

BELEIDSARTIKEL 3: GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG, VERSLAVINGSZORG EN MAATSCHAPPELIJKE OPVANG

3.1 Algemene beleidsdoelstelling

Het bijdragen aan een gezondere en veiligere samenleving door het verminderen en voorkómen van psychosociale en psychiatrische problematiek onder de bevolking.

Om deze doelstelling te realiseren ontwikkelen wij beleid dat de voorwaarden schept voor een toegankelijk, samenhangend en kwalitatief goed aanbod van geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke zorg dat aansluit bij de vraag van individu en maatschappij. Ook coördineren wij het Nederlandse drugsbeleid dat erop gericht is problemen door het gebruik van drugs te verminderen en te voorkomen.

Relatie met de Zorgnota

De inzet van de begrotingsmiddelen op dit beleidsartikel is niet los te zien van inzet van de premiemiddelen die voor de geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang ter beschikking worden gesteld. De begrotings- en premiemiddelen vullen elkaar aan in budgettaire omvang. Ook inhoudelijk gezien vullen ze elkaar aan: de inzet van begrotingsmiddelen voor bijvoorbeeld kwaliteitsprojecten of preventieprojecten kan van invloed zijn op de premiegefinancierde zorgverlening. De toelichting in deze beleidsbegroting beperkt zich in principe tot een toelichting op de prestaties door de inzet van begrotingsmiddelen. Op onderdelen zal verwezen worden naar de Zorgnota 2003. Ter illustratie staan in onderstaande tabel de totale budgetten die onder bovengenoemde sectoren vallen. Ze worden in de Zorgnota nader toegelicht en onderbouwd.

Bedragen x € 1 mln.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Programma-uitgaven beleidsartikel 3	296,7	296,4	283,1	282,7	282,8	282,8
Sector Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang (totaal)*	3 485,9	3 601,9	3 647,3	3 709,0	3 750,2	3 780,7

* Dit zijn de totale uitgaven voor de sector volgens de Zorgnota 2003 (dus inclusief de begrotingsmiddelen).

Relatie met de Welzijnsnota

De middelen die worden ingezet om de doelstellingen van de Welzijnsnota te verwezenlijken zijn in de verschillende operationele doelstellingen van dit beleidsartikel verwerkt. Bij beleidsartikel 8 (Sociaal beleid) staat wat de verschillende beleidsartikelen bijdragen aan de programmalijnen van de Welzijnsnota.

Bijdrage Welzijnsnota aan operationele doelstellingen voor 2003

Programmalijnen (bedragen x € 1000)

	Participatie en toegankelijk- heid	Voorkomen van sociale uitslui- tingen	Lokaal sociaal beleid	Professionaliteit/ kwaliteit van voorzieningen	Onderzoek, monitoring en infovoorziening	Totaal
Operationele doelstellingen:						
- Landelijke instellingen mo en vo		1 998				1 998
- Inzicht maatschappelijke problematiek ict beleid					434	434
- Hulpverlening n.a.v. gebruik verslavende stoffen		440		8 689	4 563	13 692
Totaal		2 438		8 689	4 997	16 124

3.2 Operationele beleidsdoelstellingen

3.2.1 Het versterken van ambulante en residentiële hulp in de maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en verslavingszorg

Beleidseffecten

Wij verstrekken (op basis van de Welzijnswet 1994) specifieke uitkeringen aan centrumgemeenten voor maatschappelijke opvang (mo), vrouwenopvang (vo) en verslavingsbeleid. Binnen hun verzorgingsgebied ontwikkelen centrumgemeenten daarmee beleid dat gericht is op de realisering of instandhouding van het geheel van voorzieningen voor opvang en verslavingszorg dat is afgestemd op de regionale behoefte en op het beleid en de voorzieningen in aanpalende sectoren. De specifieke uitkering voor maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid is bedoeld voor activiteiten als het bieden van onderdak, begeleiding, informatie en advies aan personen die hun thuissituatie hebben (moeten) verlaten en niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving. Daarnaast wordt de ambulante verslavingshulpverlening en -preventie hieruit gefinancierd, inclusief activiteiten t.b.v. overlastbestrijding.

Op basis van het jaarbericht 2001 van de Monitor Maatschappelijke Opvang (MMO) blijkt dat in de (residentiële) opvangvoorzieningen in 2001, 55 000 cliënten zijn aangemeld (waarvan 52% aanmeldingen voor de maatschappelijke opvang en 48% voor de vrouwenopvang).

In 2000 maakten 53 428 personen gebruik van de ambulante verslavingszorg. Hiervan meldden zich 22 365 cliënten met alcoholverslaving, 26 605 met drugsverslaving, 3 526 in verband met gokverslaving en 932 personen voor overige problematiek.

In de periode 1998–2002 is het budget voor maatschappelijke opvang met 30,6% gestegen. In 2003 blijft het budget ongewijzigd. De centrumgemeenten hebben de budget-uitbreiding van de afgelopen jaren overwegend ingezet voor dak- en thuislozenopvang en crisisopvang¹. Zowel gemeenten als uitvoerende instellingen zien echter de noodzaak om een sterker accent te leggen op preventie en herstel.

¹ Besteding extra rijksmiddelen maatschappelijke opvang door centrumgemeenten 2000 en 2001, SGBO, mei 2002.

Beleidsartikelen

Aard van de verantwoordelijkheid

Wij zijn systeemverantwoordelijk voor een toereikende en zorgvuldige verdeling van de specifieke uitkeringen. Het Rijk creëert randvoorwaarden, vooral via de specifieke uitkering verslavingsbeleid/maatschappelijke opvang en de specifieke uitkering vrouwenopvang. Met deze specifieke uitkering kunnen centrumgemeenten een gevarieerd aanbod van opvangvoorzieningen leveren aan dak- en thuislozen en vrouwen die slachtoffer zijn van huiselijk geweld. De centrumgemeenten zijn resultaatverantwoordelijk voor het uitvoerend werk (Welzijnswet 1994, art. 4). Gemeenten moeten voldoen aan de verantwoordingsplicht. Wij hebben een voorwaardenscheppende rol bij het verwezenlijken van het instrumentarium om de maatschappelijke effecten te meten. Hiervoor bestaan de Nationale Drug Monitor en de Monitor Maatschappelijke Opvang. We werken aan de ontwikkeling van de Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid, waarbij het eerste jaarbericht eind 2002 gereed is.

Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling

Specifieke uitkeringen

- 43 gemeenten ontvangen een specifieke uitkering maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid.
- 35 gemeenten ontvangen een specifieke uitkering vrouwenopvang.

Wetgeving

Wij stellen de Registratieregeling maatschappelijke opvang en vrouwenopvang vast voor instellingen voor maatschappelijke opvang en vrouwenopvang die gesubsidieerd worden door de centrumgemeenten. Deze gegevens zijn relevant voor de Monitor Maatschappelijke Opvang (MMO).

Convenanten, bestuurlijke afspraken

- Daarnaast willen wij in 2003 een richtinggevend kader verder ontwikkelen voor een sluitende keten van zorg en opvang voor zwerfjongeren en dit vastleggen in een bestuurlijk akkoord. Door het Trimbos-instituut wordt een onderzoek gedaan naar de toereikendheid van het hulpaanbod voor zwerfjongeren. De resultaten van dit onderzoek verschijnen in het najaar van 2002.
- Daarnaast stimuleren we gemeenten hun regieverantwoordelijkheid te nemen om een hulpverleningsaanbod te creëren voor zorgwekkende zorgmijders. Hierbij wordt samengewerkt met hulpverleningsorganisaties, politie, GGD en andere partijen. Deze samenwerking wordt bovendien vastgelegd in een lokaal of regionaal OGGZ-convenant.

Aanvullende/Nadere activiteiten zijn opgenomen in de Zorgnota 2003.

Overleg

Op basis van de voorstellen uit het landelijke «Actieplan Onderdak» zullen we in samenspraak met andere ministeries (VROM, SZW, BZK) en de VNG, centrumgemeenten stimuleren om:

- preventie- en nazorgbeleid te ontwikkelen,
- de toestroom naar de maatschappelijk opvang te beperken en
- de doorstroom naar andere voorzieningen (AMW en woonbegeleiding) te bevorderen.

In 2003 zullen wij in overleg met de VNG en de Federatie Opvang bezien welke maatregelen gewenst zijn om vanuit centrumgemeenten de komende jaren meer te investeren in preventie en nazorg. Dit laatste is van belang om de druk op de opvangvoorzieningen te verminderen.

Onderzoek

- In mei 2003 wordt er een visitatie gehouden bij de gemeenten over de vraag hoe de extra middelen voor de opvang van zwerfjongeren (€ 3 mln.) in 2002 en 2003 ingezet zijn. Op basis van die visitatie wordt bezien of een aparte uitkering voor de opvang van zwerfjongeren gewenst is.
- Er komt een onderzoek naar de kostenstructuur in de maatschappelijke opvang en de vrouwenopvang.
- In de vrouwenopvang gaat het om de opvang van vrouwen en eventueel hun kinderen die vanwege (seksuele) mishandeling niet meer thuis kunnen verblijven. Om meer zicht te krijgen op de aanmeldingen en instroom van vrouwen in de vrouwenopvang is het Trimbos-instituut in 2002 een onderzoek gestart. Op basis van de uitkomsten van dit onderzoek zullen wij in 2003 een overleg Vrouwenopvang organiseren met de 35 centrumgemeenten, VNG en Federatie Opvang dat een plan van aanpak moet opleveren, waar terugdringing van de «draaideurproblematiek» deel van uitmaakt. Hiermee worden de beleidsvoornemens uitgevoerd die genoemd worden in de nota «Privé Geweld – Publieke Zaaak» die geldt voor de periode 2003–2006. De minister van Justitie heeft dit rapport in april 2002 mede namens VWS naar de Kamer gezonden (Kamerstukken II, 2001–2002, 28 1345, nr. 1).
- Op basis van de resultaten van een onderzoek van de Algemene Rekenkamer naar de opvang van zwerfjongeren constateren we dat negen centrumgemeenten een beleid voor zwerfjongeren hebben vastgelegd. Daarnaast zeiden 21 centrumgemeenten geld specifiek aan zwerfjongeren te besteden. Onze planning is om het aantal gemeenten dat beleid maakt te verdubbelen. Op basis van de resultaten van het rapport van de Algemene Rekenkamer naar de opvang van zwerfjongeren wordt geconstateerd dat er in pensions slechts 254 plaatsen zijn voor zwerfjongeren, terwijl er op jaarbasis 2600–4600 zwerfjongeren zijn. Onze planning is om deze plaatsen de komende vier jaar met meer dan de helft te laten toenemen. Deze toename wordt gefinancierd uit de bij nota van wijziging (TK 2000–2002, 28 000 XV, nr. 40) beschikbaar gestelde € 3 miljoen voor de opvang van zwerfjongeren. Om de uitbreiding te ondersteunen werken we in 2003 een bestuurlijk akkoord met de betrokken partijen uit. Daarbij zal ook worden afgesproken hoe de praktische implementatie gerealiseerd zal worden.

Tabel 1: Prestatiegegevens

Output	2001 Realisatie	2002 Raming	2003 Raming	2004 Raming	2005 Raming
Aantal gemeenten met beleid zwerfjongeren	9	11	15	18	20
Aantal opvangplaatsen voor zwerfjongeren	254	290	350	375	391
Aantal vrouwen dat jaarlijks terugkeert in de vrouwenopvang	60%	60%	58%	56%	54%

Bron: Rapport Algemene Rekenkamer opvang zwerfjongeren; Jaarbericht 2001 Trimbos-instituut (Monitor Maatschappelijke Opvang).

3.2.2 Het versterken van het aanbod van voorzieningen voor vrouwenhulpverlening, begeleiding en opvang van zwangere vrouwen en moeders, integratie, slachtofferhulp en categoriale maatschappelijke hulpverlening

Beleidseffecten

Verscheidene landelijk werkende instellingen bieden maatschappelijke opvang en vrouwenopvang. Hun doelgroepen kampen met ernstige, vaak seksespecifieke problemen, dak- en thuisloosheid, seksuele mishandeling of ongewenste zwangerschap. Wij ondersteunen en verbeteren de werkzaamheden van deze instellingen om te komen tot een toereikend en effectief hulpaanbod.

