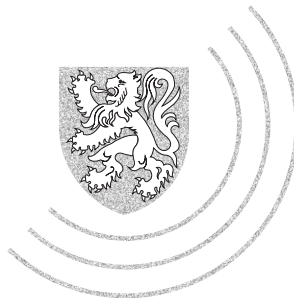


V L A A M S P A R L E M E N T



Zitting 2003-2004

19 maart 2004

BELEIDSPLAN

Preventie van middelengebruik

2003-2004

HOORZITTING

VERSLAG

**namens de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gelijke Kansen
uitgebracht door mevrouw Trees Merckx–Van Goey**

Samenstelling van de commissie :

Voorzitter : de heer Koen Helsen.

Vaste leden :

mevrouw Sonja Becq, mevrouw Trees Merckx-Van Goey,
mevrouw Riet Van Cleuvenbergen, mevrouw Ingrid van
Kessel ;

de heren Jacques Devolder, Koen Helsen, mevrouw Erna
Van Wauwe, de heer Bob Verstraete ;

mevrouw Niki De Gryze, mevrouw Marijke Dillen, de heer
Felix Strackx ;

de heren Carlo Daelman, Jan Van Duppen ;

mevrouw Ria Van Den Heuvel ;

de heer Jan Roegiers.

Plaatsvervangers :

mevrouw Gisèle Gardeyn-Debever, mevrouw Veerle
Heeren, de heer Luc Martens, mevrouw Ilse Van Eetvelde ;

de heren Jozef Browaeys, Frans De Cock, André Moreau,
Cis Schepens ;

de heren Wilfried Aers, Julien Librecht, mevrouw Marleen
Van den Eynde ;

mevrouw Yamila Idrissi, de heer Chokri Mahassine ;

mevrouw Ann De Martelaer ;

de heer Kris Van Dijck.

Zie :

1992 (2003-2004)

– Nr. 1 : Beleidsplan

INHOUD

	Blz.
1. Uiteenzetting door mevrouw Marijs Geirnaert, directeur Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD)	4
2. Uiteenzetting door mevrouw Annemie Peeters, directeur, en mevrouw Marleen Lambert, deskundige tabakspreventie van het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG)	10
3. Uiteenzetting door mevrouw Chris Caubergs, dienst Welzijn en Gezondheid, Provinciebestuur Vlaams Brabant	14
4. Uiteenzetting door de heer Dirk Jaspers, directeur Leefsleutels vzw	17
5. Uiteenzetting door de heer Koen Verhofstadt, voorzitter project Farmaka vzw	20

DAMES EN HEREN,

De Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gelijke Kansen besprak het beleidsplan Preventie van middelengebruik 2003-2004 (*Parl. St.* VI. Parl. 2003-2004, nr. 1992/1) op 12 februari 2004.

Op 11 maart 2004 vond over dat beleidsplan een hoorzitting plaats.

1. Uiteenzetting door mevrouw Marijs Geirnaert, directeur Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD)

Mevrouw Marijs Geirnaert : De rondgedeelde tekst is eind 2003 met de mensen uit het werkveld opgesteld als aanzet tot een Vlaams drugsbeleid. Vanuit onze ervaringen denken we aan te kunnen geven hoe zo'n drugsbeleid eruit zou moeten zien. Dit wordt inmiddels nog verder geconcretiseerd, onder meer met het oog op een memorandum voor de nieuwe beleidsploeg tegen de verkiezingen van 13 juni. In wat volgt, geef ik een reflectie op de beleidsbrief van minister Byttebier, doorspekt met onze voorstellen uit die nota.

Er waren de laatste jaren enkele positieve elementen in het beleid. Er is een vrij grote continuïteit in de werking omtrent alcohol en andere drugs, dankzij onder andere de drie- tot vierjarenplannen, de convenants waarmee we de laatste jaren kunnen werken. We hebben al zes jaar na elkaar een registratie van de preventieactiviteiten van de preventiewerkers in Vlaanderen. Daarin tekent zich een belangrijke evolutie af. We zijn ook al meer dan acht jaar bezig met een vormingsaanbod voor preventiewerkers en hulpverleners. Die elementen beïnvloeden de kwaliteit van het beleid in positieve zin.

Een tweede positief punt is de verdubbeling van het aantal preventiewerkers in de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG's) vorig jaar. Dat was meer dan noodzakelijk, want voorheen werkten we nog met het aantal dat in 1988 was aangetreden. Een verdubbeling is dan ook nog maar een begin.

Negatief is dat we intussen nog altijd met te weinig mensen en middelen werken. De overheid vraagt terecht naar een effectieve alcohol- en drugspreventie, maar die is niet mogelijk met de huidige mensen en middelen. We werken voor 6 miljoen Vlamingen met een veel te kleine ploeg. In alle beleidsnota's staat dat preventie de hoogste prioriteit heeft. Hulpverlening komt op de tweede plaats en

repressie is pas het ultieme middel. De budgetten zijn daar echter omgekeerd evenredig mee.

De professoren De Ruyver en Casselman hebben daar onlangs, in opdracht van het DWTC, een onderzoek naar gevoerd. Ik kijk uit naar hun gegevens over de middelen voor repressie en hulpverlening. Die gaan in stijgende lijn, hoewel ze voor preventie nog steeds beperkt blijven.

Het ontbreken van een Vlaams drugsbeleid, een drugsnota, is voelbaar. Er is al een federale drugsnota sinds 2001. Dat geeft de partners op federaal niveau een houvast om concreet te kunnen werken. Op Vlaams niveau wachten we daarop. Deze beleidsbrief is daar misschien een eerste antwoord op.

De gebrekkige samenwerking tussen de beleidsniveaus, die ook wordt aangehaald in de beleidsbrief van minister Byttebier, kunnen we alleen maar bevestigen. Het gaat echter niet alleen om de samenwerking tussen de Vlaamse overheid en de federale overheid. We moeten ook kijken naar de lagere echelons, naar de samenwerking met de provinciale overheid en de gemeenten.

We scoren ook nog altijd zwak op het niveau van onderzoek en registratie. Als we onderzoeksgegevens willen aanbrengen, moeten we ons meestal baseren op internationaal onderzoek. Qua registratie zijn de meest recente gegevens uit de drugs-hulpverlening nog altijd die van 1999.

De beleidsnota van minister Byttebier bevat een heel duidelijke situering met actuele cijfergegevens. De uitgangspunten van de sector worden onderschreven : het gaat over alle drugs, en niet alleen over illegale drugs ; het gaat om een inclusief beleid ; niet enkel het middel, maar de interactie van mens, middel en milieu staat centraal ; er moet worden gewerkt vanuit een welzijns- en gezondheidsperspectief, en niet vanuit een repressief perspectief ; voor continuïteit en een langetermijnaanpak ; en participatie van de basis.

We waren verrast dat de beleidsbrief plots op de agenda van deze commissie stond. Begin 2001 vroeg het kabinet ons om samen met het werkveld suggesties te formuleren inzake het drugsbeleid. In een uitvoerige nota hebben we noden, knelpunten en 23 concrete actiepunten voor een Vlaams drugsbeleid verwerkt. Slechts twee kleine paragrafen zijn in de beleidsbrief weerhouden, over het werken naar de algemene bevolking en maatschappelijke sectoren. Dat behoort niet tot de essentie van

onze voorstellen. De derde belangrijke groep – de gebruikers en hun omgeving – ontbreekt.

Ik zet nog even onze voorstellen op een rijtje. Er is nood aan een preventiestructuur, aan inclusieve én specifieke programma's, aan hulpverlening, aan een onderbouw.

In Nederland is één preventiewerker per 100.000 inwoners actief. Dat is redelijk. Omgezet naar Vlaanderen betekent dit 60 preventiewerkers. Naast de mensen moet er een duidelijke, formele structuur voorhanden zijn. Op het beleidsniveau zijn de Vlaamse overheid, de provincie en de gemeente samen actief om met de bevolking en de risicogroepen een aangepast preventiebeleid te voeren. Daarin zijn provinciale coördinatoren, en op gemeentelijk niveau ook de lokale gangmakers actief. Die laatste zijn de aanspreekpunten die de actoren op lokaal niveau samenbrengen en in overleg met de burgemeester en de schepenen van gezondheid het lokale beleid gestalte geven.

Op het uitvoerende niveau is de VAD actief, maar ook andere organisaties die zich met deelaspecten bezighouden, zoals Leefsleutels, De Sleutel en In Petto. Op regionaal niveau zijn er de preventiewerkers in de CGG's. Er is een uitbreiding nodig – op basis van bevolkingsaantallen – om tot een pool van regionale preventiewerkers te komen. Ze moeten het provinciaal, het gemeentelijk en het sectoraal beleid ondersteunen. In een dergelijke pool kunnen preventiewerkers zich gemakkelijker specialiseren, terwijl elke gemeente een aanspreekpersoon krijgt uit de pool. We stellen voor om de pool van preventiewerkers met een gedeelde financiering te realiseren, bijvoorbeeld voor 60 percent door de Vlaamse overheid, 20 percent door de provincies en 20 percent door de gemeenten. Dit model is geïnspireerd op de manier waarop het preventiewerk in de provincie Limburg is georganiseerd.

Naast inclusieve preventie, gericht op het ontwikkelen van een alcohol- en drugsbeleid in alle maatschappelijke sectoren, is er nood aan specifieke programma's voor prioritaire doelgroepen. Zij moeten zich richten op specifieke risicofactoren. Het gaat dan om bijvoorbeeld een laag zelfbeeld, weinig betrokkenheid op familie, op school- of buurtleven of een labiele gezinssituatie. Het gaat om mensen met zogenaamd moeilijk gedrag zoals het zoeken naar kicks. Onder structurele factoren verstaan we onwelzijn, kansarmoede en werkloosheid.

We moeten ons naar die doelgroepen richten. De sociaal zwakkere groepen, kwetsbare groepen

zoals de kinderen van alcoholisten en drugsverslaafden, de experimentele gebruikers, de mensen met een druk uitgaansleven, de ouders van drugsgebruikers, enzovoort.

Wat kunnen we doen voor die prioritaire doelgroepen? Op de ladder van preventie staan veel sporten. Vroege interventie is zeer belangrijk en een taak van de eerste lijn met een ondersteuningspunt van deskundigen per provincie.

Harm reduction slaat niet alleen op de gekende spuitenruil bij zwaar verslaafden, maar ook op de mensen in het uitgaansleven en jongeren die bewust drugs gebruiken. Ze experimenteren en gebruiken soms op een gevaarlijke manier. Willen we in de toekomst PMA-doden voorkomen, dan moeten zij informatie krijgen over de risico's van producten, over oververhitting en uitdroging. Hiervoor zijn zeer specifieke methodieken nodig die we niet op het hele publiek kunnen loslaten. Die methoden zijn arbeidsintensief en bijna op het individu gericht. We kunnen die doelgroep onder andere bereiken via het straathoekwerk maar ook via peer support. Dat zijn ervaringsdeskundigen die zich engageren om jongeren uit hun leefgroep met gerichte boodschappen te benaderen.

Dan zijn er nog projecten met risicogroepen en spuitenruil en als laatste tewerkstellingsondersteuning. Mensen die niet kunnen of willen stoppen met drugs, kunnen via tewerkstelling opnieuw aansluiting krijgen met de samenleving. Dat kan een eerste stap zijn naar hulpverlening en ontwenning.

De cijfers over hulpverlening dateren van 1999. Maar liefst 30 percent van de cliënten in de drugs-hulpverlening gaat naar de CGG's. Dat is de werkvorm met het hoogste aantal cliënten met een alcohol- en drugsprobleem. De centra – zeker de gespecialiseerde – hebben sinds 1975 geen enkele uitbreiding gekregen van hulpverlenend personeel. Er liggen dan ook lange wachtlijsten voor deze specifieke groep. De capaciteit moet dringend worden uitgebreid.

De vroege interventie voor risicogroepen moet gecoacht en ondersteund worden. De CGG's kunnen hierin een nuttige rol spelen. Het CAT in Gent is bijvoorbeeld met de steun van de provincie Oost-Vlaanderen een provinciaal ondersteuningspunt voor vroeginterventie. Dit model is bruikbaar in alle provincies. Zelfhulp en mantelzorg staan al jarenlang in de kou en vragen om ondersteuning, vorming en erkenning.

