



**De mogelijke rol van
grootstedelijke factoren
in de vraag naar en kosten voor
Beschermd Wonen en de Maatschappelijke
Opvang**

Yvonne Hendriks
Matty de Wit
Addi van Bergen

G4-USER klein maar fijn onderzoek
Uitgevoerd door de GGD Amsterdam

November 2016

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
1. Inleiding	7
1.1. Aanleiding en doel onderzoek.....	7
1.2. Het eerdere verdeelmodel	7
1.3. Opbouw rapport	8
2. Methoden	9
2.1. Literatuuronderzoek.....	9
2.2. Expertconsultatie	10
3. Resultaten	11
3.1. Inleiding.....	11
3.2. Pad 1: Hogere prevalentie van GGZ-problematiek.....	12
3.2.1. <i>Inleiding</i>	12
3.2.2. <i>Is er een verband tussen stedelijkheid en GGZ-problematiek?</i>	12
3.2.3. <i>Mogelijke verklaringen verband: demografische en sociaaleconomische verschillen</i>	16
3.2.4. <i>Mogelijke verklaringen verband: selectie-effecten</i>	18
3.2.5. <i>Mogelijke verklaringen verband: causale effecten van kenmerken van de stad zelf</i>	18
3.2.6. <i>Verschillen in zorggebruik</i>	20
3.3. Resultaten pad 2: Hogere complexiteit GGZ-problematiek.....	22
3.3.1. <i>Inleiding</i>	22
3.3.2. <i>Aard en ernst van de problematiek</i>	22
3.3.3. <i>Comorbiditeit van de problematiek</i>	23
3.3.4. <i>Justitiële voorgeschiedenis en dwangmaatregelen</i>	26
3.3.5. <i>Samenhang met zorggebruik</i>	28
3.4. Resultaten pad 3: Hogere prevalentie huisvestingsproblematiek.....	30
3.4.1. <i>Inleiding</i>	30
3.4.2. <i>Kenmerken van de dak- en thuisloze populatie</i>	30
3.4.3. <i>Oorzaken en risicofactoren voor huisvestingsproblematiek: selectie-effecten</i>	31
3.4.4. <i>Oorzaken en risicofactoren voor huisvestingsproblematiek: causale effecten</i>	32
3.4.5. <i>Ondersteuning voor urbaan-rurale verschillen in huisvestingsproblematiek</i>	38
3.5. Resultaten pad 4: Regionale verschillen in kosten BW/MO zorg.....	40
3.5.1. <i>Inleiding</i>	40
3.5.2. <i>Achtergrond</i>	40

3.5.3. Factoren die kunnen leiden tot verschillen in prijs per eenheid geboden zorg	41
3.5.4. Verschillen in de kosten per inwoner/verzekerde	43
3.6. Integratie bevindingen en model	47
3.6.1. Integratie bevindingen tot model	47
3.6.2. Operationalisering voorgestelde factoren	48
3.6.3. Het model	50
4. Conclusie en aanbevelingen	51
4.1. Conclusie	51
4.2. Beperkingen van het onderzoek	51
4.3. Aanbevelingen	52
Literatuurlijst	54
Bijlagen	60

Samenvatting

Inleiding en aanleiding

Per 1 januari 2015 is de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in werking getreden. Hiermee is naast de financiering voor de Maatschappelijk Opvang (MO), ook de financiering van Beschermd Wonen (BW) bij de (centrum)gemeenten komen te liggen. Voor de verdeling van de middelen over de gemeenten is in 2014 door Andersson, Elffers en Felix (AEF) een objectief verdeelmodel opgesteld met betrekking tot de gehele ondersteuning vanuit de Wmo. Omdat dit model er onvoldoende in slaagde de kosten voor onder meer BW te voorspellen, is destijds gekozen om vast te houden aan een verdeling van deze middelen op basis van historische kenmerken. Het is echter de bedoeling om ook de middelen voor BW en de MO te gaan verdelen via een objectief verdeelmodel. Om ervoor te zorgen dat hiervoor kennis beschikbaar is over de objectieve factoren die de zorgvraag naar BW en de MO beïnvloeden, specifiek met het oog op de steden en mogelijke urbaan-rurale verschillen, is er vanuit de academische werkplaats G4-USER onderzoek uitgevoerd hiernaar. Kort gezegd is in dit onderzoek in kaart gebracht of en zo ja welke grootstedelijke factoren een rol spelen in de vraag naar BW en de MO. Het uiteindelijke doel van het onderzoek is om aanbevelingen te kunnen doen over of en mogelijk welke grootstedelijke factoren wel of niet meegenomen zouden moeten worden bij de ontwikkeling van een nieuw objectief verdeelmodel.

Methoden

Binnen het onderzoek is voornamelijk gebruik gemaakt van twee methoden om tot de benodigde informatie te komen:

1. Literatuuronderzoek:

Voor het literatuuronderzoek is eerst een protocol opgesteld. Vervolgens zijn door toepassing van een systematische literatuursearch, het gebruik maken van literatuurlijsten en 'cited by' opties en met behulp van experts relevante wetenschappelijke artikelen en andere literatuur geïdentificeerd. Bij het lezen van de artikelen zijn aantekeningen gemaakt en is relevante informatie genoteerd in een dataverzamelingsformulier in Excel.

2. Expertconsultatie:

Parallel aan het literatuuronderzoek zijn experts bevroegd. Hierbij zijn in een eerste ronde vier paden aan de experts voorgelegd, met de vraag welke onderbouwing of weerlegging zij hiervoor zien vanuit de literatuur, onderzoek en/of praktijk. De reacties van de experts hebben verdere input geleverd voor het literatuuronderzoek en zijn uiteindelijk met de bevindingen geïntegreerd. Vervolgens is in een tweede ronde een model aan de experts voorgelegd en om hun feedback hierop gevraagd.

Door middel van bovenstaande methoden heeft het onderzoek uiteindelijk onderbouwde factoren en paden opgeleverd via welke grootstedelijkheid invloed kan hebben op de vraag naar en de kosten voor BW en de MO. Omdat in een eerste fase van het onderzoek is gebleken dat de vraag naar BW en de MO gestuurd wordt door de prevalentie van GGZ- en verslavingsproblematiek, de complexiteit hiervan en de prevalentie van huisvestingsproblematiek, is voor deze factoren onderzocht of zij gerelateerd zijn aan stedelijkheid, op welke wijze en via welke routes. Dit is uitgewerkt aan de hand van drie paden. Ook is een vierde pad uitgewerkt waarin specifiek gekeken wordt naar mogelijke verschillen in kosten.

Resultaten pad 1: hogere prevalentie van GGZ-problematiek

Het merendeel van het wetenschappelijk onderzoek wijst op een significant positief verband tussen stedelijkheid en de prevalentie van GGZ-problematiek. Ook specifiek voor Nederland is dit verband aangetoond. Relevant voor de doelgroepen BW en MO is dat dit verband ook wordt gevonden specifiek voor psychotische en aan middelen gerelateerde stoornissen, die veelvuldig voor blijken te komen onder de cliënten van BW en de MO. Hoewel de onderzoeksresultaten uit elkaar lopen, lijkt volgens de onderzoeken die een positief verband vinden de kans op GGZ-problematiek in de stedelijke gebieden zo'n anderhalf tot drie keer zo groot als in landelijke gebieden. Een eerste mogelijke verklaring voor het gevonden verband kan gezocht worden in verschillen in sociaaldemografische factoren, met name het aandeel alleenstaanden, niet-Westerse migranten, huishoudens met een laag inkomen en laagopgeleiden. Steden scoren hoog op deze 'risicofactoren'. Het verband tussen stedelijkheid en prevalentie van GGZ-problematiek lijkt echter stand te houden bij controle voor sociaaldemografische factoren, waardoor aanvullende verklaringen nodig zijn. Een tweede mogelijke verklaring is dat er sprake is van selectie-effecten waardoor personen met (risicofactoren voor) GGZ-problematiek naar de steden toe trekken. Dit zou kunnen vanwege de voorzieningen in de stad of vanwege andere kenmerken van de stad die aanzuigend werken. Hoewel deze verklaring veelvuldig wordt genoemd, is er vanuit de wetenschappelijke literatuur vrij weinig onderbouwing voor. Een derde mogelijke verklaring, waar wetenschappelijke onderbouwing voor wordt gevonden, is dat causale factoren ofwel stresserende kenmerken van de stad zelf voor een verhoogde prevalentie van GGZ-problematiek zorgen. Stresserende stadsfactoren die van invloed blijken op de prevalentie van GGZ-problematiek zijn onder meer overvloedige stimulatie, beperkte leefruimte, grotere (ervaren) onveiligheid, geluids- en luchtvervuiling en verminderde sociale cohesie. De verhoogde mate van GGZ-problematiek in de stad lijkt zich te vertalen in een minstens even verhoogd zorggebruik. Het is echter mogelijk dat andere factoren, zoals een verhoogde aanwezigheid van/kleinere afstand tot voorzieningen en culturele en kwalitatieve verschillen in zorggebruik tussen stedelijke en landelijke gebieden, ook een rol spelen.