Aard van de verantwoordelijkheid

Wij zijn systeemverantwoordelijken en dragen zorg voor een landelijke infrastructuur door een zorgvuldige subsidietoekenning voor dit stelsel van voorzieningen.

Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling

Subsidies

Als instrument worden voornamelijk subsidies ingezet. De volgende instanties ontvangen jaarlijks subsidie op basis van een productbegroting: instanties gericht op hulpverlening bij prostitutie (Mr. A. de Graafstichting, Stichting de Rode Draad), thuislozen (Federatie Opvang), verkeersslachtoffers (slachtofferhulp verkeersslachtoffers), slachtoffers vrouwenhandel (Stichting tegen vrouwenhandel), en instanties op het gebied van kwaliteitsverbetering en begeleiding en opvang van zwangere vrouwen en moeders (VBOK, FIOM). De FIOM en de VBOK ontvangen samen jaarlijks ruim € 5 mln. aan subsidie. Deze subsidies dragen ook bij aan programmalijn 2 uit de Welzijnsnota: voorkomen van sociale uitsluitingen.

3.2.3 Het verkrijgen van een betrouwbaar landelijk overzicht van de maatschappelijke en geestelijke gezondheidsproblematiek in relatie tot het gevoerde gemeentelijke beleid en de geboden hulp

Beleidseffecten

Betrouwbare kennis en informatie onderbouwen rationele beslissingen van overheidsdiensten en uitvoerende instellingen en maken beleidsverantwoordelijkheid beter mogelijk. De Monitor Maatschappelijke Opvang (MMO) verzamelt landelijke en systematische gegevens over vraag, aanbod en beleid in de maatschappelijke opvang en de vrouwenopvang. Naast en in samenwerking met de andere monitoren ontstaat een betrouwbaar totaalbeeld van de geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke zorg. Wij zien de MMO als één van de speerpunten van beleidsverantwoordelijkheid die binnen enkele jaren moeten zijn geconsolideerd. De resultaten van de MMO worden gepresenteerd in een jaarlijkse rapportage van kerngegevens van de maatschappelijke opvang en in een beknopte evaluatie. Daarnaast vinden themarapportages plaats en een rapportage over gemeentelijk beleid. In 2005 wordt de totale monitor geëvalueerd en zal de beleidsinformatie op deze terreinen aanzienlijk zijn verbeterd.

Er bestaat een gebrek aan beleidsrelevante epidemiologische gegevens, over het optreden en het beloop van psychische stoornissen, zorgbehoefte en zorggebruik. Om hierin te voorzien, laten wij in 2002–2003 secundaire analyses uitvoeren van data van de eerste Netherlands Mental

Beleidsartikelen

health Survey and Incidence Study (Nemesis I, 1996 e.v.) en wordt een follow-up voorbereid van dit longitudinale bevolkingsonderzoek in 2006 (Nemesis II).

Aard van de verantwoordelijkheid

Bovengenoemde activiteiten vloeien voort uit een onderdeel van de landelijke functie zoals omschreven in artikel 1 van de Welzijnswet 1994, namelijk het volgen, signaleren en analyseren van ontwikkelingen in de samenleving. Wij zijn resultaatverantwoordelijk betreffende dat dit volgen, signaleren en analyseren op een adequate wijze gebeurt.

Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling

Subsidies

Wij financieren de ontwikkeling van de Monitor Maatschappelijke Opvang (MMO) en toeleverende gegevensbronnen door middel van subsidies. Hiermee dragen wij ook bij aan de uitvoering van programmalijn 5 van de Welzijnsnota: onderzoek, monitoring en informatievoorziening.

3.2.4 Financiële compensatie van zorgverleners die medisch noodzakelijke zorg bieden aan illegale vreemdelingen

Beleidseffecten

De Koppelingswet sluit voor vreemdelingen zonder wettelijke verblijfstitel de toegang af tot de sociale ziektekostenverzekeringen (ZFW, AWBZ en WTZ). Deze vreemdelingen behoren altijd medisch noodzakelijke zorg te krijgen als een arts de noodzaak daartoe vaststelt. Omdat een particuliere ziektekostenverzekering doorgaans ontbreekt of onvoldoende dekking biedt en deze vreemdelingen vaak niet over voldoende financiële middelen beschikken, loopt de zorgverlener het risico dat een behandeling niet vergoed zal worden.

Om financieel nadeel voor zorgverleners zo nodig te compenseren, kan een beroep worden gedaan op de Regeling Koppeling. Deze regeling wordt instandgehouden door de Stichting Koppeling en is uitsluitend toegankelijk voor zorgverleners en -instellingen in de eerstelijns-gezondheidszorg en AWBZ-gefinancierde zorg. Uitgangspunt blijft dat de patiënt zelf de behandelkosten moet vergoeden. Pas wanneer pogingen tot het verkrijgen van betaling niets hebben opgeleverd, kan een beroep worden gedaan op de Regeling Koppeling. Zorgverleners kunnen niet rechtstreeks om financiële compensatie verzoeken bij de Stichting Koppeling. Een verzoek moet ondersteund worden door een regionaal overlegplatform.

De uitvoering van de Regeling Koppeling is geëvalueerd in het kader van de evaluatie van de Koppelingswet. Binnen de Regeling Koppeling is eigenlijk sprake van twee aparte regelingen: één voor de financiering van zorg geleverd door eerstelijnszorgverleners (huisartsen, verloskundigen, apothekers), en één voor zorg geleverd door AWBZ-gefinancierde instellingen. Ziekenhuizen en ambulancediensten kunnen geen beroep doen op de Regeling Koppeling. Zij maken in het kader van de beleidsregel dubieuze debiteuren afspraken met zorgverzekeraars over oninbare kosten voor medisch noodzakelijke zorg aan vreemdelingen zonder wettelijke verblijfstitel.

Uit de evaluatie blijkt dat de Regeling Koppeling in hoge mate voldoet aan haar doelstelling medisch noodzakelijke zorg aan illegalen te financieren.

Beleidsartikelen

Aard van de verantwoordelijkheid

Wij zijn verantwoordelijk voor het kenbaar maken van het bestaan van de regeling onder zorgaanbieders, en voor de garantie van een zorgvuldige procedure bij het toekennen van de gelden aan en door de Stichting Koppeling.

Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling

Subsidies

Wij stellen financiële middelen beschikbaar aan de Stichting Koppeling in de vorm van een jaarlijkse subsidie.

Wetgeving

Koppelingswet.

Tabel 2: Prestatiegegevens							
	2001 realisatie	2002 raming	2003 raming	2004 raming	2005 raming	2006 raming	2007 raming
Samenwerkingsverbanden tussen zorgverleners	21	29	34	40	40	40	40

Bron: Werkplan 2002 Stichting Koppeling

Het streven is in totaal veertig regionale samenwerkingsverbanden te realiseren. Er zijn er nu 21; acht samenwerkingverbanden zijn in oprichting en vijf in voorbereiding.

De Regeling Koppeling zal de komende drie jaar worden uitgebouwd tot volledige landelijke dekking is gerealiseerd.

3.2.5 Het scheppen van de voorwaarden voor een toegankelijk, samenhangend en kwalitatief goed aanbod van geestelijke gezondheidszorg

Beleidseffecten en de aard van verantwoordelijkheid

Wij zijn verantwoordelijk voor het scheppen van randvoorwaarden die ertoe bijdragen dat cliënten zorg ontvangen die ze nodig hebben, geboden in een kwalitatief hoogstaande zorgketen zonder lange wachtlijsten en wachttijden. Voor een verdere toelichting verwijzen we naar de Zorgnota 2003. Hieronder volstaan we met een beschrijving van de begrotingsgefinancierde instrumenten.

Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling

Subsidies

- De indicatiestelling voor langdurig zorgafhankelijken wordt per 1 januari 2003 uitgevoerd door Regionaal Indicatieorganen (RIO). Er is met subsidie geïnvesteerd in onafhankelijke en kwalitatief goede indicatiemethoden en deskundigheid.
- Subsidiëring DBC-traject in de GGZ. Met deze subsidie wordt de ontwikkeling van DBC's in de GGZ mogelijk gemaakt. Het traject «DBC's in de GGZ» valt onder het reeds bestaande DBC2003 traject van de somatische curatieve zorg.
- Subsidiëring kenniscentrum psychosociale hulpverlening bij rampen.
- In 2003 zal het Plan van Aanpak Interculturalisatie van de Gezondheids-

Beleidsartikelen

zorg verder uitgewerkt worden. Waar mogelijk wordt aangesloten bij bestaande initiatieven. Als onderdeel van het plan van aanpak zal het Centraal en Onafhankelijk Steunpunt opgericht worden. Wat betreft onderzoek, ontwikkeling en monitoring blijft de gemengde werkgroep van ZONMw werkzaam.

- De financiering voortzetten van het kenniscentrum Arbeid en Psyche, van het ZONMw-project «Betere zorg, tevreden patiënt», van het GGZN-project «Arbeid als speerpunt in de GGZ», van de doel-financiering TNO en van het preventieprogramma bij ZONMw.

Convenant, bestuurlijke afspraken

- Wij zullen de implementatie en naleving van de afspraken die zijn gemaakt door de commissie Psychische Arbeidsongeschiktheid monitoren en faciliteren door: ondersteuning van voorlichtings-activiteiten aan werkenden door bedrijfsartsen en huisartsen, deskundigheidsbevordering van de eerste- en tweedelijns geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en van huisarts en bedrijfsarts, het verbeteren van de beschikbaarheid en bereikbaarheid van hulpverlening eerste- en tweedelijns-GGZ, afstemming en verwijzing binnen de gezondheidszorg en versterking van de professionele positie van de bedrijfs-arts.

Overleg

Het rapport «Zorg van velen» van de Commissie Geestelijke Volksgezondheid is begin 2002 uitgebracht en wordt benut voor een discussie met alle betrokken partijen over de toekomstige structuur van de geestelijke gezondheidszorg en de bevordering van de geestelijke volksgezondheid. Dit zal leiden tot een standpuntbepaling in april 2003.

Onderzoek

- Door de sector zelf, door ZONMw en door de Stichting Maatschappij en Onderneming wordt in een aantal pilots de leidraad van de commissie-Donner betreffende psychische arbeidsongeschiktheid getest. De resultaten zijn medio 2003 beschikbaar.
- In opdracht van ZONMw evalueert de Maastricht Health Economics Research and Consultancy Agency (MHERCA) het kenniscentrum Arbeid en Psyche en de drie andere kenniscentra rond arbeidsgerelateerde klachten. Eind 2002 zijn de resultaten daarvan beschikbaar.
- ZonMw evalueert het project «Betere zorg, tevreden patiënt» (Medwerk). De eerste tussenrapportage vindt plaats in het najaar 2002, de eindrapportage wordt begin 2004 verwacht.
- TNO-Arbeid evalueert het GGZN-project «Arbeid als speerpunt in de GGZ». Eind 2003 zijn de uitkomsten beschikbaar.
- Het GGZ-aanbod wordt gemonitord door middel van incidentele peilingen en door gebruik te maken van een landelijke databank waarin (wachlijst)gegevens worden verzameld van de zorginstellingen, de vrijgevestigde psychotherapeuten en de vrijgevestigde psychiaters. De instellingen verzamelen die gegevens in hun eigen informatiesysteem, ZORG-IS. Verder zijn er vijf regionale patiëntenregistratiesystemen die de patiëntenstromen volgen door de verschillende zorgvormen heen. Tot slot wordt gebruikgemaakt van de Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid.

3.2.6 Het verminderen en voorkomen van problemen door het gebruik van alcohol, drugs en geneesmiddelen, en door deelname aan kansspelen. Consolidatie van hoogwaardige informatievoorziening voor nationale en internationale doeleinden

Beleidseffecten

Doelstelling van het Nederlandse drugsbeleid is om de risico's van het drugsgebruik voor het individu, zijn directe omgeving en de samenleving te voorkomen of te beperken. De vraag naar drugs en de risico's van drugsgebruik voor het individu en zijn directe omgeving worden verminderd door professioneel zorg- en preventiebeleid. In dit verband is het relevant dat het aantal sterfgevallen als gevolg van drugsgebruik de afgelopen jaren stabiel is gebleven. Wij streven ernaar die stabiele trend te handhaven.