Mensen met een drugsprobleem blijven te vaak in de gespecialiseerde drugshulpverlening hangen. Ze kunnen immers nergens anders terecht. Als Thuislozenzorg of Beschut Wonen deze cliënten wil opnemen, heeft de sector extra personeel nodig. Nu zijn ze absoluut onderbemand om met die moeilijke groep te werken. Als we doorstroming naar de eerstelijnszorg willen, moeten er meer mensen en middelen komen.

Zeer belangrijk is de erkenning van alle partners in het zorgcircuit. Momenteel situeert een en ander zich vooral op federaal niveau, de Vlaamse partners dreigen uit de boot te vallen.

In een dergelijk preventiebeleid is de wetenschappelijke onderbouw van groot belang. We situeren dit op het niveau van de VAD. De steun van de Vlaamse Gemeenschap blijft hierin noodzakelijk. We moeten meer kunnen investeren in onderzoek en wetenschappelijke onderbouw. Andere taken zijn afstemming en coördinatie, conceptontwikkeling, deskundigheidsbevordering, objectieve beeldvorming en federale en internationale samenwerking.

Ik heb dit lijstje naast de beleidsbrief van de minister gelegd. Toen bleek dat daar een en ander ontbreekt : een structuur voor preventie, het werken naar risicogroepen en het hele hoofdstuk hulpverlening. Mijn voorstellen inzake verruiming betreffen het inclusief beleid. Wat dit inclusief beleid betreft, maakt het beleidsplan enkel melding van de tabakspreventie in het onderwijs en van de arbeidssituatie. Ons inziens moeten we het jeugdwerk, de sport en vrijetijdsbesteding zeker in het inclusief beleid opnemen.

Harm reduction krijgt een vrij enge invulling. Het beleidsplan maakt enkel gewag van de spuitenuitruil en harm reduction door straathoekwerkers. Naar onze mening moet dit concept op alle experimenterende, drugsgebruikende, uitgaande jongeren slaan.

Het voeren van een gecoördineerd beleid op alle echelons mag zich niet tot de coördinatie tussen de Vlaamse en de federale overheid beperken : we moeten dit opentrekken naar de provinciale en de gemeentelijke overheden.

We stellen ons tevens vragen bij de doelstellingen van een gezondheidsconferentie. Volgens het preventiedecreet moet bij het invoeren van een nieuwe gezondheidsdoelstelling of bij het wijzigen van een bestaande gezondheidsdoelstelling steeds een gezondheidsconferentie worden georganiseerd. Dat kost echter zeer veel geld. Op het einde van

deze conferentie zal ongetwijfeld worden geconcludeerd dat we niet over voldoende cijfermateriaal en onderzoeksgegevens beschikken. De conferentie zal dit probleem niet verhelpen. De VAD heeft ondertussen heel wat ervaring en knowhow opgebouwd. We zouden een deel van het beschikbare geld dan ook liever in onderzoek investeren. Op die manier zouden we uitgebreider cijfermateriaal kunnen verkrijgen. Structurele investeringen in de preventiestructuur staan uiteraard ook aan de top van onze prioriteitenlijst.

Mevrouw Ingrid van Kessel : Alvorens mevrouw Geirnaert enkele vragen te stellen, wil ik opmerken dat alle Vlaamse volksvertegenwoordigers eigenlijk met hun gedachten vooral bij de komende verkiezingen zitten. Hoewel ik het drugsbeleid zeer belangrijk vind, vraag ik me dan ook af waarom dit beleidsplan net nu moet worden besproken.

Ik vind de voorliggende beleidsnota minimaal. Ik weet dat de VAD tijdens de voorbereidende fase een uitgebreide nota heeft opgesteld. Volgens mevrouw Geirnaert zijn daarvan slechts enkele elementen in het beleidsplan opgenomen. Ik zou de voorbereidende nota van de VAD en het beleidsplan eens naast elkaar willen leggen. Is het mogelijk deze nota te krijgen ?

Slechts één pagina van het beleidsplan is aan preventie gewijd. Voor de rest bevat het beleidsplan voornamelijk beschrijvende elementen. In een Vlaamse beleidsnota over drugs moet het accent op preventie liggen. Preventie is immers zowat het enige waarvoor we bevoegd zijn. Het beleidsplan had overigens niet enkel uitgebreider moeten zijn, het had ook veel vroeger moeten worden opgesteld.

Mevrouw Geirnaert heeft daarnet verklaard dat het aantal preventiewerkers op een bepaald ogenblik is verdubbeld maar dat de CGG's een stevige uitbreiding nodig hebben. Hoe moet ik beide stellingen met elkaar in verband brengen ?

In de beleidsnota staat te lezen dat een stijging van de kosten aan een effectiviteitsmeting zal worden gekoppeld. Ik ga er echter van uit dat beleidsdoelstellingen nooit aan effectiviteitsmetingen kunnen worden onderworpen. In het kader van het preventiedecreet hebben we hierover al eens een discussie gevoerd. Indien effectiviteitsmetingen mogelijk zijn, mogen ze worden uitgevoerd. Ik ga er nog steeds van uit dat dergelijke metingen een probleem vormen. Indien hieraan een verhoging van de budgetten wordt gekoppeld, vraag ik me af wanneer ze ooit zullen stijgen.

Mevrouw Geirnaert heeft er tevens op gewezen dat er grote verschillen in de lokale gangmakers kunnen zijn. Als ik het goed heb begrepen, zou de VAD dit liever op lokaal vlak aanpakken. Ze wil niet afhankelijk zijn van de willekeur van de gangmakersaanpak. De relatie tussen de VAD en Leefsleutels is me niet altijd even duidelijk. Hier zou ik graag nog wat toelichting bij krijgen.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goeij : Ik ben blij dat mevrouw Geirnaert van de VAD hier aanwezig is. Mijn ervaring leert me dat de VAD steeds constructieve opmerkingen maakt die de verdere afhandeling van dit beleidsplan vooruit zullen helpen.

Naar aanleiding van de bespreking van het samenwerkingsakkoord hebben we besloten ons uiterste best te doen om tijdens de behandeling van het beleidsplan een zinvol voorstel van resolutie of een zinvolle motie op te stellen. Hier wil ik de meerderheidsfracties toch nog even aan herinneren.

De beide documenten bevatten al heel wat stof, maar zijn er nog andere aanbevelingen waar u aan denkt ? Dat zou dan niet meer zijn voor deze zittingsperiode, maar zou als aanknopingspunt gelden voor wie in de volgende zittingsperiode rond de tafel zal zitten.

Ik ben blij dat u, als het gaat over dit beleidsplan inzake de preventie van middelengebruik, de link legt met de hulpverlening. Dat is heel belangrijk. Het is een van de moeilijke punten. Men wil zich soms beperken tot de preventie, maar het is moeilijk om duidelijk te onderscheiden waar de preventie eindigt en de hulpverlening begint. Het is moeilijk te onderscheiden wat er nog preventief is binnen de hulpverlening. Ik wil dus uw vaststelling ondersteunen dat die link er moet zijn. Laten we de krachtlijnen daarvan dan in de aanbeveling opnemen, zonder dit in detail uit te werken. Dat lijkt me cruciaal.

In welke mate is het ook noodzakelijk de link met de federale overheid te leggen ? Die neemt naast de hulpverlening ook deels de reactie op dit probleem op zich. Dan hoeft het niet te gaan over repressie, met een gevangenisstraf en geldboetes, deze reactie kan allerlei vormen aannemen. Hoe moeten we die verbinding maken ? Volstaat wat nu is opgezet via het samenwerkingsakkoord, of moet dit worden onderbouwd door nog andere zaken, ook op het Vlaamse niveau ?

U vernoemt een aantal risicogroepen, waaronder de jongeren. Terecht wordt in verband hiermee het

straathoekwerk vernoemd. Is straathoekwerk voor u eerstelijns hulp of tweedelijns hulp ? Ik stel vast dat er een trend is dit bij de tweedelijns hulp onder te brengen. Wie is dan volgens u de eerstelijns hulp voor jongeren ? Is dat de school ? De school vormt maar een deel van het leven van de jongeren – en gelukkig maar. Wat is de eerstelijns hulp binnen de heel ruime recreatieve sfeer van jongeren ? Hoe kunnen we hun dat zichtbaar aanbieden, zonder betuttelend te willen overkomen ? Wat moet het eerstelijnsaanbod zijn voor die jongeren ? Ik maak me daarover zorgen, met het oog op het preventie- en hulpverleningsbeleid. Wie is daar nog met jongeren bezig ? Wie staat ter beschikking van deze jongeren ? We weten dat de CLB's ook overbevraagd zijn. Wie zou dat het beste doen, volgens u ?

De minister heeft voor de connecties met de lagere besturen verwezen naar de uitkomst van deze hoorzitting en de bespreking van de beleidsbrief. Een andere spreker zal daar ook nog op ingaan, maar graag had ik ook de suggesties van de VAD terzake.

De heer Felix Strackx : Blijkbaar is het alcohol- en drugsgebruik een probleem dat zeer moeilijk onder controle te krijgen is. Het is misschien subjectief, maar ik heb de indruk dat we de greep op dit probleem helemaal aan het verliezen zijn, zeker voor bepaalde categorieën en risicogroepen. U geeft een zekere beoordeling over het al dan niet gevoerde beleid terzake. Het komt zwak over. Als aan de punten die u aanhaalt, wordt tegemoetgekomen, zou het probleem beheersbaar worden. De vraag is of dat in de praktijk zo zal zijn.

Mijn tweede vraag gaat over de methodieken. Waar komen ze vandaan ? Hebt u voor de ontwikkeling ervan contact met andere organisaties, ook op internationaal vlak ?

Mevrouw Marijs Geirnaert : Wat uw eerste vraag betreft, stond het antwoord op de website van 2001. Ik zal checken of de nota er nog staat en hem eventueel doormailen. Heel wat van de acties die toen werden voorgesteld, zitten nu niet in het huidige beleidsplan. Wij hebben toen ook de kostprijs berekend en kwamen uit op een bijkomend budget van 500 miljoen frank om de extra punten te realiseren. Het was ook geen beleidsplan dat gemakkelijk te introduceren is. Preventie is echter een belangrijk thema waar de nodige middelen moeten tegenover staan.

Mevrouw Ingrid van Kessel : Hebt u weet van het totale budget nu ?

Mevrouw Marijs Geirnaert : In de nota van de minister staat 4 miljoen euro ingeschreven. U vroeg ook uitklaring over de verdubbeling van het aantal preventiewerkers en mijn pleidooi voor verdere uitbreiding. Als we 1 op 100.000 nemen, komen wij aan 60. De verdubbeling in de CGG's is een verdubbeling van het aantal mensen. Voor de meeste CGG's betekent dat maar een parttime betrekking voor twintig mensen. Het is een vertaling van de middelen voor zes provinciale coördinatoren, die naar de CGG's zijn gegaan. Daaruit zijn tien functies voortgekomen, maar het is nog altijd ver van zestig.

In de CGG's is er nu wat meer slagkracht. Er zijn jonge mensen aangetrokken die meer affiniteit vertonen met jeugdwerk en de vrijetijdssector. Er is dus een elan, maar het is nog niet voldoende. Het meten van de efficiëntie van preventie is bijzonder moeilijk. Factoren die gedragsverandering teweegbrengen zijn moeilijk meetbaar. Of gedrag verandert als gevolg van een campagne, een beleid op school of een optelling van verschillende initiatieven in verschillende sectoren, is moeilijk meetbaar. Men kan effectiviteit op andere niveaus meten, en de efficiëntie (m.a.w. nagaan waar de middelen zijn ingezet). Er moeten dan wel voldoende middelen zijn.

Wij beginnen toch met preventie terwijl er eigenlijk niet voldoende middelen zijn en we dus op voorhand weten dat er onvoldoende effect kan zijn.

De consumptie van alcohol is door een aantal wetgevende en structurele interventies en een striktere toepassing van de bestaande regels verminderd. Er is een serieuze vermindering van de alcoholconsumptie sinds 1990. Dat resulteert in minder probleemgebruikers.

Wij verliezen de greep op de problemen niet, maar de problemen zijn immens. Er komen steeds nieuwe groepen bij. Bij jonge mensen zijn legale drugs sinds de jaren negentig attractief. Wij moeten onze netwerken nog uitbouwen. Wij hebben wel nog voldoende greep, maar er is veel werk.

De lokale gangmakers zijn zeer verscheiden. Ik heb er geen probleem mee dat zij in verscheidene functies in de gemeenten zitten.

