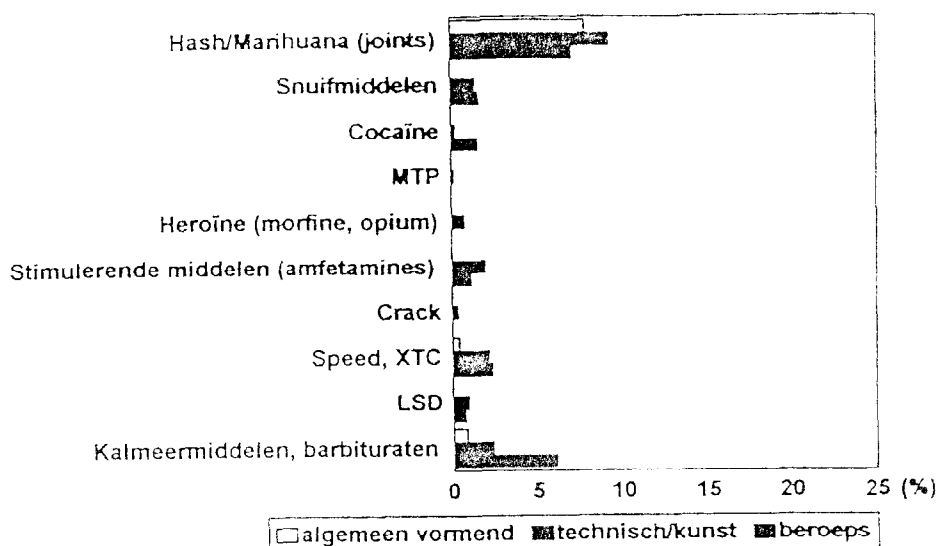
UG, UIA

|                                     | JOUGENS    |      |      |            |      |      | Meisjes    |     |      |            |      |     |
|-------------------------------------|------------|------|------|------------|------|------|------------|-----|------|------------|------|-----|
|                                     | 15-16 jaar |      |      | 17-18 jaar |      |      | 15-16 jaar |     |      | 17-18 jaar |      |     |
|                                     | Rang       | %    | Rang | %          | Rang | %    | Rang       | %   | Rang | %          | Rang | %   |
| Hash/Marijuana (joints)             | 1          | 11,4 | 1    | 13,3       | 1    | 25,4 | 1          | 5,1 | 1    | 9,1        | 1    | 7,2 |
| Speed, XTC                          | 2          | 2,5  | 2    | 3,3        | 2    | 7,9  | 3          | 1,2 | 3    | 1,6        | 3    | 1,4 |
| Kalmeermiddelen, barbituraten       | 4          | 2,3  | 8    | 0,7        | 4    | 1,7  | 2          | 2,3 | 2    | 2,0        | 2    | 3,1 |
| Snuifmiddelen                       | 2          | 2,5  | 3    | 1,5        | 3    | 4,1  | 5          | 0,9 | 4    | 1,0        | 5    | 0,8 |
| Stimulerende middelen (amfetamines) | 6          | 1,4  | 5    | 1,2        | 6    | 2,4  | 4          | 1,0 | 6    | 0,9        | 6    | 0,7 |
| LSD                                 | 5          | 1,5  | 4    | 1,3        | 5    | 5,2  | 6          | 0,7 | 7    | 0,6        | 4    | 0,5 |
| Cocaine                             | 8          | 0,8  | 9    | 0,4        | 7    | 1,9  | 8          | 0,3 | 4    | 1,0        | 8    | 0,1 |
| Heroïne                             | 9          | 0,5  | 7    | 1,1        | 8    | 1,1  | 8          | 0,3 | 8    | 0,2        | 9    | 0,0 |
| Crack                               | 7          | 1,5  | 5    | 1,2        | 9    | 0,9  | 7          | 0,4 | 8    | 0,2        | 7    | 0,2 |