Door het gebruik van psychoactieve middelen zoals alcohol en (il)legale drugs kunnen ernstige afhankelijkheids- of verslavingsproblemen ontstaan. Ook het gebruik van geneesmiddelen en het deelnemen aan kansspelen kan tot afhankelijkheid leiden. Wij bevorderen de preventie van deze problematiek. Daarnaast richt ons beleid zich op het instandhouden en verbeteren van het aanbod van voorzieningen in de verslavingszorg. Belangrijk bij deze doelstelling is het stimuleren van de maatschappelijke participatie van kwetsbare groepen, zoals minderheden. Omdat betrouwbare kennis en informatie rationele beslissingen onderbouwen, richt het beleid zich tevens op de uitbreiding van wetenschappelijk onderzoek en gegevensverzameling (met name monitoring, analyse en informatievoorziening). Bovendien willen we de Nederlandse positie in het internationale drugsbeleid versterken door investeringen in het informatie- en communicatiebeleid van internationale organisaties.

Internationaal vergeleken, loopt Nederland niet uit de pas in het cannabisgebruik. Na een jarenlange toename is het gebruik van cannabis onder jongeren zelfs gestabiliseerd. De stijging van het aantal cannabisgebruikers dat hulp zoekt vlakt af. Wij streven naar een bestendiging van deze ontwikkelingen door te investeren in preventie, onderzoek en monitoring, en in een verbetering van het hulpaanbod in de verslavingszorg (Resultaten Scoren). In lijn met de wens van de Kamer handhaven we de huidige capaciteit voor de behandeling met heroïne. We zullen de nodige maatregelen treffen, in overleg met de gemeenten, de inspectie voor de Gezondheidszorg en de betrokken onderzoekers.

Het aantal opiaatverslaafden blijft stabiel, evenals het aantal opiaatcliënten in de ambulante verslavingszorg. Het injecteren van opiaten neemt af evenals het aantal aidsmeldingen onder HIV-geïnfecteerde gebruikers. Overdosering komt vrij weinig voor. Wij willen deze positieve trends doorzetten, onder meer door te investeren in de intramurale verslavingszorg, preventie en onderzoek. Aandacht voor seksueel risicogedrag blijft nodig.

Tabel 3: Schatting recente gebruikers	
Soort drug	Geschat aantal recente gebruikers
Cannabis	323 000
Cocaïne	26 500
Opiaten	Geen schatting i.v.m. zeer geringe aantallen
XTC	40 000
Amfetaminen	13 000

Bron: Nationale Drugmonitor (NDM) 2001.

Aard van de verantwoordelijkheid

Patronen van en trends in druggebruik zijn van een groot aantal factoren afhankelijk, zoals sociaal-economische factoren, ontwikkelingen in de jongerencultuur, demografische en religieuze ontwikkelingen en wellicht het gevoerde beleid. Het is niet mogelijk om het effect van elk van deze factoren te bepalen op gebruikspatronen en trends. Internationale vergelijkingen laten zien dat zich in landen met verschillende vormen van drugsbeleid identieke gebruikspatronen en trends kunnen aftekenen, en dat patronen en trends kunnen divergeren in landen met een min of meer vergelijkbaar beleid. Kortom, het is niet mogelijk een causaal verband te leggen tussen beleid en patronen en trends, met name in de incidentie en prevalentie.

Wij zijn systeemverantwoordelijk voor de verslavingszorg door de voorwaarden voor een goed aanbod te creëren. De daadwerkelijke uitvoering van verslavingszorg ligt in handen van instellingen en gemeenten.

Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling

Subsidies

- Activiteiten gericht op voorlichting over en preventie van problematisch middelengebruik (zoals voor XTC in het kader van de nota «Samenspannen tegen XTC»).
- Instanties gericht op hulpverlening en maatschappelijke integratie (t.b.v. overlastbestrijding) van problematische gebruikers van psychoactieve middelen.
- Het landelijk kennisinstituut en projectsubsiëring van onder meer vakinstellingen op dit gebied.
- Detoxificatie met naltrexon: in 2003 vindt nog follow-up plaats van de cliënten die in 2001 hebben deelgenomen aan het experiment, waarbij zij al of niet onder narcose een detoxificatiebehandeling met behulp van naltrexon hebben ondergaan, gevolgd door een ambulante behandeling gedurende tien maanden. Eind 2003 vindt de eindrapportage van het experiment plaats.
- In 1998 startte het Programma Verslaving van ZONMw voor een periode van drie jaar. In 2000 werd het met eenzelfde periode verlengd. In de tweede periode is het vooral de bedoeling de in gang gezette beweging in onderzoek, ontwikkeling en evaluatie verder te stimuleren, en met name aandacht te besteden aan de implementatie van bruikbare resultaten. Met implementatieprojecten kan de invoering van «evidence based» vernieuwing in de dagelijkse praktijk op grotere schaal worden gestimuleerd en geëvalueerd. De drie centrale thema's zijn: 1) individuele gevoeligheid voor verslavende stoffen; 2) terugval in verslavingsgedrag, hunkering (craving), en 3) de verbetering en

innovatie van preventie, zorg en monitoring. De projecten die binnen de thema's worden uitgevoerd, richten zich in principe op alle potentieel verslavende stoffen. In de praktijk gaat het in de meeste projecten om drugsgebruik, en in mindere mate om het gebruik van alcohol of tabak. Eind 2001 waren er in totaal vijftig projecten gestart. Ongeveer de helft daarvan is inmiddels ook afgerond.

