27 oktober 2026

10 kritische opmerkingen bij het GPMI-drugsverslaving vanwege het Platform Armoede en Verslaving

Leden van het Platform Armoede en Drugsverslaving

Féda BXL – Fédération bruxelloise des institutions spécialisées en matière de drogues et addictions asbl

Fédito wallonne – Fédération wallonne des institutions pour toxicomanes, services et réseaux d'aide et de soins spécialisés en assuétudes

VAD – Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs

VVBV – Vlaamse Vereniging van Behandelcentra Verslaafdenzorg

BAPN – Belgisch netwerk armoedebestrijding

Situering

Deze nota bevat 10 kritische bezorgdheden op het onderdeel GPMI-verslaving van het wetsontwerp houdende wijziging van de wet van 26 mei 2002 betreffende het recht op maatschappelijke integratie en de wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn wat betreft het geïndividualiseerd project voor maatschappelijke integratie (Kamerstuk 56K1721).

In dit onderdeel wordt voorgesteld dat personen met een verslavingsproblematiek die een aanvraag leefloon indienen, verplicht worden om door een arts te worden onderzocht om de juiste (medische) aanpak te bepalen. Indien het advies van de arts aantoont dat een “ontwenningskuur” hun maatschappelijke integratie ten goede zou komen, en de persoon niet reeds vrijwillig een dergelijke behandeling volgt, zal deze deel uitmaken van het GPMI[1].

[1] In het federaal regeerakkoord wordt er gesproken over een “ontwenningskuur”. Dit is echter niet de taal die door de sector gebruikt wordt. Alcohol en drughulpverlening is immers veel meer dan ontwennen. Het bestaat uit een continuüm van interventies, gaande van werken richting abstinentie, door bv. ontwenning tot

Actoren uit de drughulpverlening en de armoedebestrijding slaan in deze gezamenlijke nota alarm over het wetsvoorstel van minister van Maatschappelijke Integratie, Anneleen Van Bossuyt, inzake de hervorming van het Geïndividualiseerd Project voor Maatschappelijke Integratie (GPMI). Volgens hen dreigt de voorgestelde hervorming de toegang tot het leefloon verder te conditioneren en de kwetsbare groep van mensen met een verslavingsproblematiek nog meer onder druk te zetten. Ook de Raad van State en de OCMW-federaties hebben in hun formele adviezen gewaarschuwd voor de negatieve gevolgen van het wetsontwerp[2].

Reeds in februari 2026 trokken VVBV, VAD, Fédito Wallonne en Féda BXL, samen met het Belgisch Netwerk Armoedebestrijding, aan de alarmbel[3]. In een gezamenlijke oproep vroegen zij de minister om het werkveld te consulteren en rekening te houden met de bezorgdheden van zowel hulpverleners uit de verslavingszorg als mensen in armoede. Daarbij wezen zij op de risico's van een sanctiegericht beleid ten aanzien van personen met een verslavingsproblematiek en op het belang van bestaanszekerheid als voorwaarde voor herstel.

Tijdens een overleg met de minister op 17 juni 2026 lichtte de coalitie haar bezwaren verder toe en waarschuwde zij voor de negatieve impact van de voorliggende plannen. Uit dat gesprek bleek evenwel dat de fundamentele bezorgdheden van de organisaties niet werden gevolgd en dat de minister ervoor koos het wetgevend traject voort te zetten.

Het voorontwerp van wet werd vervolgens op 18 juli 2026 door de ministerraad goedgekeurd en voor verdere behandeling doorgestuurd naar de

---

schadebeperkende maatregelen (substitutie, spuitenruil...). Aan welke interventie iemand nood heeft, is erg tijd- en persoonsgebonden en vergt soms ook een zoektocht met trial and error. In het huidige wetsontwerp werd dit vervangen door “behandeling”.

[2] **VVSG**: Advies VVSG over voorontwerp van wet houdende wijziging van de RMI-wet, het RMI-KB en de wet van 2 april 1965 wat betreft het geïndividualiseerd project voor maatschappelijke integratie (GPMI), 5 juni 2026 **Fédération des CPAS de Wallonie & Fédération des CPAS bruxellois (Brulocalis)**, Avis des Fédérations de CPAS n° 2026-13. Avant-projet de loi modifiant la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l’intégration sociale (…) en ce qui concerne le projet individualisé d’intégration sociale, 4 juni 2026

[3] Zie het persbericht van de Vlaamse, Brusselse en Waalse koepels van de verslavingszorg en het Belgisch Netwerk Armoedebestrijding.

commissie Sociale Zaken. Op 6 oktober 2026 vond in de commissie een eerste bespreking en voorlopige stemming plaats. Een tweede lezing staat gepland op 3 november 2026.