Wel is het belangrijk dat ze een gemeenschappelijk profiel hebben, zodat ze ook weten wat van hen wordt verwacht, en welke hun relaties zijn met de pool van regionale preventiewerkers in de CGG's. Elke gemeente moet echter zelf ook beoordelen

wie de aan te spreken persoon is. Het maakt verder niet uit of dat een ambtenaar is dan wel de voorzitter van een of andere werkgroep. Moeilijker ligt het als het iemand van de politie is. De invalshoek van welzijn en gezondheid moet immers worden bewaakt.

De vzw Leefsleutels is lid van de VAD, en er is in die zin dan ook samenwerking. Leefsleutels heeft een waardevol aanbod in het geheel van de preventie, dat essentieel is voor de inclusieve preventie via het onderwijs, de bijzondere jeugdzorg en andere sectoren. Er is voldoende afstemming op dat vlak.

Zoals gezegd, is de rondgedeelde tekst een eerste aanzet voor een memorandum. We proberen nu voor elke sector, bijvoorbeeld het beleidsdomein sport, aan te geven wat de bevoegde minister in zijn of haar beleid kan doen om preventie te vergemakkelijken. We stellen daarbij algemene structurele zaken voor, alsook specifieke actiepunten. Dat komt er tegen juni, en we kunnen het als aanvulling aan de nieuwe commissie doorgeven.

De relatie tussen preventie en hulpverlening is in een globaal drugsbeleid heel belangrijk. Ik ben het er niet mee eens dat we hulpverlening niet in detail hoeven uit te werken. Een Vlaams drugsbeleid is niet alleen een Vlaams drugspreventiebeleid. De CGG's met hun hulpverleningsfunctie zijn ook een Vlaamse materie. Ik zou liever zien dat ook de hulpverleningspositie van de CGG's, de CAW's, de bijzondere jeugdzorg, enzovoort worden vermeld.

Er is inderdaad een samenwerkingsakkoord ondertekend om de afstemming tussen federale en gemeenschapsmateries te verbeteren, en ik hoop dat de andere gemeenschappen dat ook snel zullen doen, zodat er een geformaliseerde samenwerking mogelijk is. Die structuur moeten we de nodige kansen geven. Daarbij moeten we erop toezien dat het geen praatbarak wordt, en dat er effectief een onderlinge afstemming gebeurt. In het samenwerkingsprotocol is voorzien in maandelijkse samenkomsten van alle voor dit thema bevoegde ministers. Met een goede voorzitter moet het dan ook lukken.

Persoonlijk denk ik dat het straathoekwerk wel nog op de eerste lijn moet staan, maar dan specifiek gericht op de risicogroepen. Voor de ruime groep van jonge mensen zitten er verschillende actoren op de eerste lijn. Dat zijn in de eerste plaats de ouders, en het is dan ook belangrijk hen opvoedingsondersteuning te bieden omtrent het omgaan met alcohol en drugs thuis en in de relatie met de

kinderen. De school heeft ook haar taken, en heel wat scholen doen veel inspanningen. Ook het jeugdwerk is goed bezig, zeker de koepels. We moeten hun nog wat tijd en steun geven om dit op het lokale niveau door te laten werken.

De recreatieve sfeer is moeilijker te vatten. Toch zijn er praktijkvoorbeelden waar bij een groot evenement, bijvoorbeeld I Love Techno, met de verschillende lokale partners wordt overlegd, en ook soms met de VAD, over hoe zo'n evenement rustig kan verlopen, maar ook over welk beleid er daarbij kan worden gevoerd omtrent alcohol en drugs.

Dat heeft een politioneel aspect, maar ook een voorlichtingsaspect. Voordat zo'n evenement begint, moeten de organisatoren zich tegen drugsgebruik op het evenement kunnen uitspreken. Er moet ook voldoende watervoorziening zijn, EHBO, enzovoort. Het moet dus een samenspel zijn van verschillende initiatieven. Dat wordt in die sector meer en meer aanvaard, en organisatoren zien ook dat ze hun steentje kunnen bijdragen. Dat begint nog maar pas, en er is dus nog wel wat werk.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey : Waar situeert u sensibilisatie via de massamedia ? Vindt u dat belangrijk ? Wat is de zin ervan, en wat zijn de randvoorwaarden ? Wie moet dat voorbereiden en uitvoeren ; en wie moet het begeleiden ?

Mevrouw Marijs Geirnaert : Ik ga eerst in op de vraag over de methodieken. Die zijn in eerste instantie geïnspireerd door buitenlandse ervaringen, die bij voorkeur ook onderzocht zijn op hun resultaat. Er zijn echter ook heel veel lokale initiatieven van preventiewerkers hier. We proberen die verder te optimaliseren door aan uitwisseling te doen en ze ter beschikking te stellen van iedereen die als preventiewerker of als veldwerker aan het werk is.

We proberen ook, al is het nog schoorvoetend, onze zelf ontwikkelde methodieken te evalueren. Samen met de Universiteit Gent evalueren we momenteel het drugsbeleid op school. Daarbij merken we dat die methodiek in het buitenland fel wordt geapprecieerd en dat er initiatieven zijn genomen op Europees niveau om dat model over te nemen. Het is dus geven en nemen, en voortdurend kritisch bevragen waar we mee bezig zijn. Samenwerking met de veldwerkers is daarbij cruciaal. Zij komen in contact met de doelgroep en ervaren wat er lukt en wat niet.

Mediacampagnes hebben we nodig om de aandacht te vestigen op een thema. Op zich kan dat

echter nooit tot gedragsverandering leiden. We moeten de doelstellingen van een preventiecampagne in hun juiste proporties zien. De doelstelling van een campagne is de aandacht te trekken, en in beperkte mate ook informatie geven. Vervolgens moeten we met die aandacht iets doen op een structureel niveau, met andere methodieken.

Gisteren hebben we een campagne gelanceerd over alcoholgebruik bij volwassenen. We hebben daarvoor onder meer een brochure gemaakt voor werknemers, die we verspreiden via de werkgevers in bedrijven met meer dan vijftig werknemers. Daarbij hebben we onmiddellijk een aanbod klaar voor de ondersteuning van een drugsbeleid in het bedrijf. We zorgen ook voor vorming voor bedrijfsleiders over dat thema, en we hebben preventiewerkers die dergelijke opleiding kunnen geven. Die combinatie maakt een campagne zinvol.

Alleen maar campagne voeren en verder niets, blijft ook beperkt tot het moment. Als we vandaag onze persconferentie hadden gehouden, dan hadden de bomaanslagen in Madrid alle aandacht van de pers afgeleid. Dat was weggegooid geld geweest. Daarom mogen we onze middelen nooit inzetten op de mediacampagne alleen. We moeten die voldoende inbedden in andere initiatieven.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey : Zijn er vormen van middelengebruik die al te lang afwezig zijn uit die sensibilisatie ? In de beleidsbrief staat iets over gokken, alcohol, tabak, medicatie en illegale middelen. Moet hierrond telkens apart gesensibiliseerd worden ?

Mevrouw Marijs Geirnaert : Ik ben ervan overtuigd dat je je inderdaad moet richten op één middel. Wij richten ons daarenboven telkens tot een specifieke doelgroep. We hebben al alcoholcampagnes gehad voor de jongeren van 12 tot 16 jaar, en voor de groep van 17 tot 25 jaar. Nu hebben we een campagne voor de groep van 26 tot 45 jaar.

Als ik alle middelen bekijk, krijgt gokken zeer weinig aandacht. Ook tabak krijgt in verhouding weinig aandacht.

Als we het over illegale drugs hebben, richten we ons vooral naar specifieke groepen. We proberen in het uitgaansleven aanwezig te zijn. Een campagne over illegale drugs voor het grote publiek is zeer moeilijk, want voor jongeren moet je een andere boodschap brengen dan voor volwassenen.

2. Uiteenzetting door mevrouw Annemie Peeters, directeur, en mevrouw Marleen Lambert, deskundige tabakspreventie, van het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG)

Mevrouw Annemie Peeters : De uiteenzetting van het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie bestaat uit twee delen. Mevrouw Lambert, onze tabakspreventiedeskundige, zal toelichting geven bij de bijzondere plaats van tabakspreventie in een geïntegreerd middelenbeleid, en de specifieke aspecten van tabaksgebruik en tabakspreventie toelichten. Daarna zal ikzelf commentaar geven bij het beleidsplan en er enkele besluiten van het VIG aan verbinden.

We willen eerst aandacht besteden aan de inhoudelijke aspecten, omdat de beleidsnota zeer onvolledig is en niet echt ingaat op tabakspreventie, en omdat ikzelf ook regelmatig naar de inhoud zal verwijzen.

Mevrouw Marleen Lambert : Een aantal aspecten van het tabaksgebruik, de gevolgen ervan en een effectieve tabakspreventie komen te weinig of niet duidelijk genoeg aan bod in de beleidsnota, maar ze zijn wel belangrijk om op een efficiënte manier aan tabakspreventie te doen. Binnen een inclusief middelenbeleid is voor tabak specifieke aandacht en een specifieke aanpak vereist.

De gevolgen van het tabaksgebruik zijn enorm. Tabak is een van de meest vermijdbare oorzaken van ziekte en sterfte. Eén op de twee rokers sterft uiteindelijk als gevolg van het tabaksgebruik. Dit betekent dat het gemiddelde verlies van levensverwachting 14 jaar bedraagt. Dit is niet alleen zo voor oudere personen, maar ook voor mensen in de actieve leeftijdsperiode.

In België zijn er jaarlijks ongeveer 20.000 sterfgevallen als gevolg van actief roken. Tabak heeft ook gevolgen voor de mensen in de omgeving van de gebruikers. Voor België schatten we het aantal sterfgevallen als gevolg van passief roken op 2.200 tot 2.500. De Vlaamse Gemeenschap heeft voor 2001 de sterfgevallen als gevolg van tabaksgebruik berekend. Het gaat om 8.890 mensen.

In de nota wordt niet toegelicht dat elk gebruik van tabak een problematisch gebruik is. Hoe meer men rookt, hoe groter het gezondheidsrisico wordt. Er is een lineair verband, maar ook bij een klein gebruik is er een lager, maar toch een substantieel verhoogd risico. Voor tabak kunnen we eigenlijk geen minimaal niveau aangeven waarbij geen risico is vast te stellen.

Aandacht voor passief roken is enorm belangrijk. Het is niet alleen een hinder en een ongemak, maar het is ook een gezondheidsrisico.

Als we de criteria voor drugsverslaving bekijken, beantwoordt tabaksgebruik daar volledig aan. Tabak is een drug. Nicotine veroorzaakt de verslaving. Het is belangrijk dat tabaksgebruik wordt erkend als een verslaving, zodat gebruikers kunnen worden geholpen bij het stoppen met roken en om te begrijpen waarom het zo moeilijk voor rokers is om te stoppen. Ze moeten vaak een aantal pogingen ondernemen voor ze definitief van het roken af zijn.

Op sociaal vlak zijn de effecten van tabaksverslaving subtiel. Het is niet vergelijkbaar met de ontwrichtende situaties veroorzaakt door geweld of dronkenschap. De grootste effecten van tabaksgebruik zijn die op de gezondheid, ziekte en sterfte.

Omdat elk tabaksgebruik problematisch is, zijn we dan ook geen voorstander om harm reduction op te nemen in het kader van tabakspreventie. Harm reduction vormt enkel een tussenoplossing bij rookstop.

Het VIG is het volledig eens met het feit dat er wordt gewerkt met gezondheidsdoelstellingen. Ze vormen een manier om vooruitgang te meten in het bevorderen van gezondheid. We hebben er ook geen enkel probleem mee dat er een algemene doelstelling komt voor een inclusief algemeen middelengebruik. De voorwaarde is wel dat er subdoelstellingen worden geformuleerd per middel en dat er ook aandacht wordt besteed voor specifieke strategieën en methodieken per middel.

Wat is nu de specifieke strategie voor tabakspreventie ? Tabakspreventie steunt op drie pijlers : het voorkomen van het beginnen met roken, het ondersteunen van het stoppen met roken, het beschermen van mensen tegen het passief roken. Hiervoor kunnen twee groepen van maatregelen worden genomen : enerzijds gezondheidseducatie en het werken op de sociale omgeving en anderzijds de wetgeving en economisch-financiële maatregelen. Wat tabakspreventie betreft, weten we dat een dergelijke mix van interventies en maatregelen effectief is, ook wat de kosten aangaat. De Wereldgezondheidsorganisatie en de Wereldbank stellen dat een mix van maatregelen die elkaar aanvullen, de beste keuze is om efficiënt werk te maken van tabakspreventie.