Resultaten pad 2: hogere complexiteit GGZ-problematiek

Het lijkt erop dat het verband tussen stedelijkheid en GGZ-problematiek vooral sterk is voor de relatief zware diagnoses, zoals psychotische stoornissen. Daarnaast blijkt er sprake van een verhoogde mate van comorbiditeit in de stedelijke gebieden. Hierbij is voor de doelgroepen BW en MO met name de prevalentie comorbide middelenproblematiek relevant. Tevens zijn er aanwijzingen voor meer autisme spectrum stoornissen in de stedelijke gebieden, maar niet voor meer (L)VB-problematiek. Een andere indicatie voor een verhoogde complexiteit van de problematiek en daarmee de vraag naar BW en de MO is het verhoogde aandeel personen met een justitiële voorgeschiedenis en de verhoogde mate van dwangmaatregelen in de stedelijke gebieden. Het gevonden verband tussen stedelijkheid en complexiteit van de problematiek is relevant met het oog op de verhoogde mate van zorggebruik en een hogere behoefte aan intensieve begeleiding (inclusief wonen) onder personen met complexe en comorbide problematiek.

Resultaten pad 3: hogere prevalentie huisvestingsproblematiek

Binnen het onderzoek is ook specifiek gekeken naar degenen met huisvestingsproblematiek en de dak- en thuisloze populatie. Aanvullende problemen waar (een deel van) de dak- en thuisloze populatie zoal mee kampt zijn psychiatrische, financiële en middelenproblematiek. Er zijn specifiek met betrekking tot dak- en thuislozen wel aanwijzingen voor selectie-effecten waardoor deze populatie naar de steden toe trekken. Hierbij lijken de voorzieningen een ondergeschikte rol te spelen, maar gaat het meer om kenmerken van de stad die een aanzuigende werking hebben, zoals de sfeer, beschikbaarheid van drugs en de anonimiteit. Belangrijke (individuele) risicofactoren voor huisvestingsproblematiek zijn onder

meer financiële problemen, laag opleidingsniveau, aversieve ervaringen in de kindertijd en een geschiedenis van institutionalisering en detentie. Daarnaast spelen processen op de woningmarkt een belangrijke rol. Aangezien er in de steden over het algemeen hoog gescoord wordt op deze 'risicofactoren' en er sprake is van meer krapte op de woningmarkt, is het te verwachten dat hier meer sprake is van (dreigende) dakloosheid. Naast dat deze factoren kunnen leiden tot meer instroom in BW en de MO, belemmert dit ook de uitstroom hieruit, wat de duur van BW en de MO verlengt. Cijfers ondersteunen dat huisvestingsproblematiek en dakloosheid zich concentreren in de steden.

Resultaten pad 4: regionale verschillen in kosten BW/MO zorg

In een eerder verdeelmodel is stedelijkheid als afslag opgenomen omdat de zorg hier efficiënter en dus goedkoper te organiseren zou zijn. Zoals verondersteld in dit eerdere model, lijkt er in de steden inderdaad sprake te zijn van een hogere mate van productiviteit en efficiëntie, wat de kosten in de steden verlaagd. Er is echter ook sprake van kostenverhogende factoren in de steden, met name op het gebied van de hogere grond- en huurprijzen en hogere personeelskosten. Cijfers wijzen niet op duidelijke regionale verschillen in de zorgkosten per cliënt (agglomeratie voor- en nadelen wegen wellicht tegen elkaar op), waardoor stedelijkheid als afslag niet gerechtvaardigd lijkt. Daarbij lijkt er juist sprake van hogere kosten in de stedelijke gebieden wanneer dit per inwoner of verzekerde wordt bekeken. Deze verhoogde kosten per inwoner/verzekerde worden waarschijnlijk veroorzaakt door de in de eerdere drie paden uitgewerkte hogere mate en complexiteit van GGZ- en huisvestingsproblematiek.

Conclusie en aanbevelingen

Al met al lijken verschillen in sociaaldemografische factoren, een mogelijke aanzuigende werking van de stad en stresserende kenmerken van de stad zelf tot een hogere prevalentie en complexiteit van GGZ- en huisvestingsproblematiek in de stedelijke gebieden te leiden. Gezamenlijk zou dit tot een hogere vraag naar BW en de MO kunnen leiden, aangezien juist degenen met de meest ingewikkelde GGZ-problematiek en huisvestingsproblematiek gebruik zullen maken van voorzieningen zoals BW en de MO. Hoewel er sprake is van zowel kostenverlagende als kostenverhogende factoren voor de zorg in de stedelijke gebieden, lijkt het aannemelijk dat een combinatie van een hogere prevalentie en complexiteit van GGZ- en huisvestingsproblematiek ertoe leidt dat er in de stedelijke gebieden sprake is van hogere kosten voor BW en de MO per inwoner. Hiermee zou rekening gehouden moeten worden bij de verdeling van de middelen. Om dit te kunnen doen zijn er een aantal factoren uitgewerkt in een model (zie pagina 50), waarvan wordt aanbevolen om deze in overweging te nemen bij het opstellen van een nieuw objectief verdeelmodel. In dit model is getracht de complexe werkelijkheid van grootstedelijke factoren die de vraag naar en kosten voor BW en de MO beïnvloeden zo correct en volledig mogelijk schematisch te weergeven. Het model bevat net zoals het door AEF opgestelde verdeelmodel indicatoren voor het aandeel alleenstaanden en huishoudens met een laag inkomen en voegt daarnaast de demografische factoren aandeel inwoners met een niet-Westerse achtergrond en opleidingsniveau toe. Ook wordt justitiële voorgeschiedenis meegenomen. Tevens wordt in het model rekening gehouden met een mogelijke aanzuigende werking van de stad door de voorzieningen die hier gevestigd zijn en andere kenmerken van de stad. Ten slotte blijken specifieke stresserende kenmerken van de stad zelf bovenop sociaal-demografische verschillen en selectie-effecten van invloed. Aanbevolen wordt daarom, ook aangezien dit relatief eenvoudig te meten is en andere, moeilijk te meten factoren kan vertegenwoordigen, de stedelijkheidsgraad zelf op te nemen in een te ontwikkelen verdeelmodel. Een mogelijkheid om stedelijkheid te meten is aan de hand van de door het CBS opgestelde omgevingsadressendichtheid. Onderzocht zou moeten worden of deze indicator de juiste factoren van stedelijkheid representeert.