10 kritische bezorgdheden

1. Verslaving is een complexe chronische aandoening. De reductie tot een simpel gebrek aan wilskracht is discriminerend en stigmatiserend.

Verslaving is geen keuze, noch een gebrek aan inzet of verantwoordelijkheid. Het is een ernstige, chronische en recidiverende psychische aandoening. Daarover bestaat ruime medische consensus, vastgelegd in internationale classificaties zoals de DSM-5-TR en ICD-11. Net zoals bij andere ernstige psychische aandoeningen gaat verslaving vaak gepaard met bijkomende psychische, sociale en somatische problemen. Herstel verloopt grillig en zelden lineair. Toch dreigt verslaving in de voorstellen van de federale regering anders behandeld te worden dan andere psychische aandoeningen.

Verslaving wordt gekenmerkt door een verlies van impulsbeheersing en intense 'verlangingsprocessen' die leiden tot gebruik, zelfs wanneer de persoon juist niet wil gebruiken. Deze worden verergerd in situaties van grote psychosociale stress en duiden op een gebrek aan coping strategieën bij tegenslag.

De voorstellen van de regering houden geen rekening met de neurobiologische en sociale aspecten van verslaving en herleiden de problematiek tot een kwestie van 'wilskracht'.

Deze benadering omvat een diepgaande tegenstrijdigheid met de interfederale strategie inzake drugs en verslaving[4], ondertekend door een hele reeks Vlaamse, Waalse en Brusselse ministers evenals door premier Bart De Wever. De voorstellen van de federale regering druisen in tegen de afspraak dat gedegen wetenschappelijk inzicht in drugsgebruik en gedragsverslavingen (inclusief beïnvloedende factoren en de behoeften van

[4] Algemene Cel Drugsbeleid, Interfederale strategie voor een globaal en geïntegreerd drugsbeleid 2026-2029, Maart 2026

de betrokken doelgroepen) de basis dient te zijn voor het ontwikkelen van op bewijs gebaseerd beleid.

Verslaving wordt in de samenleving nog vaak vanuit een moreel oordeel benaderd. Mensen met een verslavingsproblematiek worden geregeld gestigmatiseerd. Omdat stigma een drempel is naar herstel, moet vermeden worden dat dergelijke vooroordelen binnensijpelen in administratieve beoordelingen, met alle risico's op ongelijke en onrechtvaardige behandeling van dien.

De meest kwetsbare mensen met een verslavingsproblematiek dreigen verder uitgesloten te raken door voorwaarden op te leggen die rechtstreeks verbonden zijn aan de aard van hun aandoening. Een dergelijke aanpak past men ook niet toe bij andere chronische aandoeningen zoals diabetes of hypertensie. Op die manier dreigt de overheid een logica over te nemen die men vandaag eerder ziet bij private verzekeraars, die mensen met een verslavingsproblematiek soms uitsluiten van bepaalde vormen van zorg of inkomensbescherming omwille van hun diagnose.

2. Hulpverlening verplichten is simplistisch en nefast. Vrijwilligheid is het fundament van (drug-)hulpverlening.

Verslaving is geen geïsoleerd probleem maar een complex samenspel van factoren binnen verschillende levensdomeinen.

Het verplichten van behandeling vertrekt vanuit de aanname dat herstel enkel mogelijk is via hulpverlening. Deze visie is te simplistisch en doet geen recht aan de realiteit.

Herstel wordt immers mogelijk gemaakt door zogenaamd **'herstelkapitaal'**[5] het geheel aan persoonlijke, sociale en maatschappelijk hulpbronnen dat mensen ondersteunt in hun herstelproces. Hoe groter dit herstelkapitaal, hoe groter de kans op duurzaam herstel.

Een traject richting herstel betekent niet altijd dat hulpverlening betrokken is en kent vaak een grillig verloop. Met deze realiteit wordt geen rekening gehouden in het voorstel.