- Het programma Resultaten Scoren wordt voortgezet. Wij subsidiëren dit programma met € 0,7 mln. per jaar. GGZ Nederland is, in overleg met VWS, verantwoordelijk voor de uitvoering. Resultaten Scoren heeft als doelstelling de kwaliteit en de innovatie van de verslavingszorg en -preventie te versterken. Daartoe werkt de sector samen in drie ontwikkelcentra. Het meerjarig programma wordt na 2003 waarschijnlijk met een jaar verlengd. In 2003 worden protocollen voor detoxificatie, zelfhulp en dubbele diagnose ontwikkeld, getoetst en overgedragen aan het veld. In 2003 worden ook cliëntprofielen geschreven voor de sociale verslavingszorg en wordt de pilot Elektronisch preventiedossier afgerond. Daarnaast worden de regionale leernetwerken die dit jaar zijn opgericht verder uitgebouwd.
- Ondersteuning van bijzondere ondersteuningsorganisaties en belangenvertegenwoordigers in de verslavingszorg. Tjandú werkt aan de vermindering van verslavingsproblematiek zoals die zich manifesteert binnen de Molukse gemeenschap. Mainline informeert harddrugsgebruikers over de negatieve bijwerkingen van drugsgebruik met voorlichtingsactiviteiten en publicaties. Subsidie van het platform multiculturele verslavingszorg en Arrazi draagt bij aan de uitvoering van programmalijn 2 van de Welzijnsnota: voorkomen van sociale uitsluitingen.
- Projecten ter bevordering van internationale samenwerking. Wij faciliteren het Nederlands Focal Point, dat voor Nederland gegevens levert aan het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) voor onder andere de vijf door het EMCDDA vastgestelde kernindicatoren. Deelname aan de Pompidougroep (permanente werkgroep) van de Raad van Europa.
- Activiteiten voor het Actieplan Alcoholzorg zijn opgenomen in de Zorgnota. Het streven is het aantal probleemdrinkers in 2004 terug te brengen tot 980 000 (in 2001 bedroeg het aantal probleemdrinkers 1 100 000). Sinds enige tijd kunnen bepaalde probleemdrinkers die in aanraking gekomen zijn met justitie behandeld worden in een forensische verslavingskliniek. Uit een effect- en procesevaluatie waarvan de resultaten in 2003 beschikbaar zijn, zal blijken of deze interventie voldoet.
- Op verschillende locaties wordt geëxperimenteerd met organisatorische aanpassingen in de (eerstelijns) GGZ die een doelmatiger gebruik en voorschrijven van psychofarmaca beogen. In juni 2003 komen de resultaten van deze «proeftuinen» beschikbaar.

Onderzoek

- De Nationale Drug Monitor en het (mee)financieren van permanente, periodieke en incidentele gegevensstromen op het gebied van drugs, alcohol, andere riskante genotmiddelen, verslaving en hulpverlening. Hiermee dragen wij ook bij aan de uitvoering van programmalijn 5 van de Welzijnsnota: onderzoek, monitoring en informatievoorziening.
- In 1999 is de Nationale Drug Monitor (NDM) van start gegaan met als doel monitoring van de drugs- en alcoholproblematiek. De NDM is ondergebracht bij het Trimbos-instituut. Inmiddels heeft de NDM vier Jaarberichten samengesteld, waarvan het meest recente, het Jaarbericht 2002, als bijlage bij de voortgangsrapportage «Drugsbeleid

2001–2002» aan de Tweede Kamer wordt aangeboden. Separaat verschijnen regelmatig achtergrondstudies, waarbij specifieke aspecten van de drugsproblematiek nader worden uitgewerkt. In 2002 verschijnt de achtergrondstudie «Cannabis: feiten en cijfers», opgesteld door het bureau NDM. Andere producten van het NDM-bureau zijn de wetenschappelijke signaleringen over zorg- en preventiethema's en de coördinatie van diverse werkgroepen van experts rond verslaving.

- Voor onderzoek en epidemiologie zijn in de Pompidougroep vele activiteiten in gang gezet om in Europees verband vergelijkbare gegevens te verkrijgen. Voorbeelden hiervan zijn het multi-city project en school surveys (ESPAD). De komende jaren zal ook meer aandacht worden besteed aan het vertalen van de beschikbare gegevens naar het ontwikkelen van drugsbeleid. Ook in internationaal verband wordt meer gestreefd naar «evidence-based policy». Om dit te ondersteunen is voor drie jaar financiering beschikbaar gesteld voor een (Nederlandse) secretaris van de werkgroep Onderzoek en epidemiologie. Thans worden er door het Ierse voorzitterschap voorbereidingen getroffen voor de ministeriële conferentie die in 2003 zal worden gehouden.

Voorlichting

- Voorlichting en communicatie over drugs- en verslavings-aangelegenheden vanuit Nederlands perspectief voor internationale doeleinden. Hierbij kan onder andere gedacht worden aan de follow-up van de internationale cannabisconferenties.

3.2.7 Het uitbreiden en verbeteren van het aanbod van algemeen maatschappelijk werk

Beleidseffecten

Het algemeen maatschappelijk werk (AMW) is een eerstelijnsvoorziening voor mensen die psychosociale hulp behoeven. Als een soort «huisarts» bij materiële (huisvesting, arbeid/inkomen, schulden) en immateriële (eenzaamheid, lage assertiviteit) problematiek biedt het onder meer informatie en advies, begeleiding en behandeling, ondersteuning en dienstverlening. Het AMW kent tevens meer specifieke publieksgerichte voorzieningen voor onder ander scholen, gezondheidscentra, buurten, ziekenhuizen en jeugdzorg.

Aard van verantwoordelijkheden

Wij zijn systeemverantwoordelijk, dat wil zeggen dat onze verantwoordelijkheid bestaat uit een adequate rapportage en een zorgvuldige uitvoering van de tijdelijke stimuleringsregeling AMW. De gemeente is zelf verantwoordelijk voor de voorziening algemeen maatschappelijk werk. In het kader van de versterking van de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg is, om de gezamenlijke verantwoordelijkheid van Rijk en gemeenten in de eerstelijns GGZ tot uitdrukking te brengen, echter een tijdelijke stimuleringsregeling AMW (2000–2003) ontworpen, die als doel heeft de capaciteitstekorten in het AMW weg te werken.

Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling

Specifieke uitkeringen

- Wij stellen gemeenten in staat het AMW te stimuleren zodat meer mensen gebruikmaken van het laagdrempelige, kortdurende en brede hulpverleningsaanbod. Daarvoor breiden wij de capaciteit van het

AMW uit tot de door ons gewenste kwaliteitsnorm van 1 fte uitvoerend maatschappelijk werker per 6000 inwoners. Deze inhaalslag komt neer op een realisatie van 369 fte eind 2003. Een capaciteitsuitbreiding eind 2003 van 22% ten opzichte van 1998.

Tabel 4: Prestatiegegevens			
	2001 Realisatie	2002 Raming	2003 Raming
Capaciteit AMW	54%	80%	100% (369 fte's)

¹ De Tijdelijke Stimuleringsregeling Algemeen Maatschappelijk Werk loopt van 2000–2003.