In België, en dus ook in Vlaanderen, is er een versnippering van bevoegdheden. Dit maakt het werk

er niet makkelijker op. Voor Vlaanderen is het belangrijk dat de maatregelen continu worden genomen en dat er voldoende middelen zijn. Eén ad hoc-campagne of actie volstaat niet.

We willen, ten slotte, ook aandacht vragen voor tabak als specifiek thema. De Wereldgezondheidsorganisatie heeft een algemeen gezondheidsprogramma met doelstellingen, waarin ook tabak is opgenomen. Ze hebben daarbij gekozen voor een specifiek programma, namelijk Tobacco Free Initiative, omdat tabak een belangrijke impact heeft op de gezondheid. Daarnaast heeft België recent de internationale kaderconventie ondertekend. Tabak vraagt dus specifieke aandacht.

Ook in de Europese Unie werd en wordt er in de gezondheidsprogramma's aandacht besteed aan tabak. Er zijn twee Europese netwerken voor tabakspreventie. De Wereldbank, die kijkt naar de financiële en de economische aspecten, heeft de afgelopen jaren heel wat aandacht besteed aan tabakspreventie. Uit hun berekeningen blijkt dat tabakspreventie een zeer kosteneffectieve maatregel is om de gezondheid van de bevolking te bevorderen.

De tabaksindustrie zelf is een heel bijzondere actor. Ze is heel actief en biedt heel wat tegenstand tegen de kleine initiatieven inzake tabakspreventie. Het beste is er helemaal niet mee om te gaan.

Tabakspreventie in Vlaanderen is anders gegroeid dan de alcoholpreventie. In het midden van de jaren zeventig werden de eerste losse initiatieven gecoördineerd. In de jaren tachtig werd een Vlaamse vzw opgericht. In 1991 werden ook een aantal organisaties erkend als B-voorziening, zoals het KKAT. De werkzaamheden van die voorziening werden in 1998 geïntegreerd in het VIG. Van dan af stemmen we de activiteiten inzake tabakspreventie zo veel mogelijk af op de Vlaamse gezondheidsdoelstelling rond roken. We doen dat in nauw overleg met de LOGO's. Onze activiteiten zijn gericht op verschillende doelgroepen, zoals scholen en bedrijven.

Er zijn initiatieven om te stoppen met roken, waarbij we aanbevelingen doen aan intermediairen. We hebben overleg met zowel de LOGO's als de organisaties op het Vlaams niveau die actief zijn omtrent tabakspreventie. Dat heet het platform tabakspreventie. Momenteel werken we aan het opstellen van een actieplan voor het verminderen van het tabaksgebruik in Vlaanderen, met de bedoeling dit aan de nieuwe regeringsploeg te kunnen afgeven na de verkiezingen.

Mevrouw Annemie Peeters : Ik zal commentaar geven bij het beleidsplan en er conclusies aan verbinden.

De lectuur van het beleidsplan 'Preventie van middelengebruik 2003-2004' heeft bij ons heel wat vragen opgeroepen. Het VIG heeft niettemin getracht een positie in te nemen aangaande drie kernvragen. Is een algemeen middelenbeleid nodig? Is een nieuwe gezondheidsdoelstelling aangewezen en welke gevolgen heeft dit op structureel vlak? Welke structuur voor de geïntegreerde preventie van middelengebruik?

Aangaande de eerste vraag heeft mevrouw Lambert zonet aangetoond dat er gronden zijn om aan te nemen dat een geïntegreerd middelenbeleid zinvol is. Onder meer de WHO formuleert één algemene doelstelling voor de verslavingsproblematiek en voegt daar in één adem een aantal subdoelstellingen aan toe met telkens een specifieke benadering voor elke verslavingsvorm. Voor roken bestaat die specifieke benadering in de globale strategie van tabakspreventie. Deze aanpak hadden we graag in het beleidsplan teruggevonden, namelijk met een algemene doelstelling, subdoelstellingen en een specifieke benadering. In de praktijk zien we in Vlaanderen dat de toepassing van deze globale strategie op problemen botst. Omwille van de versnippering wordt ook de evaluatie van het geheel extra moeilijk.

De aanpak van het verslavingsaspect van tabaksgebruik concentreert zich vooral in inspanningen om te stoppen met roken. Dat onderscheid moeten we maken.

In verband met de middelen van het VIG voor tabakspreventie, vindt u op pagina 30 van het beleidsplan een raster met de verschillende bedragen die de organisaties ontvangen in verband met preventie van één of ander verslavend middel. De berekeningswijze van de VIG-middelen voor tabakspreventie in het beleidsplan is onduidelijk. Het heeft ons heel wat moeite gekost om iemand te vinden die daar toelichting kon bij geven. Uiteindelijk is dat ons toch gelukt, maar ook na toepassing van de berekeningsmethode die ons werd meegedeeld, bleken de getallen voor het VIG niet te kloppen.

Het goede nieuws is dat we nu wel weten hoe de subsidiëring van het VIG voor tabakspreventie in de toekomst zal worden berekend. Spijtig dat we zoiets per toeval hebben moeten ontdekken.

Het VIG doet regelmatig een beroep op Europese projectsubsidies. Voor tabakspreventie is er bijvoorbeeld de wedstrijd 'Rookvrije Klassen', nu al gedurende zes jaar; een paar jaar geleden hebben we een genderstudie gedaan over de verklaring van het rookgedrag van jongens en meisjes en de uitwerking van een rookstopmethodiek voor jongeren, dit en volgend jaar. Deze projecten worden gefinancierd met Europese projectmiddelen.

Verder is er het 'tabakspreventiefonds'. Uit onze meest recente informatie blijkt dat de toekomst van dat fonds niet gunstig is. Er is wel op federaal vlak weer in een ander tabaksfonds voorzien voor federaal gebruik, namelijk in het actieplan ter bestrijding van tabaksgebruik van minister Demotte. Dat zal onder meer gebruikt worden voor terugbetaling van ondersteuningsmiddelen bij het stoppen met roken, zoals de nicotinevervangende middelen, en voor het aantrekken van inspecteurs voor de controle, maar niet voor de doelen die er aanvankelijk voor waren ingeschreven.

In het geheel van de middelen voor tabakspreventie, ook van andere organisaties, die u op pagina 30 vindt, zijn geen middelen voorbehouden voor een gecoördineerde ondersteuningsstructuur voor het stoppen met roken. De inspanningen die nu gebeuren ten aanzien van het stoppen met roken door verschillende organisaties, zijn zeer fragmentair, zoals een rookstopcursus hier of een folder daar; er is geen gecoördineerd beleid dat ondersteuning biedt en waarop men kan rekenen.

Ik heb enkele kritische bedenkingen bij het beleidsplan vanuit de hoek van de tabakspreventie. Het beleidsplan is geen model van duidelijkheid.

Er wordt van de ene verslaving naar de andere gesprongen zonder die volledig uit te werken. Regelmatig wordt er verwezen naar 'de sector'. Het gaat dan blijkbaar altijd over de preventiewerkers van de sector drugsbestrijding. Dat vraagt allemaal wat meer uitleg.

Mevrouw Geirnaert zei daarnet dat er een bevraging is gehouden bij deze preventiewerkers. Bij het VIG is dat niet gebeurd. De berekening van de middelen is niet doorzichtig. Er is geen zicht op de reële middelen voor tabakspreventie van alle organisaties. Er zou wat meer uitleg mogen worden gegeven bij de berekeningswijze en de bedoeling van de subsidies.

Het plan is onvolledig. Er is sprake van 'pijlers van het middelenbeleid', maar deze zijn helemaal afgestemd op drugs- en alcoholpreventie en -bestrij-

ding. Mevrouw Lambert heeft net de pijlers voor tabakspreventie geschetst: het voorkomen dat mensen beginnen te roken, het ondersteunen van stoppen met roken en het vermijden van passief roken. Dat vinden we niet in terug in het beleidsplan. De aanpak van tabakspreventie is niet uitgewerkt en dat is heel vreemd als je bedenkt dat bijna elke gezaghebbende bron stelt dat tabakspreventie en stoppen met roken belangrijke gezondheidswinst opleveren.

Er is in de beleidsnota herhaaldelijk sprake van 'beleidsbijsturing', maar voor tabakspreventie vinden we daar geen aanwijzingen voor. In het geval van tabaksverslaving zou dat dan neerkomen op het creëren van een structuur voor een gecoördineerde ondersteuning van stoppen met roken. Ik geef een praktisch voorbeeld van over de taalgrens. Daar bestaan 'les centres d'aide aux fumeurs'. Dat zijn huizen of lokalen in ziekenhuizen waar er ondersteuning wordt geboden. Het initiatief wordt volledig gefinancierd door de Waalse overheid en er zijn twintig dergelijke CAF's waar mensen terecht kunnen. In de nota wordt de rol van het VIG en de LOGO's niet verduidelijkt. Er ontbreekt dus heel wat.

Ik kom tot onze conclusies. Het staat buiten kijf dat roken een verslaving is. Tabakspreventie heeft zijn plaats in een geïntegreerd middelenbeleid. De vraag is of zo'n beleid wenselijk is. In principe kan dat geen probleem zijn op voorwaarde dat elk subbeleid degelijk is uitgewerkt. Er moet nog heel wat worden gesleuteld aan deze nota.

Het VIG kan natuurlijk achter een aantal aanbevelingen uit het plan staan. Ik denk aan een inclusief en probleemgericht beleid, samenwerking met de federale overheid, een evidence-based preventiebeleid. Dat zijn voorbeelden van kwaliteitsvol werken aan gezondheidspromotie.

Andere aanbevelingen zijn veel minder duidelijk, zoals het meten van de kosteneffectiviteit. In principe kun je daar niet tegen zijn, maar hoe zal dat worden uitgevoerd? Er wordt geen uitleg bij gegeven. Bovendien is het zeer moeilijk of onmogelijk om dat bij elke individuele interventie te doen.

Er zijn een aantal aanvullingen nodig. Er moet een volwaardige plaats worden gegeven aan tabakspreventie. De rol van het VIG en de LOGO's moet worden verduidelijkt. Het VIG is eigenlijk verantwoordelijk voor het leveren van expertise inzake preventie en stoppen met roken. Die rol willen we blijven spelen.

Een andere vraag is of een nieuwe gezondheidsdoelstelling met daaraan gekoppeld een gezondheidsconferentie nodig is. We stellen vast dat de huidige reeks van gezondheidsdoelstellingen nog niet formeel is geëvalueerd. Zes jaar werken met gezondheidsdoelstellingen werd nog niet in kaart gebracht. We weten ook niet welke gevolgen een geïntegreerd middelenbeleid zal hebben op de taakbelasting van de LOGO's die verondersteld worden bij te dragen aan alle gezondheidsdoelstellingen. Als de gezondheidsdoelstellingen worden uitgebreid tot alle mogelijke vormen van verslaving, worden de LOGO's dan verondersteld aan al die vormen mee te werken ? Dat is niet duidelijk. Komt er toch een gezondheidsconferentie, dan hoopt het VIG betrokken te worden bij de voorbereiding ervan. Het plan van aanpak dat momenteel door het VIG wordt uitgeschreven samen met de sector tabakspreventie, kan zeker een nuttige bijdrage leveren.

Een derde vraag is in welke structuur is voorzien voor de geïntegreerde preventie van middelengebruik. Wordt de structuur ook geïntegreerd ? Ik wil daarop zeggen : bezin eer je begint ! Het is geen kleine opdracht. Op het centrale niveau zullen zich geen problemen stellen. De VAD en het VIG houden er een heel gelijklopende visie op na voor wat de aanpak van preventie van middelen betreft. In het afstemmen van de structuur van het werkveld moeten er opnieuw verschuivingen komen. Dat zou kunnen betekenen dat ook de LOGO's een bijdrage moeten leveren inzake alcohol- en drugspreventie en dat de preventiewerkers zich ook moeten bezighouden met tabakspreventie. Daarover wordt helemaal niets gezegd in dit beleidsplan.