[5] Zie onder meer Best, D. & Laudet, A. (2010). The Potential of Recovery Capital.

Door de verengde focus op hulpverlening als hefboom wordt voorbijgegaan aan bredere maatschappelijke uitdagingen. Stijgende prijzen, armoede en de groeiende onbetaalbaarheid van de huurmarkt zijn de realiteit voor veel kwetsbare mensen en bemoeilijken herstel.

Drughulpverlening is in de eerste plaats gebaseerd op vrijwilligheid, en deze maatregel staat daar haaks op. Onderzoek toont aan dat gedwongen of semi-gedwongen zorg of sanctionering zelden werken en op zichzelf weinig bijdragen aan intrinsieke motivatie.

Verslavingszorg, net zoals andere hulpverlening, is effectiever wanneer deze steunt op een minimale mate van medewerking, persoonlijke motivatie en een vertrouwensrelatie.

Het GPMI mag geen drempel vormen voor mensen die een eerste, fragiele stap durven zetten om opnieuw aansluiting te vinden nadat ze alle banden met de samenleving verloren hebben.

Deze verplichting framen als een investering in een doelgroep die anders dreigt gemarginaliseerd te worden, hangt een sterk vertekend beeld op. De maatregel zal immers voornamelijk leiden tot schijnparticipatie en in het ergste geval tot uitval en dus het mislukken van de integratie van mensen die kampen met verslaving. Het GPMI-verslaving riskeert zo eerder een extra drempel te worden voor een zeer kwetsbare doelgroep dan dat het een hefboom wordt om deze mensen opnieuw aansluiting te laten vinden met de samenleving.

Het koppelen van het recht op een leefloon aan de verplichting om een medische behandeling te ondergaan, raakt rechtstreeks aan het recht op eerbiediging van het privéleven en de lichamelijke integriteit, zoals beschermd door artikel 22 van de Grondwet en artikel 8 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens. Ook de Raad van State stelt dat een dergelijke inmenging in de persoonlijke levenssfeer slechts kan worden gerechtvaardigd wanneer zij beantwoordt aan een dwingende maatschappelijke noodzaak, geschikt is om het beoogde doel te bereiken en voldoet aan de vereisten van proportionaliteit. In dat verband rijst de vraag of het voorgestelde systeem aan deze vereisten

voldoet. Het wetsontwerp vertrekt van de veronderstelling dat het koppelen van het leefloon aan een medisch begeleidings- of behandelingstraject noodzakelijk is om maatschappelijke integratie te bevorderen, maar onderbouwt onvoldoende waarom minder ingrijpende alternatieven niet zouden volstaan. Nochtans bestaan er verschillende maatregelen die hetzelfde doel kunnen nastreven met een beperktere inmenging in de autonomie van de betrokkene, zoals een proactief zorgaanbod, vrijwillige begeleiding, intensieve outreachende ondersteuning, samenwerking tussen OCMW en hulpverlening, of positieve stimulansen om hulpverlening op te nemen.

3. Het GPMI levert veel dwang en administratie, maar weinig vertrouwen en begeleiding

Het GPMI voor mensen met verslaving kadert in een bredere GPMI-hervorming. In het zog van een resem andere recente beleidsmaatregelen zoals de beperking van de werkloosheidsuitkeringen en de verstrenging van het statuut samenwonende in de RMI-wetgeving, verhoogt deze hervorming de druk op de OCMW's nog meer. De kerntaak van het OCMW om mensen te verzekeren van een menswaardig leven, wordt steeds verder uitgehold door een éénzijdige focus op activering, sanctionering en controle.

Naast gebruikers, zijn ook OCMW-maatschappelijk assistenten kritisch over het GPMI omwille van de administratieve overlast die het echte begeleidingswerk naar de achtergrond doet verdwijnen. Hierdoor komt de vertrouwensrelatie met de cliënt onder druk, wat net essentieel is als men hulpverleningstraject wil doen slagen.

De OCMW's maken zich vandaag zorgen dat, ondanks de hoge caseload en personeelstekorten, deze hervorming van het GPMI niet zal leiden tot de afgesproken vermindering van de administratieve werklast.