SGBO en het NIVEL hebben vorig jaar een evaluatie uitgevoerd onder gemeenten en instellingen voor AMW. Uit deze tussentijdse evaluatie blijkt onder meer dat 25% van de gemeenten verwacht de capaciteitsnorm van 1:6000 te halen. Medio 2001 was 54% van de totale capaciteit die met de stimuleringsgelden gerealiseerd zou moeten worden, al gerealiseerd. De hiervoor benodigde middelen zijn beschikbaar gesteld bij motie-Melkert (APB, 1999). Tijdens en na afloop van deze stimuleringsperiode wordt de ontwikkeling gevolgd en geëvalueerd in samenwerking met de Vereniging voor Nederlandse Gemeenten (VNG).

Onderzoek

- De resultaten van het evaluatieonderzoek over de maatschappelijke effecten komen in 2003 beschikbaar.
- Er zullen drie regionale experimenten starten om de toegankelijkheid tot de eerstelijnspsycholoog te vergroten. Vervolgens wordt bekeken in hoeverre dit leidt tot een beter inzicht in de latente vraag, tot terugdringing van de toestroom naar de tweede lijn en naar de budgettaire gevolgen die dit met zich meebrengt. 3.2.8 Het versterken van landelijke instellingen voor maatschappelijke opvang en vrouwenopvang is een operationele doelstelling.

Beleidseffecten

De eerstelijnszorg is een basisvoorziening die onder meer hulp, zorg en voorlichting biedt aan bijzondere doelgroepen. Wij willen een versterking en verbetering van dit aanbod bereiken en daarom stellen we landelijke instellingen in staat hun cliënten hulp, ondersteuning en instrumenten voor zelfontplooiing te bieden.

Aard van de verantwoordelijkheid

Onze verantwoordelijkheid ligt in een zorgvuldige toekenning van subsidies en adequate rapportages, een goede communicatiestructuur en voldoende capaciteit voor de landelijke voorzieningen voor maatschappelijke opvang.

Instrumenten voor de verwezenlijking van deze doelstelling

Subsidies

- Instanties gericht op vrouwenhulpverlening en geboorteregeling (zoals zwangerschapsbegeleiding, vrouwenopvang, vrouwenzelfhulp, seksespecifieke zorg en dienstverlening, hulp bij seksuele problemen, hulpverlening bij prostitutie, seksueel en relationeel geweld, begelei-

Beleidsartikelen

ding slachtoffers vrouwenhandel en vrouwenbesnijdenis). TransAct, de Federatie Vrouwenzelfhulpen en de Rutgers NISSO Groep ontvangen tezamen jaarlijks ongeveer € 4,2 mln.

- Instanties gericht op maatschappelijke opvang (zoals de koepelorganisatie van de maatschappelijke opvang (Federatie Opvang) en het Gestructureerd Overleg Maatschappelijke Opvang (GOMO).
- Diverse instellingen en projecten gericht op bijzondere problematiek (zoals stichting Korrelatie, Joods Maatschappelijk Werk, gereformeerde maatschappelijke dienstverlening, Moluks Diakonaal Maatschappelijk Werk, Federatie SOS telefonische hulpdiensten) en op participatie van betrokken partijen in het beleid (thuislozen, prostituees, slachtoffers vrouwenhandel en vrouwenbesnijdenis, slachtofferhulp en Indische Nederlanders). Met de hulpverlening door de organisaties die werkzaam zijn in de dienstverlening voor bijzondere doelgroepen is jaarlijks een bedrag van ongeveer € 3 mln. gemoeid.

3.3 Budgettaire gevolgen van beleid

Bedragen x € 1000

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Verplichtingen	348 927	306 379	278 535	283 318	285 262	285 205	285 629
Uitgaven (totaal)	265 315	299 954	299 270	286 049	285 485	285 643	285 629
Programmauitgaven (totaal)	262 222	296 662	296 357	283 136	282 651	282 809	282 795
Doeluitkeringen mo, vo en vz		221 171	220 667	220 664	220 665	220 664	220 664
Waarvan specifieke uitkeringen		221 171	220 667	220 664	220 665	220 664	220 664
Landelijke instellingen mo en vo		7 601	7 389	7 480	7 478	7 479	7 479
Inzicht maatschappelijke problematiek irt beleid		434	434	434	434	434	434
Toegankelijkheid gezondheidszorg voor illegalen		3 387	3 630	3 630	3 630	3 630	3 630
Bevorderen geestelijke gezondheidszorg		22 356	22 936	26 380	25 924	25 885	25 871
Hulpverlening nav gebruik verslavende stoffen		20 634	20 683	16 337	16 318	16 515	16 515
Waarvan specifieke uitkeringen		4 823	4 823	0	0	0	0
Vergroten aanbod Algemeen maatschappelijk werk		12 256	12 257	0	0	0	0
Waarvan specifieke uitkeringen		12 256	12 257	0	0	0	0
Landelijke instanties doelgroepen		8 823	8 361	8 211	8 202	8 202	8 202
Apparaatsuitgaven	3 093	3 292	2 913	2 913	2 834	2 834	2 834
Ontvangsten	6 228	2 020	1 588	1 588	1 588	1 588	1 588

3.4 Budgetflexibiliteit

Bedragen x € 1 000

	2003		2004		2005		2006		2007	
Totaal geraamde kasuitgaven	299 270		286 049		285 485		285 643		285 629	
– <i>apparatuuruitgaven</i>	2 913		2 913		2 834		2 834		2 834	
Dus programma-uitgaven	296 357		283 136		282 651		282 809		282 795	
Waarvan <i>juridisch verplicht</i>	100%	296 357	7%	19 820	6%	16 959	6%	16 969	6%	16 968
Waarvan <i>complementair noodzakelijk en/of bestuurlijk gebonden</i>			89%	251 991	89%	251 559	89%	251 700	89%	251 688
Waarvan <i>Beleidsmatige reserveringen</i>			0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
Waarvan <i>Overig budget</i>			4%	11 325	5%	14 133	5%	14 140	5%	14 139
Totaal	100%	296 357	100%	283 136	100%	282 651	100%	282 809	100%	282 795

Aan de beleidsmatige reserveringen is nog geen verplichting of noodzakelijke status gegeven. Dat wil uiteraard niet zeggen dat voor deze gelden geen beleidsvoornemens bestaan. Die beleidsvoornemens zijn in de begroting en zorgnota verwoord. Daarnaast omvat de post overig budget reserveringen voor actuele ontwikkelingen en onderzoek.