1. Inleiding

1.1. Aanleiding en doel onderzoek

Per 1 januari 2015 is de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in werking getreden. Hiermee is naast de financiering voor de Maatschappelijke Opvang (MO), ook de financiering voor Beschermd Wonen (BW) bij de (centrum)gemeenten komen te liggen. Voor de verdeling van de middelen over de gemeenten is in 2014 door Andersson, Elffers en Felix (AEF) een objectief verdeelmodel opgesteld met betrekking tot de gehele ondersteuning vanuit de Wmo. Omdat dit model er onvoldoende in slaagde de kosten voor onder meer BW te voorspellen, is destijds gekozen om vast te houden aan een verdeling van de middelen op basis van historische kenmerken. Het is echter de bedoeling om uiteindelijk (de verwachting is momenteel vanaf 2020) ook de middelen voor BW en de MO te verdelen via een objectief verdeelmodel. Er is daarom opdracht gegeven om met een werkgroep een voorstel te ontwikkelen voor dit objectief verdeelmodel. Eind 2016 dient een eerste inventarisatie van deze werkgroep gereed te zijn. Om ervoor te zorgen dat er (voor deze werkgroep en in het algemeen) kennis beschikbaar is over de objectieve factoren die de zorgvraag naar BW en de MO beïnvloeden, specifiek met het oog op steden en mogelijke urbaan-rurale verschillen, is er vanuit de academische werkplaats G4-USER onderzoek uitgevoerd hiernaar. Kort gezegd is in dit onderzoek in kaart gebracht of en zo ja welke grootstedelijke factoren een rol spelen in de vraag naar BW en de MO waarmee rekening gehouden zou moeten worden bij het opstellen van een nieuw objectief verdeelmodel. Het uiteindelijke doel van het onderzoek is om aanbevelingen te kunnen doen over of en waarom grootstedelijke factoren wel of niet meegenomen zouden moeten worden bij de ontwikkeling van een nieuw objectief verdeelmodel.

1.2. Het eerdere verdeelmodel

Het eerder opgestelde verdeelmodel van AEF voor de Wmo bevatte de volgende kostendrijvers/maatstaven, die het zorggebruik gezamenlijk zo veel mogelijk zouden verklaren (AEF, 2014):

- Het aantal inwoners
- Het aantal inwoners van 65 jaar en ouder
- Het aantal eenpersoonshuishoudens
- Het aantal uitkeringsontvangers zonder bijstandsonvangers (*omdat het aantal bijstandsonvangers te conjunctuurgevoelig en beïnvloedbaar door gemeentelijk beleid zou zijn*)
- Het aantal Wajonguitkeringen
- Het aantal huishoudens met lage inkomens boven een drempel (*combinatie van de maatstaven lage inkomens en woningen; toegepast door het aantal lage inkomens te verminderen met 10% van het aantal woonruimten van hetzelfde jaar*)
- Het medicijngebruik boven een drempel (*langdurig medicijngebruik uitgedrukt in een aandeel van de bevolking boven een drempel van 9%*).
- Het lokaal klantenpotentieel (*het aantal klanten dat een woonkern van een gemeente aantrekt uit alle woonkernen binnen een straal van 20 kilometer rondom de eigen woonkern, met inbegrip van die woonkern zelf*)
- Kernen > 500 (*alleen woonkernen met meer dan 500 adressen*)
- Stedelijkheid (*a. d. h. v. omgevingsadressendichtheid, met een negatieve factor*)

Met hierbij aanvullend specifiek voor BW ook:

- Het regionaal klantenpotentieel (*het aantal klanten dat een woonkern van een gemeente aantrekt uit alle woonkernen binnen een straal van 60 kilometer rondom de eigen woonkern, met inbegrip van die woonkern zelf*)
- Psychisch medicijngebruik (*psychofarmaca; verbijzondering van de maatstaf langdurig medicijngebruik, omdat veel cliënten BW medicijnen uit deze medicijngroep gebruiken*)

Een beschrijving van hoe men tot deze kostendrijvers is gekomen en wat ze precies inhouden, is te vinden in het rapport van AEF (2014). Bij de totstandkoming hiervan is rekening gehouden met criteria die gelden voor maatstaven en verdeelmodellen. Zo zouden maatstaven globaal, voldoende stabiel door de jaren heen en betrouwbaar en objectief meetbaar moeten zijn. Daarnaast zou een objectief verdeelmodel gemeenten maximaal moeten prikkelen tot een efficiënte uitvoering van de Wmo en op wetenschappelijk verantwoorde wijze tot stand zijn gekomen (AEF, 2014; Everhardt, Mazzola, Notenboom, Van Asselt, & Ellwanger, 2013; Cebeon, 2012). Een overzicht met toelichting van criteria die over het algemeen gehanteerd worden bij het opstellen van verdeelmodellen is te vinden in bijlage 1.

Hoewel in het opstellen van het eerdere verdeelmodel zoveel mogelijk rekening is gehouden met deze criteria, werden een aantal kritiekpunten op het model geuit. Zo zouden niet alle maatstaven aan de gestelde criteria voldoen, er onvoldoende rekening worden gehouden met de specifieke complexere kenmerken van de gebruikers van BW, het ontbreken aan de vereiste objectieve gegevens en een adequate maatstaf voor opleidingsniveau, het model onvoldoende in staat zijn de huidige verschillen in kosten bij de (centrum)gemeenten te verklaren en daardoor tot te grote herverdeel-effecten leiden (Commissie Toekomst beschermd wonen, 2015; De Jonge, 2014; Raad voor de financiële verhoudingen, 2014). Een ander punt van kritiek dat destijds is geuit en specifiek relevant is voor het huidige onderzoek, is dat in het model is uitgegaan van prijsverschillen tussen gemeenten die veroorzaakt zouden worden doordat voorzieningen in stedelijke gebieden goedkoper aangeboden zouden kunnen worden. Onder andere door de G4 is geuit dat dit niet consequent en rechtvaardig zou zijn, omdat er bij andere onderdelen van het Gemeentefonds ook geen rekening wordt gehouden met prijsverschillen tussen gemeenten (De Jonge, 2014). Tevens is het onduidelijk of voorzieningen zoals BW en de MO ook daadwerkelijk goedkoper aangeboden kunnen worden in de steden of dat er ook factoren meespelen die juist zorgen voor hogere kosten. Ten slotte zou er in het verleden onvoldoende aandacht zijn geweest voor grootstedelijke factoren en de aanzuigende werking van de grote(re) steden voor GGZ-problematiek (De Jonge, 2014). In het huidige onderzoek wordt onderzocht of er wetenschappelijke onderbouwing is voor de invloed van dergelijke grootstedelijke factoren en regionale prijsverschillen, waarmee in de ontwikkeling van een nieuw verdeelmodel rekening gehouden zou moeten worden. Hierbij wordt specifieke aandacht geschonken aan de invloed van deze factoren op de vraag naar en kosten voor BW en de MO, hoewel ook de bredere GGZ aan bod komt.

1.3. Opbouw rapport

In dit rapport zullen de bevindingen van dit onderzoek besproken worden. Eerst zullen de methoden die voor het onderzoek zijn gebruikt toegelicht worden. Vervolgens worden de resultaten van het onderzoek in verschillende hoofdstukken uitgewerkt. Tevens wordt aan de hand van de resultaten een model geschetst waarin wordt weergegeven hoe de invloed van stedelijkheid op de vraag naar en kosten voor BW en de MO loopt. Ten slotte zal er een conclusie worden getrokken en worden er aanbevelingen gedaan. Tevens kunt u in het rapport een samenvatting te vinden.

2. Methoden

Binnen het onderzoek is gebruik gemaakt van twee overkoepelende methoden om tot de benodigde informatie te komen.