De netwerken armoedebestrijding tonen al jaren aan dat het GPMI-systeem niet werkt: het responsabiliseert mensen niet, het leidt niet tot betere trajecten, en het heeft aantoonbaar schadelijke gevolgen, zowel voor de persoon zelf als voor zijn of haar gezin[6]. De sociale bescherming van het OCMW is enkel werkzaam via laagdrempelige begeleiding die vertrekt van haalbare doelen, stabiliteit biedt op alle levensdomeinen (zoals wonen en inkomenszekerheid) en

[6] Zie BAPN, GPMI : teveel uitsluiting, te weinig begeleiding

mensen respectvol benadert op hun eigen tempo. Sanctionering binnen het GPMI heeft geen positieve effecten op maatschappelijke integratie en kan zelfs schadelijke gevolgen hebben. Bovendien ondermijnt een verplichtend kader het oorspronkelijke opzet van het GPMI als begeleidingsinstrument op maat. Vertrouwen tussen hulpverlener en cliënt zou in elk traject centraal moeten staan. Het GPMI gaat dit echter actief tegen en dreigt zo hulpverlening te bemoeilijken in plaats van te bevorderen.

Maatschappelijk werkers botsen zelf op wachtlijsten om hun cliënten verder te helpen. Mensen met een verslavingsprobleem zijn trouwens zelf vaak vragende partij om te ontwennen, maar de dreiging van het ontzeggen van het leefloon zet de broodnodige vertrouwensfunctie nog meer onder druk en zal ertoe bijdragen dat de client onvoldoende veiligheid ervaart om zijn verslaving bespreekbaar te stellen.

Op het ogenblik dat een GPMI moet worden opgesteld is de hulpverleningsrelatie nog zeer kwetsbaar. De OCMW-federaties wijzen erop dat de termijn van drie maanden om een kwaliteitsvol GPMI af te sluiten onvoldoende is om een degelijke sociale balans op te maken, de persoon meerdere keren te ontmoeten en een vertrouwensband op te bouwen. Net deze balans en dit vertrouwen zullen het slagen van het verdere hulptraject bepalen.

Er schuilt een groot gevaar dat het opleggen van het medisch onderzoek en de voorwaarde van de behandeling leidt tot een (definitieve) breuk met het OCMW en bij uitbreiding andere sociale diensten. Zo dreigen zeer kwetsbare mensen hun laatste verbinding met de samenleving te verliezen. Net het omgekeerde van wat men wil bewerkstelligen.

4. Sancties en uitsluiting ondermijnen fundamentele rechten

Bijzonder zorgwekkend is dat de weigering om een medisch onderzoek te ondergaan kan worden aangemerkt als een gebrek aan medewerking aan het sociaal onderzoek. In dat geval dreigt de weigering van een medische tussenkomst aanleiding te geven tot het verlies van het recht op leefloon. Hierdoor ontstaat een mechanisme dat relatief eenvoudig kan worden misbruikt om een aanvraag af te wijzen.

Een andere essentiële vraag die zich stelt, is hoe wordt omgegaan met

personen die een behandeling weigeren, afspraken in de therapie niet nakomen, hervallen of een behandeling voortijdig stopzetten.

In welke mate zullen dergelijke situaties aanleiding kunnen geven tot sancties en/of een beperking van het recht op leefloon? **Ook mensen die niet kunnen of willen behandeld worden, hebben recht op een menswaardig bestaan. Dit recht is immers verankerd in artikel 23 van de Belgische Grondwet**. Hoe denkt de wetgever dit recht te waarborgen met de voorgestelde maatregel?

Personen die geconfronteerd worden met een verslavingsproblematiek, psychische kwetsbaarheid of complexe sociale omstandigheden bevinden zich vaak in een situatie waarin hun handelingsvermogen gedeeltelijk wordt beperkt. Het niet kunnen volgen van een behandeling of het hervallen in problematisch gedrag is in dergelijke contexten vaak een onderdeel van het herstelproces en niet noodzakelijk het gevolg van onwil of een bewuste keuze.

Het risico bestaat dan ook dat personen worden gesanctioneerd voor omstandigheden waarop zij geen of slechts een beperkte invloed hebben. Een dergelijke benadering dreigt de meest kwetsbare burgers disproportioneel te treffen en kan leiden tot een verdere aantasting van hun fundamentele rechten. Het verlies of de vermindering van inkomenssteun raakt immers aan het recht op een menswaardig bestaan, zoals gewaarborgd door artikel 23 van de Belgische Grondwet en artikel 1 van de OCMW-wet.