Is hier al over nagedacht ? Hoe zien de beleidsverantwoordelijken de taakverdeling tussen LOGO's en preventiewerkers ? Kunnen zij deze taken aan en welke extra taken zal dit met zich meebrengen voor de VAD en het VIG ? Op die manier belanden we opnieuw bij ons uitgangspunt. Het beleidsplan mist ook hier duidelijkheid en volledigheid.

Ik vat onze conclusies even samen. Een geïntegreerd middelenbeleid is wenselijk, maar er moet nog heel wat worden gesleuteld aan het beleidsplan. Wat de vraag naar een nieuwe gezondheidsdoelstelling betreft, kijken wij eerst uit naar een evaluatie van de bestaande doelstellingen. Daarbij moet een realistische taakbelasting van de LOGO's voor ogen worden gehouden. Als er een geïntegreerde structuur komt, dan wordt dat een grote operatie waarover men best eerst goed nadenkt.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey : U staat dus voor een algemeen preventiebeleid, specifiek voor tabak. Stoppen met roken is belangrijk, maar klopt het dat we ons evenzeer moeten focussen op het ontraden van het beginnen met roken ? Ik veronderstel dat het uitstellen van het beginnen met roken vooral op heel jonge mensen gericht moet zijn. Immers, hoe later men begint met roken, hoe later men eventueel ook begint met illegale drugs. Wat doet u daar specifiek mee ?

Wat drugs betreft, is er een samenwerkingsakkoord met het federale niveau. Dat is echter beperkt tot de illegale middelen, tabak is daar niet specifiek in opgenomen. Gaat het dan over het overleg via interministeriële conferenties ? Hoe moet die voorbereiding gebeuren ? Hoe wordt die link gelegd met het federale niveau ? Hoe komt het dat de heel duidelijke tabaksprofilering recht evenredig is met de aandacht die het federale niveau besteedt aan preventie ? Is dat een kwestie van beschikbaarheid van middelen ? Moet dit punt veeleer tijdens een begrotingsdiscussie worden aangekaart ?

De heer Felix Strackx : Hebt u een zicht op onze positie inzake rookgedrag ten opzichte van de rest van de Europese landen ? Is er een verschil met landen waar bijvoorbeeld tabak heel duur is ? Wordt daar minder gerookt ? Is er een verschil met landen waar tabak moeilijker te verkrijgen is ? In Frankrijk kan men bijvoorbeeld geen tabak kopen in supermarkten ; men moet daarvoor naar een tabakswinkel. Is er tot slot een verschil met landen waar tabaksproducten niet aan minderjarigen mogen worden verkocht ? Ziet u enig heil in een van deze drie maatregelen ?

Mijn tweede vraag gaat over het federaal tabaksfonds waarover u het had. Ik neem aan dat u hiermee niet het fonds-Rodin bedoelt. Dat fonds is opgezet door de tabaksindustrie zelf. Bent u daarbij op enige wijze geconsulteerd ?

Mevrouw Marleen Lambert : Als je effectief aan tabakspreventie wilt doen, dan mag je je niet alleen richten op het stoppen met roken, en niet alleen op rookstop bij volwassenen. Dat is ook een probleem bij jongeren. Op dat punt neemt het VIG in Europees verband initiatieven. We zetten pilootprojecten op. Voorkomen van roken blijft belangrijk. Roken is een heel harde verslaving in vergelijking met cocaïne- of heroïnegebruik. Als we mensen pas willen helpen als ze al jaren roken, komen we achterop hinken. Niet alle kinderen worden rokers. Sommigen experimenteren, ze proberen één of een paar keer. Zij raken niet allemaal verslaafd. Voorkomen is dus mogelijk. De scharnierleeftijd tussen

occasioneel en regelmatig roken ligt op de overgang tussen lager en secundair onderwijs. Vanaf de tweede graad lager onderwijs tot de eerste graad secundair moeten we aandacht besteden aan het voorkomen van roken.

Los daarvan moeten we ook de volwassenen blijven sensibiliseren. Dat betekent een ondersteuning voor lokale initiatieven en wetgevende maatregelen. We mogen niets of niemand uitsluiten, iedereen komt in contact met tabak.

Er bestaat geen echt overleg over tabakspreventie met het federale niveau. We hebben met een groep vzw's een heel informeel overleg op nationaal niveau om te gaan lobbyen bij de federale en Europese overheden. In het kader van het onafhankelijke Tabaksfonds was er een samenwerkingsakkoord om te overleggen en de initiatieven op elkaar af te stemmen. Daar is nog niets mee gebeurd. Minister Demotte spreekt daarover in zijn plan, maar dit is nog geen realiteit.

De federale overheid legt de nadruk op wetgevende maatregelen. Die zijn overigens goedkoper en kosten minder inspanningen dan de Vlaamse bevoegdheden inzake tabakspreventie. Als de federale overheid taxatie zou overwegen als preventieve maatregel zou ze veel meer inkomsten hebben.

Mevrouw Annemie Peeters : De huidige federale minister van Volksgezondheid besteedt bijzonder veel aandacht aan roken en tabakspreventie. Het is de politieke wil die zulke zaken bepaalt. Als het Vlaams Parlement zich daar met meer kracht zou voor inzetten, zou er ook op Vlaams niveau iets kunnen veranderen. De federale overheid heeft het natuurlijk gemakkelijker : wetgevend werk kost niets, integendeel, ze haalt inkomsten uit de verkoop van tabak.

Mevrouw Marleen Lambert : Hogere taxatie is zeker een middel. Die middelen zou men het best toewijzen aan een onafhankelijk fonds. We hadden al een samenwerkingsovereenkomst om aan de gemeenschappen en gewesten middelen te geven. Uiteindelijk ontbrak de politieke wil op het federale niveau om dat door te voeren.

Het plan van minister Demotte is nog niet gerealiseerd. Zijn kabinet berekent de kostprijs van bijvoorbeeld de terugbetaling van rookstopmiddelen. We hopen dat er een federaal fonds komt.

We kunnen België vergelijken met de meeste andere landen in West-Europa. Het best presteren de Scandinavische landen. Zij zijn heel vroeg – in de

jaren zeventig – begonnen met preventie op elk vlak : wetgevend en via educatie. Zij passen de integrale strategie al jaren toe. Ze hebben uiteraard meer middelen door de hoge taxatie en ze werken met een fonds. Een heel aantal landen heeft zo'n fonds, dat werkt makkelijker.

De prijs verhogen is een van de meest effectieve maatregelen om het roken terug te dringen. Dat wordt door de WHO aanbevolen en door onderzoeksresultaten ondersteund. Als men de reële prijs verhoogt met 10 percent, daalt het verbruik met gemiddeld 4 percent, en nog meer bij jongeren en kansarme groepen.

Het is belangrijk dat prijsstijgingen geregeld worden doorgevoerd, om de twee, drie of vier jaar, en dat de stijging hoger is dan de inflatie. Dat kost de staat niets. Geleidelijke prijsstijgingen leiden niet tot een draconische vermindering van het verbruik. Er is berekend dat men 500 frank per pakje mag aanrekenen, en toch zou men nog inkomsten genereren. Frankrijk beperkt de verkooppunten en voert een strenger beleid. Daar daalt het verbruik sterker.

Het is goed dat de verkoop via automaten is beperkt. De vermindering van verkooppunten zou goed zijn, maar dat vergt veel controle. Het verbod van de verkoop aan minderjarigen, of min-16-jarigen, dat ook in Groot-Brittannië bestaat, werkt niet omdat er geen sluitende controle is. Het is geen prioritaire maatregel, ook al omdat een verbod roken aantrekkelijker maakt voor jongeren.

3. Uiteenzetting door mevrouw Chris Caubergs, Dienst Welzijn en Gezondheid, Provinciebestuur Vlaams-Brabant

Mevrouw Chris Caubergs : Ik spreek namens de Vlaamse provincies. Sinds 1996 is in elke Vlaamse provincie en in de VGC een takenpakket toegekend via convenants. Dat gebeurde gedurende zes jaar (twee convenants van telkens drie jaar). In december 2001 is dat stopgezet. Het geld is naar de VAD doorgeschoven. Sinds januari 2002 krijgen we dus geen federale of Vlaamse middelen meer voor het provinciaal drugsbeleid. Het werkingsbudget van de meeste provincies bedraagt ongeveer 60.000 euro. Oost-Vlaanderen vormt hierop een uitzondering en beschikt over een werkingsbudget van 500.000 euro. De meeste provincies investeren één personeelslid en een klein werkingsbudget.

Mijn uiteenzetting zal uit drie delen bestaan. Het eerste deel omvat een aantal opmerkingen bij het

beleidsplan. Het tweede deel biedt een antwoord op een aantal vragen. Waaruit bestaat het intermediaire, provinciale niveau eigenlijk ? Wat zijn onze sterke en onze zwakke punten ? Het derde deel bestaat uit twee beleidsvoorstellen die op Vlaams niveau zouden kunnen worden uitgewerkt.

Het beleidsplan bevat veel cijfergegevens en gaat uitvoerig in op de verschillende bestaande producten. Op zich is dit een goede zaak. Het bevat slechts een summier overzicht van de bestaande structuren. Bepaalde organisaties worden vermeld, de een al wat uitgebreider dan de andere. De provincies missen evenwel de verhouding tussen de structuren. Dit is al door de vorige sprekers aangehaald. Om tot een geïntegreerd drugsbeleid te komen, moeten we de terreinen afbakenen en de taakverdeling binnen de preventiestructuren kennen. Dit moet bij voorkeur door middel van afstemming en overleg tussen het gemeentelijk, het provinciaal, het Vlaams en het federaal niveau gebeuren.

De provinciebesturen worden in dit verband slechts zeer kort vermeld. Op pagina 29 van het beleidsplan wordt er een vijftal zinnnetjes aan gewijd. De VGC betreurt dat er geen melding wordt gemaakt van de Brusselse situatie met betrekking tot de preventie en hulpverlening inzake middelengebruik. Aangezien ik de afbakening van de taken van de VGC niet precies ken, zal ik hier niet verder op ingaan. Ik weet enkel dat de VGC de drugspreventie in haar LOGO's heeft opgenomen. Deze LOGO's worden uiteindelijk door de Vlaamse overheid gefinancierd.

De tekst is vooral op de producten toegespitst en besteedt veel aandacht aan de omvang, aan de kosten en aan de impact van bepaalde producten op de gezondheid. De redenen waarom iemand drugs gebruikt, komen veel minder aan bod. De vraag welke rol drugs in het leven van de gebruikers spelen, wordt niet beantwoord. In de hulpverlening is de functie van het drugsgebruik nochtans zeer belangrijk.

Zoals de vorige sprekers al hebben aangegeven, komt de hulpverlening in de tekst evenmin veel aan bod. Nochtans is de functie van het drugsgebruik nauw met de motivatie van de hulpzoekende verweven. Iemand die naar een hulpverleningsorganisatie stapt, moet een interne of een externe motivatie hebben. Iemand met een interne motivatie voelt zelf aan dat hij op een of meerdere vlakken te veel nadelige gevolgen van zijn drugsgebruik ondervindt. Hij wil van gedrag veranderen. Iemand met een externe motivatie zoekt hulp

omdat de schooldirectie hem vraagt de regels te respecteren of omdat hij van het gezeur van zijn ouders verlost wil zijn. Een externe motivatie is niet ideaal, maar ze is op zich ook niet slecht.

Het is positief dat het beleidsplan de langetermijndoelstellingen, het inclusief en het intersectoraal werken benadrukt. De drugsproblematiek is bijzonder complex, is van vele factoren afhankelijk en heeft een weerslag op tal van domeinen. De aanpak van deze problematiek kan zich dan ook best op meerdere sectoren richten.

Een ander positief element in het beleidsplan is het principe van het participatief werken. Dit betekent dat alle betrokken partners hun steun moeten verlenen. Om dit tot een goed einde te brengen, zouden de lokale besturen moeten trachten hiervoor één personeelslid vol- of deeltijds vrij te maken. Intergemeentelijke samenwerkingsverbanden kunnen op dit vlak een nuttige rol spelen. In Limburg en in Oost-Vlaanderen zijn dergelijke structuren reeds opgericht en hebben verschillende gemeenten in samenspraak een personeelslid vrij weten te maken. Als ik het goed heb begrepen, noemt de VAD deze personen lokale gangmakers.