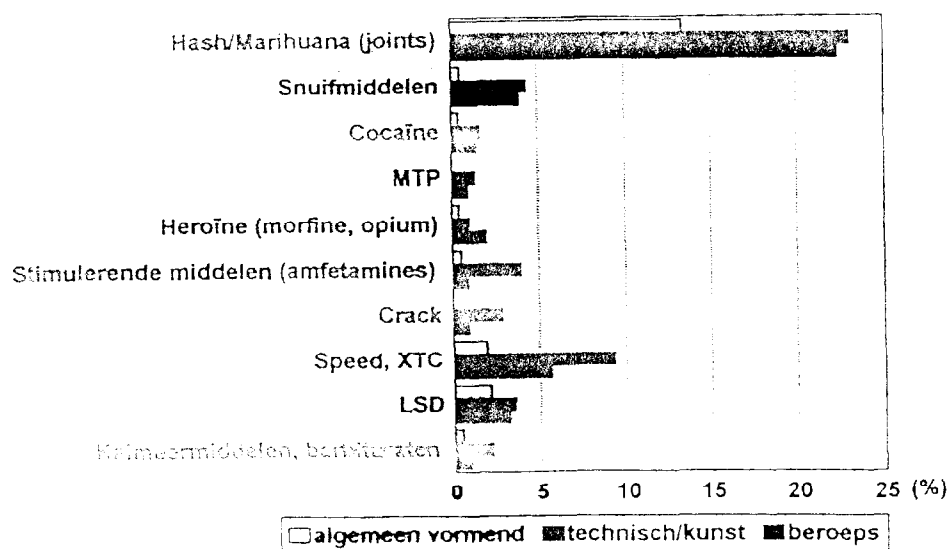
Cellen in het grijs substantieel verschil in prevalentie tussen de twee jaren 1994 en 1996

**Health Behaviour in School-aged children,  
volgens onderwijstype, 1996.**  
Soort drugs gebruikt in de afgelopen maand (%).