In plaats van sociale inclusie en herstel te bevorderen, bestaat het gevaar dat sancties leiden tot een versterking van armoede, sociale uitsluiting en marginalisering. Personen die reeds in een kwetsbare positie verkeren, dreigen daardoor nog verder verwijderd te raken van zorg, begeleiding en maatschappelijke participatie. Het is niet ondenkbaar dat ze hierdoor volledig van de radar verdwijnen met alle gevolgen van dien, ook voor hun gezinnen en kinderen. Een beleid dat ondersteuning koppelt aan voorwaarden die niet voor iedereen haalbaar zijn, moet daarom bijzonder zorgvuldig worden afgewogen tegen de fundamentele rechten die het beoogt te beschermen.

5. Verslaving wordt ten onrechte uitgesloten als gezondheids-of billijkheidsreden

In functie van activering – bij voorkeur richting arbeidsmarkt – schrapt de maatregel de vrijstelling van het GPMI voor mensen met een drugverslaving.

De verwijzing naar de gezondheidsreden laat vandaag net toe dat begeleiding kan aangepast worden aan de concrete situatie van de persoon. Hierdoor kan het tempo van de persoon worden gerespecteerd en de afweging gemaakt worden om het hulpverleningstraject niet in voorwaarden te gieten omwille van een (crisis-) toestand van de hulpvrager. Het schrappen van de verwijzing naar billijkheid leidt tot een verstarring van de begeleiding en tot een miskenning van de praktijkervaring van de maatschappelijk werkers.

Het inroepen van de billijkheids- of gezondheidsreden is immers voor de maatschappelijk werker een bescherming van de vertrouwensband, die onmisbaar is voor een sterke begeleiding.

Het vormt een essentiële waarborg voor een menswaardige, proportionele en geïndividualiseerde toepassing van de regelgeving. Het laat toe rekening te houden met de feitelijke mogelijkheden van de betrokkene en voorkomt dat personen worden geconfronteerd met verplichtingen die zij door hun gezondheidstoestand of sociale situatie redelijkerwijze niet kunnen nakomen. Het behoud van deze beoordelingsruimte is noodzakelijk om onrechtvaardige sancties, verdere uitsluiting en een aantasting van fundamentele sociale rechten te vermijden.

Het wetsvoorstel creëert een opmerkelijke paradox: waar gezondheidsredenen een grond blijven om af te zien van een GPMI voor vrijwel alle andere aandoeningen, lijkt die mogelijkheid voor personen met een verslavingsproblematiek aanzienlijk te worden ingeperkt. Daardoor worden personen met een welbepaalde medische diagnose ongunstiger behandeld dan personen met andere gezondheidsproblemen. Een dergelijk onderscheid roept ernstige vragen op in het licht van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet en de antidiscriminatiewetgeving die de gezondheidstoestand als beschermd criterium erkent. Niet alleen dreigt hierdoor een discriminatoir onderscheid te ontstaan, ook rijst de vraag of het voorstel verenigbaar is met het standstill-beginsel, aangezien het de

bescherming van een bijzonder kwetsbare groep vermindert zonder dat de noodzakelijkheid en proportionaliteit daarvan overtuigend zijn aangetoond.

6. Het is problematisch om mensen voorwaarden op te leggen die een tekortschietend zorgsysteem zelf niet kan inlossen.

Door het tekort aan artsen, specialisten en gespecialiseerde centra op het gebied van drugs en verslavingen is deze hervorming onuitvoerbaar. De verplichting tot therapeutische begeleiding zal de druk alleen maar vergroten; erger nog: dit beleid zal de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg in gevaar brengen.

Mensen in armoede zijn de grootste slachtoffers van de schrijnende tekorten binnen de geestelijke gezondheidszorg. Dit zou het beleid ertoe moeten aanzetten om werk te maken van een realistische toegang tot betaalbare gezondheidzorg. In de plaats hiervan zien we blinde besparingen en moeten we bijvoorbeeld vaststellen dat outreachprojecten en safe spaces worden geschrapt.