2.1. Literatuuronderzoek

Ten eerste is gebruik gemaakt van literatuuronderzoek. Voor dit literatuuronderzoek is eerst een protocol opgesteld. Hierin zijn onder andere de centrale vraagstelling, de inclusie- en exclusiecriteria voor de bronnen en de methodologie vastgelegd. De vraagstelling die het uitgangspunt heeft gevormd voor het literatuuronderzoek is: *Welke grootstedelijke factoren zijn op basis van de wetenschappelijke literatuur relevant voor de vraag naar BW en de MO?* Hierbij is gekeken naar welke onderbouwing er is voor het wel of niet meewegen van grootstedelijke aspecten. In de loop van het onderzoek zijn verdere specifieke deelonderwerpen geïdentificeerd waar ook voor naar literatuur is gezocht. Binnen de literatuurstudie zijn zowel wetenschappelijke artikelen als overige relevante literatuur ('grey literature') gebruikt, zoals relevante monitoren en rapportages. Er zijn een aantal verschillende strategieën gehanteerd om de relevante literatuur te identificeren:

1. Systematische literatuursearch: Door het gebruik van geïdentificeerde relevante zoektermen een aantal bekende zoekmachines (PsychINFO, Web of Science, Google Scholar) is naar wetenschappelijke literatuur gezocht. Hierbij is een logboek bijgehouden waarin genoteerd staat met welke zoektermen en welke zoekmachines welke literatuur is gevonden. In eerste instantie is breed gezocht naar literatuur over het verband tussen stedelijkheid en psychiatrische problematiek en de noodzaak voor zorg. Na identificatie van specifiekere factoren die hierbij een rol lijken te spelen is ook gericht gezocht. Zoektermen die hierbij (in verschillende combinaties en ook in het Engels) zijn gebruikt zijn: "stedelijkheid", "urbanisatiegraad", "urban/stedelijk", "ruraal/landelijk", "psychopathologie", "psychiatrische epidemiologie", "mentale gezondheid", "ernstige psychiatrische problematiek", "prevalentie", "incidentie", "comorbiditeit", "psychoses", "middenmisbruik", "etniciteit", "migranten", "Nederland", "dakloos(heid)", "verstandelijke beperking", "risicofactoren", en "(zorg)kosten".
2. Literatuurlijsten en 'cited by': In de gevonden literatuur is gekeken naar de literatuurlijsten om via een snowball methode nieuwe relevante artikelen te identificeren. Ook is gebruik gemaakt van de 'cited by' optie in de zoekmachines, waarbij een overzicht wordt gegeven van artikelen die naar het betreffende artikel hebben gerefereerd.
3. Identificatie door experts: Ten slotte is aan verschillende partijen gevraagd welke relevante bronnen zij kennen.

Voor het selectieproces van de artikelen en andere schriftelijke bronnen zijn een aantal criteria opgesteld. Als inclusiecriteria gold: Engels- en Nederlandstalige artikelen met betrekking tot Westerse / geïndustrialiseerde landen; het volledige artikel dient beschikbaar te zijn; en de doelgroep die centraal staat in het artikel dient voldoende overeenkomsten te vertonen met de doelgroep BW/MO (bijv. volwassen daklozen en volwassenen met psychiatrische en verslavingsproblematiek). Hierbij golden geen restricties met betrekking tot het type wetenschappelijk onderzoek, aangezien dit een verkennende studie betrof. Van de geïdentificeerde artikelen is eerst de abstract gelezen, om de relevantie van het artikel te kunnen beoordelen. De artikelen die door deze screening kwamen, werden in het geheel gelezen. Hierbij zijn aantekeningen gemaakt en is relevante informatie genoteerd in een dataverzamelingsformulier in Excel. Hierin is onder andere bijgehouden: achtergrondinformatie

(auteurs, titel, jaar van publicatie etc.); doel van het onderzoek; gehanteerde design; eigenschappen van de onderzoekspopulatie; opvallende kenmerken m.b.t. de kwaliteit van het onderzoek; operationalisering van stedelijkheid; belangrijkste resultaten; en overige informatie.

2.2. Expertconsultatie

Parallel aan het literatuuronderzoek heeft expertconsultatie plaatsgevonden. De experts hiervoor zijn geïdentificeerd door een lijst op te stellen van de personen die de onderzoekers kennen met relevante kennis op dit gebied, namen die de onderzoekers zijn tegengekomen gedurende het onderzoek en met een snowball methode waarbij aan experts is gevraagd of zij nog andere experts kennen. Uiteindelijk hebben negen experts via de uitgezette expertconsultatie hun input geleverd aan het onderzoek. Voor het bevragen van de experts heeft de Delphi-methode ter inspiratie gediend. De Delphi-methode is een systematische manier om door herhaalde bevraging van experts in verschillende rondes consensus te bereiken over een probleemstelling. Dit zou tot aanbevelingen voor beleid op basis van informatie van deskundigen moeten leiden. Een belangrijk nadeel van de Delphi-methode is dat deze veel tijd en middelen kost. Voor het huidige onderzoek betekende dit dat er onvoldoende tijd was om de Delphi-methode in het geheel te volgen. Er is daarom gekozen om een aangepaste versie te hanteren, waarbij gebruik is gemaakt van het concept van schriftelijke bevraging van experts in verschillende rondes. In de eerste ronde zijn aan de experts vier paden voorgelegd die zijn geïdentificeerd aan de hand van oriënterende gesprekken en bovenstaande literatuuronderzoek en via welke grootstedelijkheid de vraag naar en/of de kosten voor BW en de MO zou kunnen beïnvloeden. Aan de experts is gevraagd wat zij hiervan vinden en welke onderbouwing of weerlegging zij hiervoor zien vanuit de literatuur, onderzoek en/of de praktijk. Ook is aan hen gevraagd of zij hier nog aanvullingen op hadden en of zij nog relevante literatuur en experts kennen. De reacties van de experts zijn verwerkt en geïntegreerd met de bevindingen uit het literatuuronderzoek, waarbij de feedback van de experts ook weer heeft gediend als input voor verdere literatuurstudie. Vervolgens is met behulp van de input van de experts en de bevindingen uit het literatuuronderzoek een model opgesteld waarin de bevindingen schematisch weergegeven zijn. In een tweede ronde van expertconsultatie is dit model voorgelegd aan de experts en hen om hun input hierop gevraagd. Zodoende heeft het onderzoek uiteindelijk onderbouwde factoren en paden opgeleverd via welke grootstedelijkheid invloed kan hebben op de vraag naar en de kosten voor BW en de MO.

3. Resultaten

3.1. Inleiding

De resultaten van het onderzoek zullen hieronder uitgewerkt en toegelicht worden aan de hand van vier verschillende paden via welke grootstedelijkheid de vraag naar en/of de kosten voor BW en de MO zou kunnen beïnvloeden. Deze vier paden, geïdentificeerd door middel van oriënterende gesprekken en de eerste fase van het literatuuronderzoek, zijn:

1. Een hogere prevalentie van GGZ-problematiek
2. Een hogere complexiteit van GGZ-problematiek
3. Een hogere prevalentie van huisvestingsproblematiek
4. Regionale verschillen in kosten voor BW/MO zorg

Er zijn een aantal redenen waarom deze paden de vraag naar en kosten voor BW en de MO sturen. Ten eerste zijn de BW en MO voorzieningen bedoeld voor mensen die vanuit een kwetsbaarheid voortkomend uit psychiatrische stoornissen (inclusief aan middelen gerelateerde stoornissen) en mogelijke andere beperkingen (zoals cognitieve) niet zelfstandig kunnen wonen en 24-uurs begeleiding nodig hebben. Het vóórkomen van psychiatrische stoornissen is daarin dus sterk bepalend voor de vraag. Echter, niet alle psychiatrisch patiënten hebben een woonvoorziening nodig, dit geldt alleen voor de meest kwetsbaren. Deze kwetsbaarheid wordt verhoogd indien de psychiatrische problematiek complex is of samengaat met andere bijkomende problematiek. Hierdoor is binnen de groep psychiatrisch patiënten specifiek bij degenen met complexe en comorbide problematiek vaker een beschermde woonvorm nodig. Deze voorzieningen bieden naast 24-uursbegeleiding ook een woonvorm die in het bijzonder nodig is voor mensen die geen andere woonvorm hebben, namelijk daklozen. Huisvestingsproblematiek kan de vraag naar 24-uursbegeleiding en woonondersteuning vergroten. Daarnaast wordt de vraag naar deze voorzieningen niet alleen bepaald door het aantal mensen dat er een beroep op doet, maar ook door de duur waarvoor mensen een dergelijke woonvoorziening nodig hebben. Een hogere mate van woonproblemen en meer krapte op de woningmarkt leiden tot een lagere en vertraagde uitstroom uit deze voorzieningen, wat ook verhogend werkt op de vraag door het verlengen van de duur van verblijf. Gezamenlijk kunnen deze factoren (uitgewerkt in de eerste drie paden) zorgen voor een verhoogde zorgvraag naar BW en de MO. Samen met andere kosten beïnvloedende factoren zou dit uiteindelijk kunnen leiden tot verhoogde kosten voor BW en de MO in de stedelijke gebieden (pad 4). Welke wetenschappelijke onderbouwing er is voor de werking van deze vier paden en een verhoogde mate hiervan in de stedelijke gebieden, zal hieronder worden uitgewerkt.