Mijn laatste opmerking bij het beleidsplan is meer een reflectie dan een concrete opmerking. Het beleidsplan hanteert hetzelfde uitgangspunt als de VAD en de CGG's. Ze werken met intermediaire sleutelfiguren uit verschillende sectoren. In het onderwijs zijn dit leerkrachten. In de jeugdsector zijn dit de permanent verantwoordelijken van jeugdhuizen. In de bedrijfswereld zijn dit personeelschefs. Het preventiewerk bestaat al vijftien jaar. We vragen ons af die sleutelfiguren na die vijftien jaar sterk genoeg zijn om die rol te vervullen. Kunnen we ze los laten, of hebben ze toch nog vorming en begeleiding nodig ? Dat is een open vraag aan het werkveld, waarop we als provinciebestuur geen antwoord hebben.

Wat zijn nu die provinciale preventieplatforms ? Het geeft een structuur, maar de inhoud wordt geleverd door de provinciale coördinatoren. In elke provincie gaat het slechts over één coördinator. Dat maakt het werken moeilijk : vandaar dat we de mensen rondom ons nodig hebben. In de eerste plaats heb ik het dan over de band met de lokale besturen. Dat is steeds onze grootste kracht geweest : we kunnen die lokale besturen of regio's ondersteunen bij het uitwerken van een drugsbeleid. Er bestaat heel wat didactisch materiaal terzake. Dat is prima, maar toch merken we dat lokale besturen de vraag blijven stellen. We hebben ook mensen nodig om dat materiaal te benutten, om er

het beste aan methodieken en strategieën uit te halen en samen het denkproces door te maken om een lokaal drugsbeleid uit te bouwen. Met proces bedoel ik de (omgevings)analyses, de planning, de timing, de uitvoering en de evaluatie.

Ook heeft de provincie het voordeel zich als intermediair niveau in het midden te bevinden. Wij hebben voelhoorns naar boven, naar het federale en Vlaamse niveau, en naar onder, naar de gemeentelijke niveaus. Maar we hebben ook voelhoorns naar links en rechts : we kunnen de kennis, de vaardigheden en de deskundigheid van de diverse sectoren bundelen, om die ten dienste te stellen van organisaties, bedrijven en gemeenten. Wat dat laatste betreft, zitten we op dezelfde lijn als de VAD : we denken aan het vormen van een pool van experts waar mensen terecht kunnen voor informatie, vorming, begeleiding en coaching. Die experts zitten nu wat verspreid, in lokale besturen en gangmakers. Soms gaat het over SIT-verantwoordelijken of mensen die in een OCMW-structuur dit thema ter harte nemen. Al die mensen kunnen hun expertise behouden, maar die wordt gebundeld. Dat betekent niet dat de mensen allemaal voor de provincie moeten komen werken. Zij kunnen hun vaardigheden ter plaatse blijven gebruiken, ten behoeve van de lokale bevolking, maar de coaching en de sturing kan wel door de provincie gebeuren. Dat gebeurt nu ook al wel, maar dat zou beter in een meer welomlijnde structuur gebeuren. Dat zijn dus de twee rollen : de band met het lokale verzorgen en de deskundigheid bundelen.

Wat is nu de sterkte van de positie van een provincie ? Een provinciebestuur heeft de juiste schaalgrootte om voeling te hebben met de evoluties in de provincies. Alle provincies zijn immers vrij klein. Daardoor kennen we de medewerkers, zoals die van de LOGO's, CGG-medewerkers, huisartsen, mensen uit de LOK-groepen, SIT-medewerkers persoonlijk. We kunnen dan ook werken met verschillende snelheden, naargelang over welke regio's of gebieden het gaat. In het kerntakendebat werd dit voor de provincies bedoeld met het ondersteunen van de gebiedsgerichte werking. Zo zijn er in Vlaams-Brabant heel veel diensten rond het Leuvense. Dat is een regio waar men met een vrij grote snelheid allerlei dingen uitwerkt. Er is ook het zeer landelijke Pajottenland, waar een andere snelheid moet worden gehanteerd en heel veel initiatieven nog maar in de kinderschoenen staan. Daar is nog meer lijm nodig om een en ander te bundelen.

De provincies kunnen ook eigen accenten leggen, en doen dat ook wel. De Vlaamse provincies voe-

ren, met de middelen, de kracht en de ervaring die ze hebben, een eigen beleid, weliswaar steunend op de convenants van vroeger, conform de Vlaamse richtlijnen en inspelend op de noden en vragen van de gemeenten. In onze provincie hebben we getracht niet alleen het onderdeel van de preventie te bekijken, maar de zaak te verruimen naar hulpverlening en justitie. Daarin heeft onze gouverneur het voortouw genomen. Zodra de convenants afgesloten waren, in 1996, besliste hij in het verlengde van het vijfhoeksoverleg met justitie en politie een technische werkgroep drugs te creëren, waarin preventiewerkers, hulpverleners, politie, parket en justitie rond de tafel zitten. Ik denk dat het een uniek gegeven is, dat de andere provincies niet hebben.

Wij ervaren ook nadelen. Het belangrijkste nadeel bestaat erin dat wij niet over een mandaat beschikken om mensen rond te tafel te brengen. Overleg en samenwerking gebeuren op vrijwillige basis. Er zijn vele lokale preventiewerkers die met slechte statuten werken en er treedt vaak een wisseling van personeel op. Daar kruipt veel energie in en dat bemoeilijkt de provinciale coördinatie.

Ook de tijdsdruk speelt een rol. Mensen zitten vaak met overvolle agenda's en het feit dat er geen verplichting aan vast hangt, is een zwak punt. Het zoeken naar een evenwicht tussen medewerking verlenen aan een hoger niveau en ingaan op de vragen van een lager niveau is een hele klus. De lagere niveaus zijn nodig om kennis naar buiten te brengen, maar zij verwachten een retour. De gemeenten investeren als ze er iets voor terugkrijgen.

Alleen in Vlaanderen bestaan provinciale niveaus. In Wallonië bestaan ze niet. We gaan bij mekaar te rade. Sinds er geen convenants meer zijn, is elk provinciebestuur op haar eigen structuur teruggevalLEN. Het is roeien met de riemen die er zijn. Met de nodige coördinatie slagen we er wel in niet te verdrinken. Het is belangrijk dat iedere provincie er de nodige mankracht tegenoverstelt. Na verloop van tijd merken we dat we zelf als kleine groep een positie innemen.

Verder zijn er twee voorstellen. Wij zouden willen dat er wordt voorzien in een basisopleiding preventiewerk als reguliere opleiding binnen de gedragswetenschappen. Dat is een vraag voor de minister van Onderwijs. De nieuwe krachten die nu starten, komen immers vanuit totaal verschillende hoeken zoals criminologie, sociologie of psychologie. Het is een ruim gamma. Het vergt veel energie en ook geld om in aanvullingen te voorzien zoals dat nu het geval is. De VAD neemt er taken van op, als-

ook de privé-sector. Het zou goed zijn dat er een basisopleiding bestond, zoals in Nederland.

Verder zullen er wetenschappelijke onderzoeken worden gefinancierd. Dat is prima, want ze resulteren in rapporten en lijsten van aanbevelingen. Voor ons zou het goed zijn als de rapporten worden vertaald in competenties die kunnen leiden tot aangepast gedrag. Het zou een gemiste kans zijn mochten de rapporten blijven liggen. Wij zijn met de deskundigheid van het veld zeker in staat om er gevolgen aan te verbinden en er methodieken en strategieën voor uit te denken die kunnen leiden naar competenties, die mensen op het werkveld nodig hebben en die uiteindelijk leiden naar aangepast gedrag.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey : U stelt dat u het convenant niet meer hebt. Waar worden jullie dan gepositioneerd ? Klopt het dat veel preventiewerkers op het gemeentelijk niveau aangeduid zijn via de financiering van het globaal plan ? Is dat ook zo voor het provinciale niveau ? Gaat het om een keuze van de provinciale overheid ? U hebt veel contacten met de gemeente. De mensen worden vanuit het vast secretariaat en het federale niveau betaald. Zou de aansturing niet consistentier vanuit het Vlaamse niveau gebeuren ? Ik neem aan dat het vooral een kwestie van centen is, dat de Vlaamse overheid niet altijd middelen beschikbaar heeft.

In Vlaams-Brabant draait heel veel rond die vijf coördinatoren. Zijn de prioriteiten van de provincies historisch gegroeid ? De ene concentreert zich voornamelijk op alcoholproblemen, de andere op gokken en drugs. Is dat gekoppeld aan incidenten ? We maken in België namelijk nogal veel 'Innovationwetgeving'. Dit zijn wetgeving, plannen en middelen naar aanleiding van een ongeval. Geldt dat ook voor de provincies ?

Mevrouw Chris Caubergs : De convenants zijn stopgezet. Elke provincie heeft intussen een eigen beleidsplan goedgekeurd. Dat loopt even lang als de legislatuur van de bestendige deputatie : tot 2006. Dat is beter dan elk jaar een ander plan op te maken.

De accenten van de provinciale plannen hangen samen met de bestaande diensten en overlegstructuren. In Limburg neemt het Centrum voor Alcohol- en andere Drugsproblemen – een soort gespecialiseerd CGG – als enige centrum heel de provincie onder zijn hoede. De richtlijnen van het CAD zijn van groot belang voor de provincie. In Vlaams-Brabant is dat minder het geval. Wij hebben meer-

dere CGG's. Bovendien hebben we inhoudelijke taken uit de convenants behouden. Ten derde worden we gestuurd en gecoacht door de VAD. De vereniging maakt bijvoorbeeld een memorandum op naar aanleiding van de verkiezingen. Daarin worden wij ook gehoord.

De gemeentelijke preventiewerkers worden door de federale overheid betaald. Ik vrees dat dit over enkele jaren stopt. Sommige subsidies zijn nu al stopgezet. In twee van de zes steden in Vlaams-Brabant betaalt de federale overheid al niet meer. Gelukkig hebben deze steden zelf het initiatief genomen. Als provincie kunnen we alleen maar zeggen dat dit thema zo belangrijk en verstrekkend is dat we erin moeten investeren. Ik vrees dat de federale overheid binnen enkele jaren geen geld meer zal besteden aan de veiligheids- en samenwerkingsakkoorden met steden en gemeenten. De provincie kan enkel de lokale besturen aanmoedigen te investeren in mensen en middelen.

De heer Koen Helsen : In verschillende politiezones wordt drugspreventie opgenomen in het zonaal veiligheidsplan.

Mevrouw Chris Caubergs : Het valt onder de autonome bevoegdheid van de korpschef om dat al dan niet op te nemen.

De heer Koen Helsen : Toch niet, dat wordt beslist door de zonale veiligheidsraad. Dat zijn de burgemeesters, de korpschefs, het parket en de federale politie.

Mevrouw Chris Caubergs : Ik dacht dat de korpschef het laatste woord had. Hij kan beslissen om een agent helemaal of voor de helft of voor een kwart vrij te stellen om aan drugspreventie te werken.

De heer Koen Helsen : Dat beslist de politieraad.

Mevrouw Sonja Becq : Ik zit in mijn gemeente in de politieraad. Als wij dat als prioriteit willen opnemen in het zonaal veiligheidsplan, dan gebeurt dat ook.

4. Uiteenzetting door de heer Dirk Jaspers, directeur Leefsleutels vzw

De heer Dirk Jaspers : Leefsleutels is sinds 1984 een vrij onafhankelijke vzw, voornamelijk werkzaam in onderwijs, maar ook in de bijzondere jeugdzorg en het jeugdwerk. Sinds kort hebben we ook contacten met de parketmagistraten over de

attitudevorming van verkeersovertreders. Drugspreventie vereist een brede aanpak, uitgaande van een breed kader van welzijn en zorg voor jongeren. We trainen tussenpersonen : leerkrachten en ook hoe langer hoe meer het middenkader, zoals coördinatoren, zorgverstrekkers en gokcoördinatoren. We ontwikkelen ook materiaal over sociale, emotionele en communicatieve vaardigheden voor alle schoolgaanden, van kleuters tot 18-jarigen. In 2003 hebben we 600 vormingsdagen georganiseerd.