Het is problematisch om behandeling als voorwaarde te stellen binnen een zorgsysteem dat structureel overbelast is en onvoldoende afgestemd is op mensen met complexe en langdurige verslavingsproblematieken. Wachtlijsten zijn eerder de norm dan de uitzondering. Daardoor kan een snelle en laagdrempelige toegang tot gepaste hulpverlening momenteel niet overal gegarandeerd worden. De meest kwetsbaren hebben aanklampende en outreachende zorg nodig, die door de huidige capaciteits- en financieringsproblemen onvoldoende kan gerealiseerd worden. Behandeling eisen terwijl die niet tijdig of passend beschikbaar is, schuift de verantwoordelijkheid door naar mensen die daar het minst vat op hebben. Een behandeling opleggen die niet aansluit bij de noden van de patiënt, draagt niet bij aan het herstel – integendeel.

7. Het leefloon mag niet misbruikt worden als 'incentive' of pseudo-oplossing voor de maatschappelijke uitdagingen rond drugs en verslaving.

Het werken met incentives in de verslavingszorg kan een krachtige en onderbouwde methode zijn. Binnen contingency management wordt bijvoorbeeld gebruikgemaakt van positieve bekrachtiging om gewenst gedrag te ondersteunen. Daarbij gaat het echter om extra stimulansen of beloningen voor wat goed loopt. In dit voorstel gaat het niet om een bonus of een bijkomende beloning, maar om het leefloon, het laatste vangnet van onze sociale bescherming. Het leefloon is net onvoldoende om menswaardig van te kunnen leven gezien het zich nog steeds onder de Europese armoededrempel bevindt.

De dreiging om het leefloon te verliezen creëert bijkomende stress, terwijl mensen met een verslaving vaak al onder hoge druk leven.

Zowel in de verslavingszorg als in bredere therapeutische contexten is aangetoond dat minimale stabiliteit op vlak van wonen, voeding en veiligheid noodzakelijk is om herstel mogelijk te maken. Het ontnemen van bestaansmiddelen maakt herstel voor de meeste mensen onhaalbaar. Het verlies van bestaansmiddelen leidt tot meer angst, meer armoede en in vele gevallen dakloosheid, wat een negatieve spiraal in gang zet.

Principes zoals "housing first" vertrekken precies vanuit die evidentie. Het is weinig realistisch om intensief therapeutisch engagement te verwachten van mensen van wie de basisbehoeften onvoldoende vervuld zijn.

De veronderstelling dat drugsproblemen kunnen worden opgelost door individuele gebruikers te sanctioneren, miskent de maatschappelijke context waarin problematisch middelengebruik vaak ontstaat. Internationale organisaties wijzen er al jaren op dat factoren zoals armoede, sociale uitsluiting, psychische problemen, instabiele huisvesting en beperkte toegang tot zorg belangrijke risicofactoren zijn voor zowel verslaving als de kwetsbaarheid voor criminaliteit. De focus verschuiven naar sancties voor individuele gebruikers dreigt deze onderliggende oorzaken uit het zicht te verliezen.

Zoals António Guterres, secretaris-generaal van de Verenigde Naties, stelt, vinden illegale economieën vruchtbare voedingsbodems in een context van groeiende ongelijkheid, armoede en sociale onzekerheid. Vanuit die vaststelling is het weinig coherent om enerzijds te erkennen dat maatschappelijke achterstelling een voedingsbodem vormt voor drugsproblematiek en anderzijds de verantwoordelijkheid bij individuele gebruikers te leggen door hun bestaanszekerheid afhankelijk te maken van sancties of verplichte trajecten.

Als drugsbeleid vertrekt van de idee dat sociale uitsluiting een deel van het probleem is, dan is het niet evident dat sociale rechten onder druk zetten deel van de oplossing zou zijn.

8. De OCMW-maatschappelijk werker én de zorgverlener staan voor een onmogelijke opdracht. De hulpvrager heeft geen garanties tegen willekeur en foutieve inschattingen.

In het voorstel staat: “Bij een vermoeden van verslaving aan een psychoactieve stof op basis van een reeks objectieve aanwijzingen die tijdens het sociaal onderzoek zijn verzameld, moet het centrum de aanvrager doorverwijzen naar een medisch onderzoek door een arts van zijn keuze of, bij gebrek daaraan, door een arts die door het centrum is aangesteld en betaald, teneinde een diagnose te stellen en, indien nodig, de behandeling vast te stellen die het best bij zijn situatie past.”