3.2. Resultaten pad 1: Hogere prevalentie van GGZ-problematiek

3.2.1. Inleiding

Steeds meer mensen wonen in een stedelijke omgeving¹. Personen woonachtig in stedelijke gebieden blijken vaak minder gezond dan personen uit rurale gebieden, ook wanneer er rekening wordt gehouden met verschillen in bevolkingssamenstelling (Verheij, Van de Mheen, De Bakker, Groenewegen, & Mackenbach, 1998). In dit gedeelte wordt bekeken of dergelijke urbaan-rurale verschillen ook gelden specifiek voor GGZ-problematiek en welke mogelijke oorzaken er hiervoor zijn. Hiervoor wordt gekeken naar prevalentie onderzoek. Sommige van deze onderzoeken zijn gebaseerd op bevolkingsonderzoek waarbij een brede populatie onderzocht wordt, terwijl andere onderzoeken het zorggebruik als uitgangspunt nemen en dus alleen kijken naar degenen die in zorg zijn.

Belangrijkste punten pad 1

- Het merendeel van het wetenschappelijk onderzoek, zowel internationaal als in Nederland, wijst op een significant positief verband tussen stedelijkheid en de prevalentie van GGZ-problematiek.
- Met name relevant voor de doelgroep BW/MO is dat dit verband ook wordt gevonden specifiek voor psychotische stoornissen en aan middelen gerelateerde stoornissen.
- Hoewel onderzoeksresultaten uit elkaar lopen, lijkt de kans op GGZ-problematiek in de stedelijke gebieden zo'n anderhalf tot drie keer zo groot als in landelijke gebieden.
- Een eerste mogelijke verklaring voor het gevonden verband kan gezocht worden in verschillen in sociaaldemografische factoren, met name het aandeel alleenstaanden, niet-Westerse migranten, huishoudens met een laag inkomen en laagopgeleiden. In steden is sprake van een verhoogd aandeel inwoners met deze sociaaldemografische kenmerken. Het verband lijkt echter stand te houden bij controle voor demografische factoren, waardoor aanvullende verklaringen nodig zijn.
- Een tweede mogelijke verklaring is dat er sprake is van selectie-effecten waardoor personen met (risicofactoren voor) GGZ-problematiek naar de steden toe trekken. Vanuit de wetenschappelijke literatuur is hier weinig onderbouwing voor.
- Een derde mogelijke verklaring, waar wetenschappelijke onderbouwing voor wordt gevonden, is dat causale factoren/stresserende kenmerken van de stad zelf voor een verhoogde prevalentie van GGZ-problematiek zorgen. Hierbij kan gedacht worden aan overvloedige stimulatie, beperkte leefruimte, grotere (ervaren) onveiligheid, geluids- en luchtvervuiling en verminderde sociale cohesie.
- De verhoogde mate van GGZ-problematiek lijkt zich te vertalen in een minstens even verhoogd zorggebruik. Het is echter mogelijk dat andere factoren, zoals een groter aanbod/de nabijheid van voorzieningen en culturele en kwalitatieve verschillen tussen stedelijke en landelijke gebieden ook een rol spelen.

3.2.2. Is er een verband tussen stedelijkheid en GGZ-problematiek?

Onderzoeksresultaten: geen of significant positief verband

In de afgelopen dertig jaar is regelmatig onderzoek gedaan naar mogelijke urbaan-rurale verschillen in de prevalentie van psychiatrische problematiek. Onderzoek hiernaar levert niet geheel eenduidige bevindingen op. Zo worden er zowel tussen landen als binnen landen verschillende resultaten gevonden, waarbij er ofwel geen significante relatie wordt gevonden tussen stedelijkheid en GGZ-problematiek ofwel een significante positieve relatie. Deze verschillen worden waarschijnlijk onder andere veroorzaakt door verschillen in de gebruikte instrumenten, het trekken van steekproeven en de gehanteerde definitie van stedelijkheid (Peen, Dekker, Schoevers, Ten Have, De Graaf, & Beekman, 2007). Een duidelijk merendeel van het wetenschappelijk onderzoek vindt echter ondersteuning voor een relatie tussen stedelijkheid en GGZ-problematiek, waarbij er sprake is van een hogere prevalentie van deze problemen in de meer verstedelijkte gebieden (Crowell, George, Blazer, & Landerman, 1986; Dekker, Peen, Iping, &

¹ <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2004/05/steeds-meer-mensen-in-stedelijke-omgeving>

De Jonghe, 1994; Dekker, Peen, Koelen, Smit, & Schoevers, 2008; Delespaul & De Consensusgroep EPA, 2013; Dieperink, Pijl, Mulder, Van Os, & Drukker, 2008; Hodiament, Sijben, Koeter, & Oldehinkel, 1992; Krabbendam & Van Os, 2005; Kroon, Theunissen, Van Busschbach, Raven, & Wlertma, 1998; Marcelis, Takei, & Van Os, 1999; Pedersen & Mortensen, 2001, 2006; Peen & Dekker, 1997; Peen et al., 2007; Sundquist, Frank, & Sundquist, 2004; Sytema, Brook, & Giel, 1990; Van Os, Hanssen, Bak, Van Bijl, & Vollebergh, 2003; Van Os, Hanssen, Van Bijl, & Vollebergh, 2001; Verheij et al., 1998; Weich, Twigg, & Lewis, 2006). Naast dat verschillende wetenschappelijke onderzoeken dit positieve verband ook voor Nederland aantonen (Dekker et al., 1994; Delespaul & Consensusgroep EPA, 2013; Dieperink et al., 2008; Hodiament et al., 1992; Marcelis et al., 1999; Peen et al., 2007; Van Os et al., 2001) wijzen ook vrij recente Nederlandse zorgcijfers op een verhoogde prevalentie van GGZ-problematiek in de steden. Zo is aan de hand van Vektis data gevonden dat onder andere in de Randstad, waar de verstedelijking het grootst is², relatief veel verzekerden worden behandeld voor onder andere angst- en stemmingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en schizofrenie (De Ruiter, De Groot, & Bakker, 2014). Tevens is in onderzoek van de Zorgverzekeraars Nederland gevonden dat waar het landelijk gemiddelde prevalentiecijfer van Ernstig Psychiatrische Aandoeningen (EPA) 1.51% is, dit binnen de G4 varieert van 2.01% (Den Haag) tot 2.41% (Amsterdam) (Zorgverzekeraars Nederland, 2014). Dit onderzoek naar EPA laat zien dat stedelijkheid positief gerelateerd is aan de prevalentie van GGZ-problematiek (Delespaul & De Consensusgroep EPA, 2013). Ook het APE vindt een vrijwel lineaire relatie tussen stedelijkheid en het percentage verzekerden dat gebruik maakt van de GGZ (Goudriaan, Meulenbelt, Thio, & Halbersma, 2005). Ten slotte wijst de monitor OGGZ van de G4 erop dat de OGGZ-problematiek in de brede zin zich naar verhouding sterker voordoet in de G4 dan in de rest van Nederland (Van Hemert, Van Bergen, Buster, Gilissen, Mandos, & Wolf, 2014).