Onze visie sluit aan bij de grote lijnen van de beleidsnota. We zijn voorstander van een inclusief beleid. We trainen de 'intermediairen', maar proberen via de scholen ook de ouders te bereiken. Dat is niet gemakkelijk. We bepleiten een brede aanpak en een langetermijnvisie. Daar wringt het schoentje. Medio jaren tachtig moesten we de scholen er nog van overtuigen dat ook zij met drugs te kampen hebben. Dat is gelukt. In de jaren negentig zijn we 'gelanceerd', mede dankzij de veiligheidscontracten van de heer Tobback. De vraag naar onderwijsprogramma's over sociale vaardigheden die nuttig zijn vanuit het oogpunt van preventie, werd overweldigend. Eind jaren negentig heeft 85 procent van alle Vlaamse scholen onze trainingen gevolgd of met onze programma's gewerkt. Ook lagere scholen begonnen interesse te vertonen. Begin 21ste eeuw stagneren de preventie-inspanningen van scholen.

Wat zijn de oorzaken van de stagnatie ? Sommigen vragen zich af of de school alle brede maatschappelijke problemen moet oplossen. De vraag mag worden gesteld. Directeurs stellen zich ook de vraag of ze daarin werkingsmiddelen moeten blijven investeren. Er zijn goede initiatieven, zoals het GOK-decreet en de introductie van de informatica in het onderwijs. Men moet echter beseffen dat een schooldag maar acht of soms zeven lessen heeft. Wanneer moet dat allemaal gebeuren ? Scholen gaan keuzen maken, en dan komt het pakket 'sociale vaardigheden' zwaar onder vuur te liggen. Moet er geen kader worden gecreëerd waarbij de scholen al deze problemen kunnen aanpakken ?

Over de detailproblemen zoals het vrije rooster en de motivering van leerkrachten zal ik nu niet uitweiden. Ik zal u mijn tekst doorspelen.

Ik geef een aantal knelpunten aan. Veel leerkrachten signaleren ons dat er wat schort aan hun opleiding. Ik wil dit niet louter wijten aan de opleidingsinstituten. We moeten ons afvragen of leerkrachten het best geschikt zijn om jongeren hierover aan te spreken. Zijn zij de welzijnswerkers van de 21e eeuw ?

Scholen kiezen momenteel vaker voor de gemakkelijke oplossing zoals mediagenieke affichecampagnes en laten het daarbij. Ik veronderstel dat het voor iedereen hier duidelijk is dat we op die manier niet aan gefundeerde preventie kunnen doen. Die scholen weten dat trouwens zelf.

In 1997 werden eindtermen en ontwikkelingsdoelen voor gezondheidszorg opgesteld. Nu merken we dat die te vrijblijvend zijn. Een leerkracht moet enkel aantonen dat hij er iets aan gedaan heeft, wat dat dan ook mag zijn. De kwalitatieve en kwantitatieve normen ontbreken. Ik wil niemand uit de onderwijswereld ook maar iets verwijten.

De situatie ziet er enigszins uitzichtloos uit. Ik kijk verwijtend naar de media. Ze zetten nogal dik in de verf dat preventie weinig uithaalt. Dat is geen vrijblijvende commentaar. Dit is demotiverend. Wij stellen in de praktijk vast dat er wel resultaten zijn. De scholen en directies die jarenlang keihard werken, verdienen beter. Ze moeten al vaak genoeg tegen de stroom in roeien.

De beleidsbrief vermeldt initiatieven zoals Klasse. Dat is allemaal best positief, maar behelst een zeer klein aandeel. Klasse houdt zich met veel meer zaken bezig.

Mogelijke en goede initiatieven zijn onder meer duidelijke richtlijnen vanuit Welzijn en Onderwijs aan de scholen over de mate waarin zij hun preventiebeleid moeten uitbouwen. De tendens naar meer autonomie voor de scholen is prima, maar een helder kader lijkt me een minimum.

De overheid moet de opleidingen ondersteunen, daarmee bedoel ik alle vormen van voortgezette opleiding. We hebben ervaringsdeskundigen nodig in de scholen.

Een verlichting van het urenpakket van de betrokken leerkracht is belangrijk. Iedereen is ervan overtuigd dat LO meer dan ooit nodig is, dat geldt volgens mij ook voor drugspreventie.

We hebben nood aan vergelijkend onderzoek en aan studie- en testresultaten. We kunnen dat onmogelijk zelf uitvoeren, daar hebben we de middelen niet voor. Ik heb al vaak gepraat met universiteiten om een thesis te laten maken over de gedragsverandering van jongeren door drugsgebruik. Zij staan niet te springen voor dergelijke studie omdat deze toch al snel over zes tot acht jaar gespreid loopt. Wie moet het dan doen ?

Blijkbaar brandt het vlammetje van de preventie op een laag pitje. Ik zou zeer graag alle partners samen rond de tafel krijgen. Ik zou graag eens van gedachten wisselen over motivering.

Ik pleit voor een gecoördineerd en gemeenschappelijk beleid. De verschillende niveaus in dit land slagen er niet altijd in om hun beleid op elkaar af te stemmen.

Onder impuls van de dienst Gezondheid van de provincie Limburg zijn we ons gaan afvragen of het wel zinvol is om ons allemaal apart tot de scholen te richten en omgekeerd. We zouden partners kunnen zoeken in de welzijns- en in de onderwijssector om een gemeenschappelijk aanbod aan de scholen uit te dokteren, en om een gemeenschappelijke strategie en systeem af te spreken. Dit overleg zit in de eindfase. We hebben kwaliteitsvoorwaarden vastgelegd om de juiste mensen aan te trekken. We werken aan een screeningsinstrument voor de scholen – voorlopig alleen het basisonderwijs – zodat ze zelf kunnen uitzoeken wat hun noden zijn en waar ze dan terecht kunnen. We hebben afgesproken dat we alle vragen die we als afzonderlijke organisatie krijgen, vanuit deze invalshoek zullen bekijken.

De heer Felix Strackx : Ik heb een vraag over uw methodieken. Kunt u daar wat meer uitleg over geven ? Waarop zijn die methodieken gebaseerd ?

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey : We hebben de heer Jaspers uitgenodigd omdat we ons tijdens de bespreking van dit beleidsplan ook eens op jongeren wilden concentreren. We denken hierbij niet enkel aan die jongeren die niet meer vatbaar zijn voor de voorstellen en de aanpak van de preventiesector. Aan de hand van zijn uiteenzetting kan ik enkel concluderen dat de heer Jaspers goed werk levert in de onderwijssector.

De leerkracht is vaak de eerste die opmerkt dat een jongere bepaalde middelen gebruikt. De redenen waarom een jongere drugs gebruikt, zijn vaak heel divers. In vele gevallen gaat het om een reactie op dieperliggende problemen. De leerkrachten die dergelijke feiten opmerken, moeten zelf op een structuur kunnen terugvallen. Deze structuur mag de zaken niet dramatiseren, maar moet deze problematiek wel ernstig nemen.

Op die manier kunnen leerkrachten ouders het gevoel geven dat ze er niet alleen voorstaan. Moeders zullen vaak vaststellen dat er een probleem is. Bij het opruimen van de kamer of in de wasmand kunnen ze sporen van producten vinden. Meestal voe-

len ze zich verward en machteloos. We mogen de verantwoordelijkheid niet enkel bij het onderwijs leggen, maar we mogen ze ook niet enkel bij de ouders leggen.

De school kan een belangrijke rol spelen in de reïntegratie van een jongere die in de hulpverlening is terechtgekomen en daarna weer aan het onderwijs moet aankoppelen. In de verdeling van de middelen moet hiermee rekening worden gehouden.

Enkele jaren geleden hebben we de CLB's uit de welzijns- en de gezondheidssector gehaald en aan de onderwijssector toegevoegd. De CLB's beschikken evenwel niet over voldoende middelen om alle bijkomende taken uit te voeren.

Bij het opstellen van onze aanbevelingen bij het beleidsplan moeten we rekening houden met de voorstellen die de heer Jaspers daarnet naar voren heeft gebracht. Zo mogen we ons zeker niet beperken tot aanbevelingen voor de periode 2003-2004. We moeten iets verder kijken dan het lopende jaar.

Mevrouw Niki De Gryze : Scholen merken vaak dat de ouders van kinderen met problemen de oudervergaderingen niet bijwonen. Ik ga ervan uit dat de scholen geen contact hebben met de ouders van kinderen die drugs gebruiken. Is er een oplossing voor dit probleem ?

De heer Dirk Jaspers : Ik wil iedereen bedanken voor de morele steun die ik hier krijg. We moeten inderdaad voldoende aandacht schenken aan de jongeren die na een periode van problematisch gebruik weer in een school moeten worden ingepast. Het is evenwel onze bedoeling zo breed mogelijk te werken. We willen alle kinderen zo vroeg mogelijk bereiken en wapenen tegen de periode waarin ze zullen terechtkomen.

De ouders blijven een moeilijke groep. We hebben een aantal methodieken uitgewerkt die een school toelaten om ouders op een veilige manier naar hun school uit te nodigen. Ze moeten niet over hun kind of over hun eigen problemen praten. Ze krijgen de gelegenheid om, onder de begeleiding van leerkrachten, over lastige pubers te praten. Door het probleem te depersonaliseren, worden deze mensen bij het geheel betrokken en kunnen ze tot bepaalde inzichten komen. Het gaat er tijdens die bijeenkomsten niet om punten uit te delen, sancties op te leggen of correcties aan te brengen. Het gaat erom die mensen op een leuke manier over een interessant thema te laten praten. Scholen die zichzelf weten te overtuigen om voor deze actieve

werkvorm te kiezen, merken na een tijdje dat ze de ouders van probleemkinderen wel degelijk bereiken.

Meestal schuilt het probleem bij de leerkrachten. Zij moeten zichzelf overtuigen om hieraan mee te werken. Ons onderwijssysteem is deze vorm van oudercontacten niet gewoon. Ik kan me dan ook voorstellen dat sommige ouders hier niet naartoe komen. Na tien jaar hebben ze vaak al te veel over de problemen van hun kinderen gehoord.

Ik ken een aantal initiatieven in het buitenland, vooral in het Verenigd Koninkrijk, van scholen die er iemand op uitsturen om de ouders van probleemkinderen te zoeken. Deze aan een school verbonden maatschappelijk werkers trachten de ouders van verschillende culturen samen te brengen. In Manchester loopt een bijzonder succesrijk project voor Pakistani en Indiërs. De externe werker van de school is zelf een Pakistaan. Hij zoekt de mensen op en hij tracht oudercontacten bij de mensen thuis te organiseren.

Ik ontbeer de middelen en de mensen om me hier zelf op te oriënteren. Indien ik over twee bijkomende personeelsleden zou beschikken, zou ik er morgen al werk van maken. Ik ben ervan overtuigd dat dit project op ons ligt te wachten.

Ik zal even onze methodieken toelichten. We vertrekken steeds vanuit een ervaringsgerichte invalshoek. We baseren ons op de ervaringen van de leerlingen. Deze ervaringen hoeven geen enkel verband met drugsgebruik te hebben. Het gaat ons vooral om ervaringen inzake het praten over gevoelens, over het zich goed voelen, over communicatie en over onderling vertrouwen. Indien ze niet over dergelijke ervaringen beschikken, proberen we die zelf te creëren en bespreekbaar te maken.

Reflectie is voor ons bijzonder belangrijk. Vooral voor leerkrachten vormt dit een probleem. Een correcte en veilige reflectie met jongeren tot stand brengen, is bijzonder moeilijk. Dit is onze eerste aanpak. We proberen dit te doen via creatieve, wat speelse werkvormen, en zeker niet door cognitie. Dat laatste is uitgesloten. We adviseren scholen om zeker nooit punten te zetten op deze lessen en oefeningen. Dat doodt immers elk initiatief bij de kinderen.

We gaan dan aan de slag met die ervaringen. Zo bouwen we stelselmatig een aantal sociale en communicatieve vaardigheden op bij die jongeren. Doel is hun in de lagere school hiervan te laten proeven, hen in de eerste graad van het secundair

onderwijs te laten oefenen, zoals men fitnessoefeningen laat doen, en het in de tweede graad onder begeleiding toe te passen. In de derde graad gaan we kijken naar het effect, in het kader van stages, schooluitwisselingen en andere projecten. We gaan bekijken welke vaardigheden deze jongere nu bezit, als hij op zijn acht jaar ermee is begonnen, begeleid werd toen hij veertien was en nu, wanneer hij achttien is, stage moet lopen. Is hij sociaal vaardig genoeg om zijn plaats te vinden in de maatschappij? Dan zijn we bezig met een heel breed gamma aan welzijnszorg.