**Meisjes**



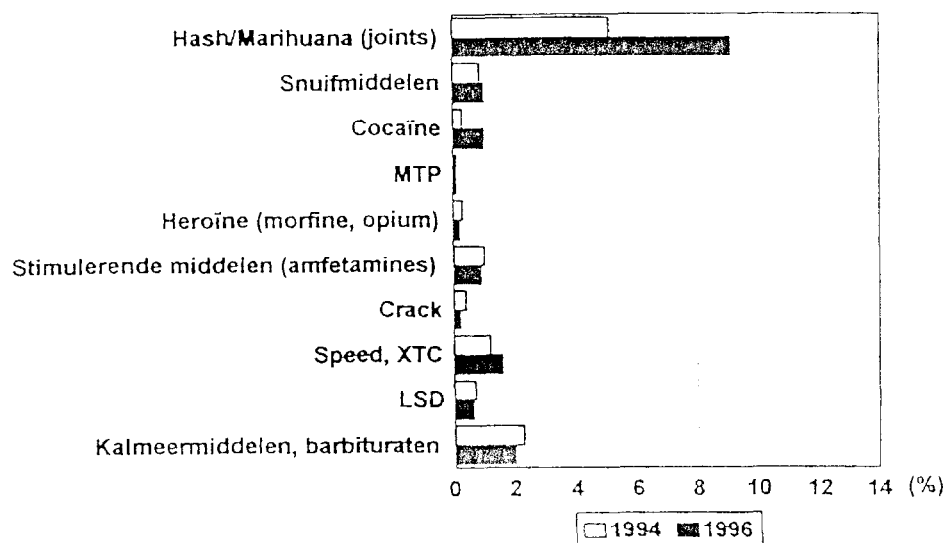
**Jongens**



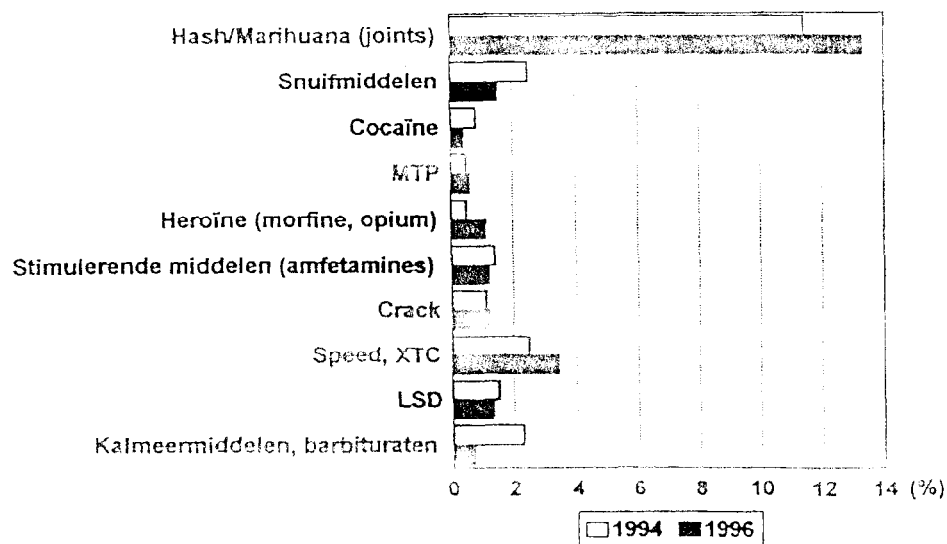
Studie uitgevoerd door de UG en de UIA

Health Behaviour in School-aged children, 15-16 jaar, 1994-1996.  
Soort drugs gebruikt in de afgelopen maand (%).

Meisjes



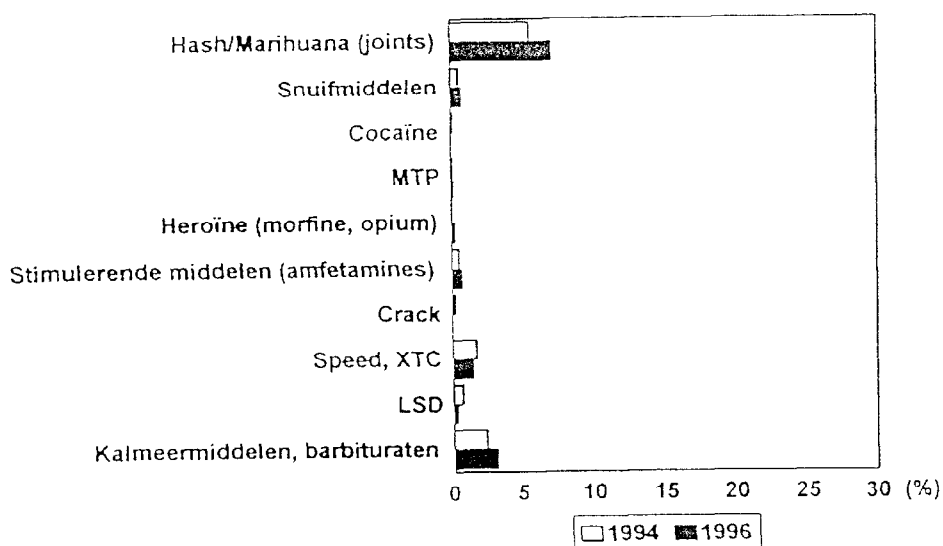
Jongens



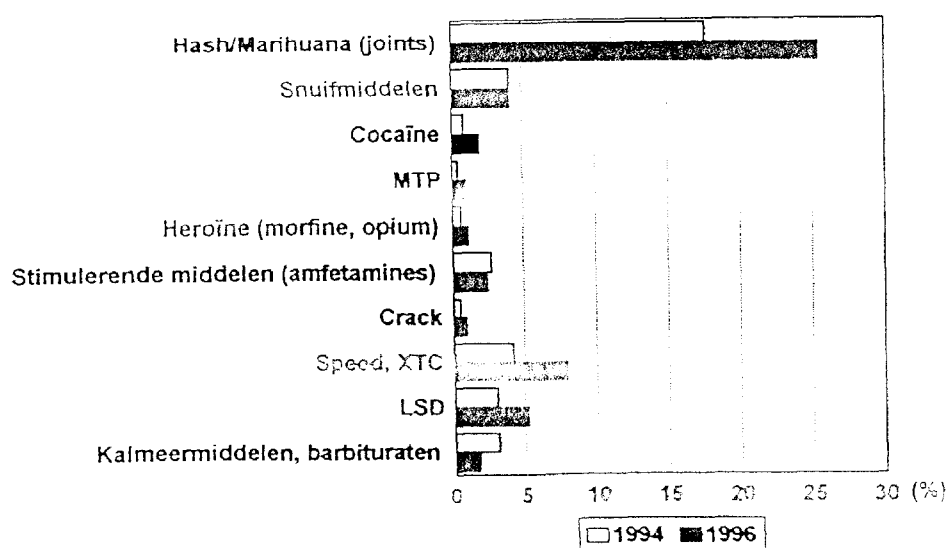
Studie uitgevoerd door de UG en de UIA

# Health Behaviour in School-aged children, 17-18 jaar, 1994-1996. Soort drugs gebruikt in de afgelopen maand (%).

## Meisjes



## Jongens



Studie uitgevoerd door de UG en de UIA