Echter, voor de volledigheid dient genoemd te worden dat er ook onderzoeken zijn die geen significante urbaan-rurale verschillen vinden. Zo wordt in het Canadese onderzoek van Parikh en collega's (1996) wel een licht verhoogde mate van stemmingsstoornissen gevonden bij personen uit stedelijke gebieden, maar zijn deze verschillen niet significant. Daarnaast wordt in het Australische onderzoek van McGrath en collega's (2001) geen significant verband gevonden tussen stedelijkheid en het risico op psychotische stoornissen. Echter, in dit onderzoek wordt ook benoemd dat deze bevinding tegenstrijdig is met eerdere resultaten uit onder andere Deens en Nederlands onderzoek. Wellicht is er sprake van omgevingsfactoren die verschillen tussen Australië enerzijds en Denemarken en Nederland anderzijds. Zo wonen mensen in Australië verder verspreid uit elkaar en is stedelijkheid in dit onderzoek slechts gemeten aan de hand van het aantal inwoners (McGrath et al., 2001). Een voor het huidige onderzoek zeer relevante en niet te ontbreken studie dat het effect van stedelijkheid maar in beperkte mate terugvindt is het NEMESIS-2 onderzoek. Terwijl de stedelijkheidsgraad geassocieerd was met alle hoofdgroepen van psychische aandoeningen in NEMESIS-1 en hieruit onder andere bleek dat er per jaar in Amsterdam 60% meer mensen kampen met psychische stoornissen dan gemiddeld in Nederland, werd dit verband met stedelijkheid alleen voor angststoornissen aangetroffen bij NEMESIS-2 (De Graaf, Ten Have, & Van Dorsselaer, 2010; Heijnen, 2006). Het is de vraag waarom de eerder gevonden verschillen op basis van stedelijkheid bij het tweede onderzoek niet meer werden aangetroffen. Wellicht is het leven in rurale gebieden tegenwoordig niet meer zo verschillend van het leven in stedelijke gebieden, hebben vooral stedelijke gebieden economische vooruitgang gekend waardoor de mate van psychische problematiek daar is afgenomen, of heeft het niet kunnen vinden van een verband te maken met de gemeentelijke herindeling die tussentijds heeft plaatsgevonden (De Graaf et al., 2010). Mogelijk heeft het ook te maken met dat het lastig is om door middel van dergelijk bevolkingsonderzoek een

² <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2016/23/storymap-verstedelijking>

³ <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2004/05/steeds-meer-mensen-in-stedelijke-omgeving>

beeld te krijgen van de meest complexe en relatief zeldzame problematiek, zoals psychotische stoornissen, waarvoor juist de sterkste verbanden worden gevonden in de literatuur (Heijnen, 2006). In elk geval verdient het aandacht dat NEMESIS-2 afwijkende resultaten laat zien van NEMESIS-1 en veel ander wetenschappelijk onderzoek.

Specifieke aard van de gevonden verbanden en relatie met BW en de MO

Hoewel er dus geen sprake is van volledige consensus in de wetenschappelijke literatuur, lijkt er al met al meer ondersteuning te worden gevonden voor een significant positief verband tussen stedelijkheid en GGZ-problematiek. Volgens sommigen zou de relevantie van urbaan-rurale verschillen inmiddels zelfs onbetwist zijn (Sutterland et al., 2013). Dit verband wordt het meest aangetoond voor psychotische stoornissen (Krabbendam & Van Os, 2005; Marcelis et al., 1999; McKenzie, Whitley, & Weich, 2002; Pedersen & Mortensen, 2001; 2006; Sundquist et al., 2004; Sutterland et al., 2013; Van Os et al., 2003; Wierdsma, Van Marle, & Mulder, 2010), maar bijvoorbeeld ook voor stemmings- en angststoornissen (Crowell et al., 1986; De Ruiter et al., 2014; Heijnen, 2006; Peen et al., 2007; Sundquist et al., 2004). Het herhaaldelijk aangetoonde sterke verband tussen stedelijkheid en psychotische stoornissen is voor het huidige onderzoek relevant aangezien dit een veelvoorkomende stoornis is onder de gebruikers van BW en de MO. Zo is bij 22% van de BW cliënten in Utrecht sprake van een diagnose voor een psychotische stoornis en blijkt bijna de helft van de aangemelde cliënten in Amsterdam te kampen met schizofrenie (GG&GD Utrecht, 2010b; Runtuwene & Buster, 2016). Hoewel lang niet bij alle cliënten sprake is van een psychotische stoornis en zeker niet alle personen met een psychotische stoornis BW of de MO nodig hebben, lijkt er dus wel sprake van overlap in de populaties.

Ook relevant voor het huidige onderzoek en de cliënten BW en MO is dat er specifiek tussen stedelijkheid en middelenproblematiek een verband wordt gevonden. Zo wordt in de review van Penkalla en Kohler (2014) bij vier van de zes geïnccludeerde studies naar het verband tussen stedelijkheid en middelenmisbruik gevonden dat de prevalentie van middelenmisbruik significant toeneemt bij een toename van de stedelijkheidsgraad. Specifiek in Nederland vonden Peen en collega's (2007) een significante urbaan-rurale trend voor de prevalentie van aan middelen gerelateerde stoornissen. Ook in eerder onderzoek vonden Peen, Bijl, Spijker en Dekker (2002) al dat de twaalfmaandsprevalentie van aan middelen gerelateerde stoornissen toeneemt met de stedelijkheidsgraad. Hierbij is vooral sprake van een positieve relatie tussen de stedelijkheidsgraad en drugsmisbruik (Peen et al., 2002). Deze bevindingen zijn relevant voor BW en de MO aangezien middelenproblematiek veelvoorkomend is onder de cliënten BW en MO. Zo blijkt uit de Amsterdamse monitor BW/MO dat er bij 35% van de aangemelde cliënten sprake was van alcohol- of middelenmisbruik (Runtuwene & Buster, 2016) en 18% van de van de daklozen in de winteropvang in de G4 cocaïne en/of opiaten gebruikt (Buster et al., 2012). Verdere ondersteuning dat de gevonden urbaan-rurale verschillen in prevalentie van problematiek ook zouden kunnen gelden voor de doelgroep BW en de MO wordt gegeven door Dieperink en collega's (2008). In hun onderzoek is gekeken naar langdurig zorgafhankelijke patiënten, ook met verblijf. Zij vonden dat het verband met stedelijkheid het sterkst was voor de meest zorgintensieve, langdurige patiënten (Dieperink et al., 2008). Aangezien de BW en MO doelgroepen ook gekenmerkt worden door een noodzaak voor intensieve en langdurige ondersteuning, is het plausibel dat het verband met stedelijkheid ook voor deze groepen geldt.

Sterkte van het verband

Belangrijk is dat de aangetoonde verbanden tussen stedelijkheid en GGZ-problematiek in verschillende studies ook stand houden wanneer er gecontroleerd wordt voor demografische en sociaaleconomische verschillen tussen stedelijke en landelijke gebieden (Dekker et al., 2008; Krabbendam & Van Os, 2005; Peen et al., 2007; Sundquist et al., 2004; Sutterland et al., 2013; Van Os et al., 2001; Weich et al., 2006).