De basis hiervan is gelegd in de VS, in de jaren zeventig en misschien zelfs nog vroeger. Daar was het drugsprobleem veel groter dan bij ons, en dook het veel vroeger op. Via het Verenigd Koninkrijk is dit naar Europa gekomen. Dat is al een eerste filter. We hebben dat toen overgenomen. We kregen af te rekenen met de vermanende vinger van de Amerikanen, die wilden dat we dit op hun manier zouden doen. We hebben, als heel stoute Belgen, echter geoordeeld dat we dit beter op onze wijze deden. We hebben dit dus helemaal hertaald naar onze eigen situatie. We hebben ons, samen met de Britten, wat losgemaakt van die Amerikaanse wortels. We hebben heel dit pakket aan programma's dat we bezitten ondertussen al voor een derde maal herwerkt. Maar de oorsprong blijft in de VS liggen.

Ondertussen zijn er in Europa heel wat landen die werken met dergelijke 'life skill programs'. Van Scandinavië tot Spanje, Italië en Griekenland slaan deze programma's aan. Alleen in Frankrijk wil het maar niet lukken. Dat heeft te maken met de zeer academische kijk van de Fransen op onderwijs: alles wat er niet gericht is op inhouden en leerstof, is per definitie al niet in orde. Nochtans krijgt het onderwijs in Frankrijk zeker zijn deel van de maatschappelijke problemen te verwerken, en die problemen zijn niet gering. Franse leerkrachten willen niets liever dan onze materialen in hun school integreren. Ze doen dit ook: nogal wat mensen in Frankrijk kopen onze Franstalige publicaties. Maar ze moeten het wat stiekem toepassen. De directies en het beleid in Frankrijk laten dit immers niet altijd toe.

5. Uiteenzetting door de heer Koen Verhofstadt, voorzitter van het project Farmaka vzw, Onafhankelijk Centrum voor Geneesmiddeleninformatie

De heer Koen Verhofstadt: Ik ben huisarts in Gent en verbonden aan Farmaka vzw, een centrum voor onafhankelijke geneesmiddeleninformatie ten be-

hoeve van het beleid, van patiënten en patiëntenverenigingen en van zorgenverstrekkers, zoals artsen, tandartsen en apothekers. In die zin zijn we een centrum voor kritische farmacotherapie.

In het beleidsplan wordt een evaluatie gegeven van het feit dat de Belg te veel pillen slikt. Hier is er dus sprake van de preventie van geneesmiddelenmisbruik, niet van het gebruik, daar deze middelen wel mogen worden gebruikt. Ik zie een duidelijke evaluatie in dit beleidsplan, maar ik zie weinig beleid.

De Belg slikt te veel pillen. Daarvoor bestaan een aantal redenen. Zo is er de psychologie van de patiënt. Wie ziek is, is vaak irrationeel en zou zelfs bij de duivel te biecht gaan om te genezen. Het is echter belangrijk dat de zorgenverstrekkers wel zo rationeel mogelijk zijn, en de patiënt daarbij helpen. Ook is het hele netwerk rond de patiënt, bestaande uit onder meer familieleden en apothekers, helaas vaak een element dat bijdraagt tot een vrij grote geneesmiddelenconsumptie. Een ander element is de organisatie van onze gezondheidszorg. Zo is er de vrije keuze, die zeer gunstig is, maar ook maakt dat het patiëntenverloop groot is en mensen aan hun gerief komen waar ze maar willen. Ook is er in systemen waar men niet per prestatie wordt betaald, sprake van een lager geneesmiddelengebruik. Ook het feit dat er een vrije verkoop is van vele geneesmiddelen en dat apothekers vaak geneesmiddelen verstrekken, ook al zijn ze voorschrijfplichtig, speelt een rol. Er is het feit dat de apotheker jammer genoeg veeleer een winkeliersstatuut is. Ik vind het heel jammer dat een academisch opgeleide persoon heel veel dingen moet verkopen. Slechts een beperkt percentage van de middelen verkocht in de apotheek zijn heel zinvol.

Dan zijn er ook nog de economische wetmatigheden. De industrie heeft, heel begrijpelijk, economische, rationele en commerciële motieven. Ze stuurt vertegenwoordigers op pad en stuurt reclame om de artsen zo veel mogelijk te beïnvloeden om geneesmiddelen voor te schrijven. Ze slaagt daar vrij goed in. Zo blijkt dat middelen waarvan aangevoerd is dat ze zeer zinvol zijn tegen een hoge bloeddruk, en die niet veel kosten, toch minder worden voorgeschreven dan zeer nieuwe middelen, die honderd maal zoveel kosten. De reden daarvoor is de massieve campagne. Nog een reden is misschien het feit dat sommige artsen niet ingesteld zijn op bewijskracht. Daaraan probeert onze vzw te werken.

We willen op de eerste plaats de zorgenverstrekkers ervan overtuigen om geneesmiddelen te selec-

teren waarvoor bewijskracht bestaat. Dat heet dan 'evidence-based'. Onze vzw werkt aan vier projecten. Er is het opstellen van een formularium voor RVT's, met een door ons opgemaakte geneesmiddelselectie op rationele en economische basis. Dat formularium werd op 9.000 exemplaren verspreid in België. We werken mee aan literatuuronderzoek voor de consensusconferentie van het RIZIV. Elke arts, tandarts en apotheker krijgt een geneesmiddelenbulletin, met om het trimester een bijlage van transparantiefiches opgesteld door Farmaka, onder meer over onderwerpen als migraine, dementie en depressie. Daarbij beargumenteren we onze geneesmiddelselectie. We zeggen op basis van welke studies en welke kostprijs er werd gekozen.

Ook proberen we de zorgenverstrekkers te bereiken door middel van onafhankelijke artsenbezoekers. Wij kunnen natuurlijk niet op tegen de artsenbezoekers van de industrie, maar we leiden mensen op en sturen hen op pad om artsen te gaan informeren, zoals een gewone vertegenwoordiger, maar met onafhankelijke informatie. Zo stellen we dat er bijvoorbeeld bij artrose geen duurdere middelen, met meer risico, moeten worden voorgeschreven, maar dat eenvoudige pijnstillers of een goede patiënteninformatie kunnen volstaan. We zullen de artsen zo veel mogelijk trachten te beïnvloeden om hen te helpen op rationele basis een keuze maken. Het is voor hen niet gemakkelijk om een keuze te maken uit de gigantische hoeveelheid geneesmiddelen, zeker niet als men bedenkt dat er wereldwijd honderden, misschien duizenden per dag verschijnen.

Om hen te helpen, werd ons kenniscentrum opgericht. Ondertussen werken daar ook al vele mensen. Met dit centrum kunnen we actuele informatie verschaffen aan artsen over welke artikels ze kunnen gebruiken. Zo proberen we aan evidence-based medicine, op bewijskracht gebaseerde geneeskunde, te doen. Als de artsen op die manier te werk gaan en voorschrijven, zal er een lager geneesmiddelengebruik en minder geneesmiddelenmisbruik zijn. De mensen zullen met minder en minder gevaarlijke middelen naar huis gaan. Als de artsen onze adviezen volgen, zullen ze soms geen geneesmiddelen voorschrijven en een alternatieve aanpak hanteren.

Wij geven adviezen over een kortdurend gebruik van slaapmiddelen om het langdurig gebruik in te dammen. Heel vaak wordt dat een gewoontemedicatie. Wij geven informatie over analgetica of een correcte pijnladder.

Als eerste punt moet goede informatie worden verstrekt aan de medische wereld, de artsen, tandartsen en apothekers. Het kan helpen om de mentaliteit en de cultuur bij de bevolking wat aan te passen. Onze evidence-based medicine is een bepaalde manier van omgaan met geneesmiddelen die op de duur de mentaliteit kan wijzigen. Zelfs de studenten geneeskunde die nu een andere opleiding volgen dan twintig jaar geleden, hebben al een andere mentaliteit.

Als kenniscentrum stellen wij onze producten ook ter beschikking van de bevolking, het beleid, verenigingen of mutualiteiten. Wij willen ze aan iedereen ter beschikking stellen. De artsen benaderen is een zaak van volksgezondheid en sociale zaken. Wij worden ook door hen gesubsidieerd. Het tweede punt, de voorlichting en de vorming van de consument, is zeer belangrijk en is een taak van de overheid. In het beleidsplan heb ik daar weinig over teruggevonden.

Wij zijn in het verleden door de Vlaamse overheid gedurende acht jaar gesubsidieerd, namelijk tussen 1993 en 2000. Wij hebben jaarrapporten opgesteld en rondgedeeld, maar sinds drie jaar hebben wij geen subsidie meer gekregen. Het is belangrijk dat het uitgebreide materiaal dat wij ter beschikking hebben, ook daadwerkelijk wordt gebruikt. Wij vragen niet liever. Wij hebben bijvoorbeeld een RVT-formularium opgesteld. Wij hebben ook gezorgd voor het opstellen en verspreiden van geneesmiddeleninfo voor jongeren via scholen. Wij hebben ons beziggehouden met het in kader brengen van slaapmiddelengebruik in rusthuizen en hebben met huisartsen en het verpleegkundig team de afbouw van de slaapmiddelen nagestreefd. Wij hebben ook samengewerkt met de psychofarmaca. Wij hebben slaapcursussen gehouden als alternatief voor slaapmiddelen. Wij hebben moderators opgeleid voor huistartsenblokgroepen. Wij willen dit werk als vzw zeker voortzetten.

De heer Felix Strackx : Er is geneesmiddelengebruik door mensen die dat nodig hebben omdat ze aan een aandoening lijden. De medicijnen die dan worden voorgeschreven, moeten natuurlijk evidence-based zijn en de werking moet zo effectief mogelijk zijn. Misbruik ontstaat als mensen medicijnen gebruiken voor een ander doel dan waarvoor ze geschikt zijn, omwille van een bepaald effect bijvoorbeeld.

Het gaat hier om medicijnen die werken, anders zouden ze niet worden misbruikt.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey : Speelt u ook een rol bij apothekers ? In het kader van bijvoorbeeld de spuitenruil en het methadongebruik lijkt mij dat belangrijk. Het gaat wel om een federale bevoegdheid, maar de problematiek raakt ook aan de Vlaamse bevoegdheid. Weet u daar meer over ?

De heer Koen Verhofstadt : Er is een zeer groot slaapmiddelengebruik, en dus -misbruik vastgesteld. Daar zijn gegevens over bekend. Ook een groot analgeticagebruik en -misbruik en nog andere narcotische producten. De beleidsnota had de bedoeling om verder te gaan dan de loutere geneesmiddelen. Het blijven gebruiken van een middel wordt een misbruik, daar komt geen genot meer aan te pas. Een oneigenlijk gebruik is ook een misbruik. Wij werken minder rond puur narcotische analgetica. Andere centra doen dat al.

De heer Felix Strackx : Hier gaat het om medicijnen die wel degelijk werken, zo niet zouden ze niet worden misbruikt.

De heer Koen Verhofstadt : Door een evidence-based mentaliteit van de arts na te streven zijn wij uiteindelijk tot een lager geneesmiddelengebruik in België gekomen. Bepaalde slaapmiddelen zijn natuurlijk evidence-based, maar als ze continu worden gebruikt, komt men in een misbruiksituatie terecht. De evidence-based mentaliteit kan het gebruik ten slotte beïnvloeden en dus ook het misbruik. Wij hebben bijvoorbeeld slaapcursussen gegeven om slaapmiddelenmisbruik tegen te gaan.

Met de apothekers werken wij op kleine schaal samen. Wij wisselen informatie uit en spelen ook informatie door aan de patiënten. Zo worden er bijvoorbeeld folders uitgewerkt. Wij hebben ook onze onafhankelijke artsenbezoekers die specifiek huisartsen opzoeken, maar ook apothekers aandoen. Tot nu toe zijn er dat nog niet veel, maar wij hebben de knowhow en beschikken over de nodige technologie om hen te benaderen. Het gebeurt nu nog op kleine schaal. Het is een belangrijk domein. Er kan nog veel worden gerealiseerd. Het statuut van de apotheker is daarbij een bezwaar omdat hij de nodige omzet moet halen om economisch te overleven. Over methadon voeren wij geen specifiek beleid, daar zijn gespecialiseerde vzw's en centra mee bezig.

De voorzitter : Ik dank alle sprekers voor hun interessante bijdragen.

De verslaggever,

De voorzitter,

Trees MERCKX-VAN GOEY

Koen HELSEN