3.5 Groeiparagraaf VBTB

De verantwoording over de te bereiken resultaten in de geestelijke gezondheidszorg, de maatschappelijke zorg en de verslavingzorg staat of valt met de beschikbare informatie. In 2003 investeren wij daarom in de ondersteunende functie van ICT voor de kwaliteit van de zorg, voor een passende en doelmatige bekostiging en voor verantwoordingsmogelijkheden van het beleid. We willen bereiken dat problemen rond gangbare informatiesystemen in de sector worden opgelost en noodzakelijke vernieuwingen en randvoorwaarden worden doorgevoerd. Tussen 2004–2006 worden de totale resultaten daarvan zichtbaar. In 2006 wordt de noodzaak bezien van verder investeren in de onderliggende aanleverende gegevenssystemen.

De omslag naar een decentraal vraaggericht zorgstelsel heeft gevolgen voor de informatievoorziening. Daarbij gaat het om informatie ter versterking van de positie van de zorgvrager, om inzicht in het functioneren van de zorgmarkten en om verantwoordingsinformatie ten aanzien van de publieke belangen van de overheid. De brancherapporten nieuwe stijl, aangekondigd in het Plan van Aanpak Informatievoorziening in de zorg (TK 2000–2001, 26 753, nr. 57), lopen hierop vooruit. In november 2002 wordt dit overzicht van neutrale basisinformatie over de prestaties van het systeem opnieuw aan de Tweede Kamer aangeboden. Ten opzichte van de eerste proeve, die in september 2001 aan de Tweede Kamer is aangeboden, bevat het brancherapport Geestelijke Gezondheidszorg/Maatschappelijke Zorg 2002 kwalitatief betere en vollediger informatie die bovendien is geactualiseerd. In 2002 wordt in een pilot de afstemming met het Nationaal Kompas (RIVM) onderzocht ter voorbereiding van een geïntegreerd en via internet bereikbaar kennisproduct. Daarmee wordt voorzien in het beter toegankelijk maken van wetenschappelijke kennis en informatie voor markt en overheid.

Het committeren van subsidieontvangers aan de VBTB-systematiek is aanwijsbaar toegenomen, maar blijft een punt van aandacht (groeipad).

Beleidsartikelen

Eind 2002 publiceert de Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid haar eerste Jaarbericht. Met de Nationale Drugmonitor (NDM), de Monitor Maatschappelijke Opvang (MMO) en het brancherapport GGZ/MZ is nu een samenhangend stelsel van hoogwaardige informatievoorziening opgezet waaraan relevante beleidsinformatie over een langere periode ontleend kan worden.

De wet- en regelgeving krachtens de Welzijnswet 1994 is afgerond en in uitvoering genomen en de registratie maatschappelijke opvang en andere gegevensbronnen is verbeterd.

De verbetering van registraties in de zorg- en hulpverlening blijft aandacht houden. In geaggregeerde vorm leveren deze beleidsrelevante gegevens op. De investeringen in het RIPAG (Regionaal Informatiesysteem Patiëntengegevens GGZ) stelsel en de psychiatrische casusregisters hebben geleid tot een dekking van 41% van de bevolking (april 2002) en een uitbreiding van de regionale samenwerking. Er wordt gestreefd naar 65% in 2003. De ICT-investeringen zijn onder meer benut voor de ontwikkeling en de uitbouw van het nieuwe landelijke zorg-informatiesysteem van de GGZ-branchen (ZORG-IS) en leiden tevens tot toegenomen bewustwording van het belang van verantwoording over prestatie en productie. De deelname aan ZORG-IS groeit en de invoering van een gestandaardiseerde Zorggegevensset is een feit. Komend jaar worden met GGZ Nederland afspraken gemaakt over de aanlevering van informatie vanuit ZORG-IS, wat een voorwaarde voor subsidie is. In de begroting van 2004 komen deze gegevens over te bereiken prestaties (zoals verstrekte zorg per maand, kenmerken cliënt/hulpvraag, aanmeldklachten, diagnostiek, juridische status, cliëntwaardering en wachttijden) terug.

Na zorgvuldige voorbereiding vindt vanaf 2002 de invoering van de Landelijke Centrale Middelen Registratie (LCMR) incrementeel plaats. Deze biedt bijzondere mogelijkheden voor beleidsinformatie waaronder kwaliteit van het voorschrijfgedrag van verslavingsartsen, het volgen van risicogroepen, de medische consumptie van methadon en andere Opiumwetmiddelen. In 2004 komt deze informatie beschikbaar voor de begroting.

De eerste interim-rapportage van het evaluatieprogramma rond de versterking van de eerstelijns GGZ (NIVEL en SGBO) bevat een voor-meting met gegevens over het algemeen maatschappelijk werk, eerstelijnspsychologen en huisartsen, en documentatie over het effect van versterkende maatregelen per discipline. In maart 2003 en 2004 zijn de volgende tussenrapportages gereed. In april 2004 is de eindrapportage beschikbaar.

Tabel 5: Overzicht voorgenomen evaluaties	
Onderwerp	Geplande uitvoering
Evaluatie van de leidraad van de commissie-Donner	2003
Evaluatie stimuleringsregeling algemeen maatschappelijk werk	2003
Effect- en procesevaluatie forensische verslavingskliniek	2003
Evaluatie GGZN-project «Arbeid als speerpunt in de GGZ»	2003
Evaluatie experiment detoxificatie met naltrexon	2003
Evaluatie proeftuinen (gebruik en voorschrijven van psychofarmaca)	2003
Eindevaluatie project «Betere zorg, tevreden patiënt»	2004
Evaluatie onderzoek versterking eerstelijns-GGZ (NIVEL en SGBO)	2004
Evaluatie Monitor Maatschappelijke Opvang	2005

Voor meer informatie over programmering van evaluatieonderzoek wordt verwezen naar de bedrijfsvoeringsparagraaf.