Hoewel verschillende studies uiteenlopen in hoe stedelijkheid wordt gemeten, wat de precieze uitkomstmaat is (GGZ-problematiek in de breedte, enkel schizofrenie, enkel depressieve stoornissen, etc.) en voor welke variabelen wordt gecontroleerd, lijkt het erop dat in de studies die significante urbaan-rurale verschillen vinden, de kans op GGZ-problematiek in stedelijke gebieden zo'n anderhalf tot drie keer zo groot is dan in landelijke gebieden (Crowell et al., 1986; Dekker et al., 2008; Dieperink et al., 2008; Hodiament et al., 1992; Krabbendam & Van Os, 2005; Pedersen & Mortensen, 2001, 2006; Peen et al., 2007; Sundquist et al., 2004). Een beperking van veel van dit onderzoek is dat de meest kwetsbare populaties, zoals dak- en thuislozen en geïnstitutionaliseerde personen, hierin vaak niet zijn opgenomen. De verwachting van de onderzoekers van deze studies is echter dat de sterkte van het verband enkel zal toenemen wanneer deze personen wel zouden zijn opgenomen in het onderzoek (Dekker et al., 2008; Peen et al., 2007).

GGZ-problematiek en etnische minderheden

Etnische minderheden concentreren zich in stedelijke gebieden^{4 5}. De prevalentie van en het zorggebruik voor GGZ-problematiek kan verschillen tussen etnische minderheden en personen met een Nederlandse achtergrond, en spelen zo mogelijk een rol bij de geconstateerde urbaan-rurale verschillen. Hierdoor vormen etnische minderheden een specifieke subgroep die aandacht verdient. Hoewel uit het NEMESIS-2 onderzoek blijkt dat etnische afkomst nauwelijks samenhangt met het vóórkomen van psychiatrische aandoeningen, zijn belangrijke beperkingen van dit onderzoek dat personen van niet-Westerse afkomst ondervetegenwoordigd zijn en personen die de Nederlandse taal niet machtig waren werden uitgesloten voor deelname (De Graaf et al., 2010). Andere onderzoeken wijzen wel op een verhoogde mate van GGZ-problematiek bij etnische minderheden. Zo is er sprake van een verhoogde mate van veelvoorkomende psychiatrische problematiek bij Turkse en Marokkaanse Amsterdammers in vergelijking met Amsterdammers met een Nederlandse achtergrond (Fassaert, 2010) en er wordt een verhoogd risico gevonden op angststoornissen en depressies bij personen met een Turkse, Marokkaanse en Surinaamse achtergrond in de G4 (Van Hemert et al., 2014). Hoewel de precieze uitkomsten verschillen tussen landen, specifieke minderheidsgroepen en op basis van geslacht, blijken niet-Westerse migranten in Europa een verhoogd risico te lopen op depressieve en angststoornissen (Schrier et al., 2011).

Tevens hebben verschillende Europese studies, waaronder ook Nederlandse studies, aangetoond dat migranten met een niet-Westerse achtergrond verhoogd risico lopen op psychotische stoornissen in vergelijking met personen met een Nederlandse achtergrond (De Wit, Tuinebreijer, Van Brussel, & Selten, 2010; Fassaert, Heijnen, De Wit, Peen, Beekman, & Dekker, 2016; Marcelis et al., 1999; McGrath et al., 2001; Selten et al., 2001; Selten, Laan, Kupka, Smeets, & Van Os, 2012; Veling, Selten, Veen, Laan, Blom, & Hoek, 2006; Wierdsma et al., 2010). Gezien de eerder genoemde prevalentie van psychotische stoornissen bij cliënten BW en MO, zou dit wellicht kunnen zorgen voor een verhoogd beroep op BW en de MO bij etnische minderheden. Belangrijk om te onthouden hierbij is dat er sprake is van substantiële verschillen tussen verschillende migrantengroepen (Fassaert et al., 2016). Zo vinden Selten en collega's (2001) wel bij Marokkanen, Antillianen, Surinamers en overige niet-Westerse migranten in Nederland een verhoogde kans op psychotische stoornissen, maar niet bij Turken en overige Westerse migranten. Ook blijkt sprake van verschillen tussen eerste en tweede generatie migranten, waarbij het risico op psychotische stoornissen in het bijzonder verhoogd is voor tweede generatie niet-Westerse migranten (De Wit et al., 2010; Veling et al., 2006). Mogelijke oorzaken voor dit verhoogde risico onder niet-Westerse migranten zijn psychologische *distress* veroorzaakt door een

⁴ <http://www.rivm.nl/media/profielen/gemeentelijst.html>

⁵ https://vois.datawonen.nl/jive/jivereportcontents.ashx?report=home_new

gebrek aan vaardigheden die nodig zijn in de Nederlandse maatschappij, ervaren acculturatieve stress en gevoelens van sociale nederlaag door een problematische verstandhouding met en stressvolle positie in de Nederlandse samenleving (Fassaert, 2010; Selten et al., 2012; Veling et al., 2006).

Daarnaast wijst onderzoek erop dat bij migrantengroepen in Nederland vaker sprake is van complexe problematiek dan bij personen met een Nederlandse achtergrond. Zo spelen naast psychische klachten vaak ook somatische, psychosociale en materiële problemen mee (College bouw ziekenhuisvoorzieningen, 2002). Juist de gebruikers van BW en de MO worden veelal gekenmerkt door problematiek op meerdere leefgebieden (Gemeente Utrecht, 2016). Wellicht wijst dit erop dat onder etnische minderheden een verhoogde kans is dat er beroep wordt gedaan op BW en de MO. Hierbij speelt ook het latere tijdstip waarop etnische minderheden in het algemeen professionele hulp zoeken of ontvangen een rol (College bouw ziekenhuisvoorzieningen, 2002; Fassaert, 2010). Hierdoor is er wellicht een kleinere kans dat zij beroep doen op eerstelijnszorg, maar juist een grotere kans op gespecialiseerde en intensieve zorg, zoals BW en de MO. Cijfers uit Amsterdam bieden hier enigszins ondersteuning voor. Specifiek voor volwassen mannen van Antilliaanse en Surinaamse afkomst blijkt hier namelijk te gelden dat de GGZ-kosten 93% hoger zijn dan voor de gemiddelde mannelijke cliënt (Heijnen, 2006). Het relatief hoge aandeel inwoners van Surinaamse en Antilliaanse herkomst in de stad kan hierdoor extra druk leggen op de GGZ (Heijnen, 2006). Hoewel de verschillen in toegang tot kwalitatieve zorg bij de meer voorkomende stoornissen tussen migranten en personen met een Nederlandse achtergrond kleiner blijken dan vaak gedacht (Fassaert, 2010), blijkt er bij de behandeling voor psychotische stoornissen bij etnische minderheden over het algemeen sprake van kortere wachttijden, meer doorverwijzingen vanaf de politie, meer crisiscontacten, meer gedwongen opnames en meer inbewaringstellingen (IBS-en) (De Wit et al., 2010; Fassaert et al., 2016). Al met al is er dus sprake van een verhoogde mate van onder andere psychotische stoornissen bij etnische minderheden en specialistische en intensieve zorg. Aangezien bekend is dat in de G4 sprake is van een hoog aandeel, met name niet-Westerse, migranten⁶ en dit aandeel alleen maar stijgende is (College bouw ziekenhuisvoorzieningen, 2002), zou dit de vraag naar en kosten voor voorzieningen zoals BW en de MO in de grote steden kunnen vergroten.

3.2.3. Mogelijke verklaringen verband: demografische en sociaaleconomische verschillen

Hoewel de oorzaak voor de gevonden urbaan-rurale verschillen in GGZ-problematiek niet eenduidig is vastgesteld (College bouw ziekenhuisvoorzieningen, 2002), worden er in de wetenschappelijke literatuur wel een aantal uiteenlopende verklaringen geboden. Ten eerste zouden inwoners van steden op een aantal kenmerken kunnen verschillen van inwoners van rurale gebieden, waardoor zij meer risico lopen op GGZ-problematiek. Zo verklaren de bevolkingssamenstelling en sociaaleconomische verschillen een deel van de verschillen tussen stad en platteland (Dekker et al., 1994; Marcelis et al., 1999; Wierdsma et al., 2010). Uit onderzoek blijkt dat het gebruik van en de kosten voor de GGZ nauw samenhangen met demografische en sociaaleconomische kenmerken (Goudriaan et al., 2005). Hierbij blijken de vier grote steden hoog te scoren op de landelijke risicofactoren voor de GGZ (aandeel alleenstaanden, aandeel migranten, economische positie en bevolkingsdichtheid) (College bouw ziekenhuisvoorzieningen, 2002). De meest genoemde sociaaldemografische factoren waarop stedelijke en landelijke gebieden zouden verschillen en die kunnen zorgen voor urbaan-rurale verschillen in de prevalentie van GGZ-problematiek worden hier kort toegelicht.