Deze maatregel laat veel onzekerheid bestaan over de definities, bevoegdheden, diagnose en beoordelingscriteria. De “doorverwijzing" naar het onderzoek, ingegeven door een niet nader gedefinieerd “reeks objectieve aanwijzingen”, is moeilijk aanvechtbaar.

Dit alles dreigt te leiden tot ongelijke behandeling en rechtsonzekerheid. Men kan zich dan ook afvragen op basis van welke criteria de maatschappelijk werker zijn ‘vermoeden’ van verslaving zal onderbouwen om te beslissen over het opstellen van een GPMI wegens verslaving. De maatschappelijk werkers van de OCMW’s beschikken noch over de medische expertise, noch over de vereiste bevoegdheid.

Ze lopen het risico een rol te moeten vervullen waarvoor ze niet zijn opgeleid en waarvoor geen objectief kader bestaat.

Ook de bevoegdheden en taken van de "*artsen" die worden ingeschakeld om de diagnose te stellen en het behandelplan* op te stellen, blijven onduidelijk. Gaat het om huisartsen of om verslavingsspecialisten? Hoe wordt het onderscheid gemaakt tussen een verslavingsstoornis, experimenteel of incidenteel gebruik, problematisch gebruik zonder verslaving en andere psychische of psychosociale stoornissen?

Bovendien rijzen ernstige vragen over de praktische toepassing van deze regeling. Een verslavingsproblematiek komt immers vaak niet alleen voor, maar gaat regelmatig gepaard met andere psychische aandoeningen, zoals depressie, angststoornissen, traumagerelateerde problematieken of ernstige psychiatrische aandoeningen. Ook een lichte verstandelijke beperking of andere cognitieve kwetsbaarheden kunnen een belangrijke rol spelen in het functioneren van de betrokkene. In die omstandigheden kan men zich afvragen in welke mate een arts op basis van één gesprek op een voldoende betrouwbare manier kan beoordelen dat uitsluitend sprake is van een verslaving en niet van onderliggende of bijkomende problematieken die een aangepaste diagnostiek en behandeling vereisen. Indien dergelijke bijkomende gezondheidsproblemen aanwezig zijn, kunnen zij bovendien net een grond vormen om een beroep te doen op de uitzonderingsmogelijkheid wegens gezondheids- of billijkheidsredenen en bijgevolg geen GPMI af te sluiten. Dit veronderstelt echter dat de arts niet alleen beschikt over voldoende expertise inzake verslavingszorg en geestelijke gezondheidszorg, maar ook vertrouwd is met de juridische criteria van de wetgeving inzake maatschappelijke integratie. Het is zeer de vraag of die kennis in de praktijk steeds aanwezig zal zijn. Het risico bestaat dan ook dat complexe gezondheids- en welzijnssituaties worden gereduceerd tot een loutere verslavingsproblematiek, met verstrekkende gevolgen voor de betrokken persoon.

Een andere onduidelijkheid betreft het begrip "psychoactieve stof": op welke stoffen wordt precies doorgedaan en valt alcohol expliciet onder deze definitie?

Men kan zich ook afvragen of een arts op basis van één enkel gesprek voldoende kan beoordelen welke behandeling het meest geschikt is. Een behandelingsaanbeveling hangt immers af van diverse factoren, zoals motivatie, aanpassingsvermogen, sociale situatie, persoonlijkheidskenmerken, eventuele bijkomende problemen, eerdere behandelingen en de beschikbaarheid van aangepaste zorg.

Ten slotte ontbreken de waarborgen voor een objectieve beoordeling. Hoe en door wie wordt bepaald of de hulpzoekende voldoende heeft meegewerkt aan het behandelplan?

9. Het OCMW wordt aanvrager van zorg in de plaats van de cliënt

Zorgverleners baseren de doeltreffendheid van hun zorg onder meer op het vertrouwen dat de patiënt in hen stelt, de aandacht voor de wensen en behoeften die de patiënt vrijelijk kenbaar maakt, het aanpassen van de tijdschema's, het herstel (beter kunnen leven ONDANKS de afhankelijkheid) en de sociale determinanten van gezondheid.

Volgens de toelichting beslist de arts alleen over de behandeling en beoordeelt het OCMW noch de inhoud, noch het resultaat ervan. Het OCMW controleert echter wel de aanwezigheid bij afspraken en kan sancties opleggen. Het risico op druk om voortijdig te stoppen met de behandeling wordt niet aangepakt.

Deze maatregel houdt een aanzienlijk risico in dat de zorgstrategie van de zorgverleners wordt ondermijnd door de inmenging van het OCMW. Door de druk die het OCMW uitoefent, wordt het OCMW de feitelijke aanvrager van de zorg.

De maatschappelijk werker wordt dan de controlerende derde partij en zal zowel de patiënt als de zorgverlener ter verantwoording roepen.

Deze externe druk kan ertoe leiden dat de patiënt een behandeling aangaat die niet afgestemd is op zijn noden. Zo kunnen trajecten vastlopen of niet aanslaan, met negatieve gevolgen voor de patiënt en zijn geloof in hulpverlening. De mislukking of terugval zouden kunnen worden beschouwd als een niet-naleving van het GPMI en ertoe leiden dat de patiënt het weinige verliest dat hij heeft om van te leven.

10. Juridisch en deontologisch drijfzand

Het dwingende karakter van het GPMI “verslaving” lijkt in verschillende opzichten de grenzen te overschrijden van de fundamentele beginselen van de patiëntenrechten, de medische deontologie en het beroepsgeheim. Dit brengt de vertrouwensrelatie tussen de patiënt en de zorgverlener ernstig in het gedrang en vormt een bedreiging voor de autonomie en de waardigheid van de persoon die hulp zoekt.

In België heeft elke patiënt de vrije keuze van zijn zorgverlener, het recht op vrije en geïnformeerde toestemming voor medische onderzoeken en behandelingen, alsook het recht op bescherming van de privacy en de vertrouwelijkheid van gezondheidsgegevens.

Wanneer iemand die een uitkering aanvraagt, zich aan een medisch onderzoek moet onderwerpen als voorwaarde voor de toekenning van een integratie-inkomen, rijst de vraag in hoeverre er nog sprake kan zijn van vrije en geïnformeerde toestemming. De betrokkene staat immers onder aanzienlijke druk, aangezien een weigering gevolgen kan hebben voor zijn of haar inkomenssteun.

In de tekst wordt verduidelijkt dat de gebruiker vrij is om een "arts naar keuze” te kiezen; het feit dat het OCMW echter “bij gebrek aan een andere keuze” een arts aanwijst of benoemt, roept vragen op over het recht van de patiënt om vrij zijn arts te kiezen. Er bestaat ook een risico dat mensen zich gedwongen voelen om vertrouwelijke informatie over hun gezondheid prijs te geven om hun sociale rechten te behouden.

Bovendien roept de voorgestelde rol van de arts belangrijke vragen op met betrekking tot het medisch beroepsgeheim. Als een arts op verzoek van het OCMW een diagnose moet stellen om een zorgtraject voor te schrijven of de naleving daarvan te beoordelen, vervaagt de grens tussen de medische en de sociale taak. In dergelijke omstandigheden kan er geen sprake zijn van een gedeeld beroepsgeheim, aangezien de uitwisseling van informatie niet plaatsvindt in het kader van een gemeenschappelijk zorgdoel, maar in het kader van een beoordeling die gevolgen kan hebben voor de sociale rechten.

Ook de concrete reikwijdte van het beroepsgeheim blijft onduidelijk. Heeft het OCMW het recht te weten of de betrokken persoon al dan niet op een

medische afspraak is verschenen? Mag het OCMW kennisnemen van de gestelde diagnose? Welke medische of gezondheid gerelateerde informatie mag een arts in dit kader verstrekken?

En, nog voordat er een arts bij betrokken raakt, zegt de tekst niets over de gegevensstromen, de bewaring of de toegang tot een "reeks aanwijzingen" – iets wat aan het lokale oordeel wordt overgelaten en dat ook het risico op discriminerende identificatie met zich meebrengt.

Namens het Platform Armoede en Drugsverslaving

Jasper Janssens,

Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs (VAD)

Jézabel Legat,

Fédération wallonne des institutions pour toxicomanes, services et réseaux d'aide et de soins spécialisés en assuétudes (Fédito wallonne)

Kevin Moens,

Fédération bruxelloise des institutions spécialisées en matière de drogues et addictions asbl (Féda BXL)

Inge Temmerman,

Vlaamse Vereniging van Behandelcentra Verslaafdenzorg (VVBV)

Caroline Van der Hoeven,

Belgisch netwerk armoedebestrijding (BAPN)