Aandeel alleenstaanden/eenpersoonshuishoudens

Ten eerste wonen in stedelijke gebieden meer alleenstaanden woonachtig, die een relatief hoog

⁶ https://vois.datawonen.nl/jive/jivereportcontents.ashx?report=home_new

psychiatrisch opnamerisico blijken te hebben en de kosten voor de GGZ omhoog drijven (College bouw ziekenhuisvoorzieningen, 2002; Dekker et al., 1994; Heijnen, 2006; Peen & Dekker, 1997; Ten Have, 2004). Hierbij lijkt sprake van een interactie tussen deze individuele factor alleenstaand zijn en omgevingsfactoren. Zo vergroot alleenstaand zijn het risico op schizofrenie, maar vooral in de meer sociaal geïsoleerde buurten (Van Os, Driessen, Gunther, & Delespaul, 2000). Zowel uit internationaal onderzoek als Nederlandse gegevens blijken alleenstaanden inderdaad oververtegenwoordigd te zijn in de steden, waaronder de G4^{7 8} (Marcelis et al., 1999; Veldheer, 1998).

Aandeel niet-Westerse migranten

Ook de hierboven al genoemde hogere prevalentie van GGZ-problematiek bij etnische minderheden speelt een rol bij de verhoogde prevalentie van GGZ-problematiek in de stedelijke gebieden (College bouw ziekenhuisvoorzieningen, 2002; Heijnen, 2006). Net zoals bij het aandeel alleenstaanden geldt ook hier dat interactie van deze factor met een omgevingskenmerk het risico op GGZ-problematiek vergroot. Zo blijkt dat niet alleen de afkomst zelf, maar ook de mate van etnische segregatie in de buurt het risico op psychiatrische problematiek kan vergroten (Sundquist et al., 2004).

Aandeel huishoudens met een laag inkomen

Naast de bevolkingssamenstelling blijken ook sociaaleconomische factoren van invloed op de prevalentie van GGZ-problematiek (Goudriaan et al., 2005; Peen & Dekker, 1997). Zo is een lage sociaaleconomische status, onder andere gemeten aan de hand van een laag huishoudinkomen, een belangrijke factor die samenhangt met psychische ongezondheid (De Graaf et al., 2010) en die het risico op psychotische stoornissen kan vergroten (Dekker et al., 1994). Het aandeel huishoudens met een laag inkomen blijkt binnen de G4 (met name in Amsterdam, Rotterdam en Den Haag) consistent hoger dan gemiddeld in Nederland^{9 10} (Van Hemert et al., 2014). Ook blijkt het risico op (langdurige) armoede in de grote steden groter dan in kleinere gemeenten (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2015).

Aandeel personen met een laag opleidingsniveau

Ten slotte zou ook het opleidingsniveau bij kunnen dragen aan de gevonden urbaan-rurale verschillen in de prevalentie van GGZ-problematiek. Het blijkt dat een laag opleidingsniveau sterk geassocieerd is met onder meer depressies en psychoses (Sundquist et al., 2004). Ook het NEMESIS-2 onderzoek wijst op een grotere kans op stemmingsstoornissen, angststoornissen, middelenstoornissen, aandachtstekort- of gedragsstoornissen en een antisociale persoonlijkheidsstoornis bij een lager opleidingsniveau (De Graaf et al., 2010). Gezien dit mogelijke verband tussen opleidingsniveau en GGZ-problematiek wordt in veel onderzoek naar het verband tussen stedelijkheid en de prevalentie van GGZ-problematiek voor opleidingsniveau gecontroleerd (zie bijvoorbeeld Dieperink et al., 2008; Peen et al., 2007; Sundquist et al., 2004; Van Os et al., 2001; Verheij et al., 1998).

Al met al laat bovenstaande zien dat het meergebruik en de meerkosten van de GGZ in de steden in elk geval deels gerelateerd lijkt aan kenmerken die in heel Nederland hetzelfde effect hebben, zoals het aandeel eenpersoonshuishoudens en een gemiddeld laag besteedbaar inkomen (College bouw ziekenhuisvoorzieningen, 2002; Goudriaan et al., 2005; Heijnen, 2006). Hierbij zijn onder andere de bevolkingssamenstelling en de sociaaleconomische positie van de inwoners, naast de bevolkingsdichtheid/stedelijkheidsgraad van de regio, meetbare variabelen die tot een verklaringsmodel

⁷ https://vois.datawonen.nl/jive/jivereportcontents.ashx?report=home_new

⁸ <http://www.rivm.nl/media/profielen/gemeentelijst.html>

⁹ https://vois.datawonen.nl/jive/jivereportcontents.ashx?report=home_new

¹⁰ https://vois.datawonen.nl/jive/jivereportcontents.ashx?report=home_new

voor het vóórkomen van GGZ-problematiek kunnen leiden (College bouw ziekenhuisvoorzieningen, 2002).

3.2.4. Mogelijke verklaringen verband: selectie-effecten

Hoewel urbaan-rurale verschillen deels verklaard lijken te worden door bovengenoemde demografische verschillen, wordt er in onderzoek waarin gecontroleerd wordt voor sociaaldemografische verschillen tussen stads- en plattelandsinwoners veelal nog steeds een verband gevonden tussen stedelijkheid en de prevalentie van GGZ-problematiek (Dekker et al., 1994; 2008; Krabbendam & Van Os, 2005; Peen et al., 2007; Sundquist et al., 2004; Van Os et al., 2001; Weich et al., 2006). Hoewel demografische verschillen dus zeker een rol kunnen spelen, dienen verklaringen verder dan dit te gaan. Verschillende aanvullende verklaringen voor een hogere prevalentie van GGZ-problematiek in de stedelijke gebieden zijn mogelijk. Een indeling binnen deze verklaringen die vaak gemaakt wordt is die tussen processen van selectie (degenen met problematiek of risico hierop verhuizen naar stedelijke omgevingen) versus processen van causatie (stedelijke omgevingen veroorzaken GGZ-problematiek). Volgens selectie hypothesen, ook wel drift hypothesen genoemd, zou er sprake zijn van selectieprocessen die ervoor zorgen dat er in steden sprake is van een hogere concentratie van zieke of voor ziekte vatbare personen en trekt de stad mensen met een predispositie voor psychische problemen aan (Peen & Dekker, 1997; Verheij et al., 1998). Deze selectie-effecten zouden het resultaat kunnen zijn van een concentratie van voorzieningen in de stedelijke gebieden waar personen met problematiek naartoe trekken en/of door andere kenmerken van de stad die een aanzuigende werking hebben.

Vanuit verschillende onderzoeken zijn er aanwijzingen dat processen van selectie ondergeschikt zijn aan processen van causatie (Dieperink et al., 2008; Krabbendam & Van Os, 2005; Sutterland et al., 2013). Er is in de wetenschappelijke literatuur al met al vrij weinig onderbouwing voor selectieve migratie van personen met problemen of risico's hierop naar de stad toe en verschillende onderzoekers vinden het dan ook onwaarschijnlijk dat selectieve migratie (alleen) het effect van stedelijkheid kan verklaren (Pedersen & Mortensen, 2001; Van Os et al., 2001; Verheij et al., 1998). Onder andere het onderzoek van Dalgard en Tambs (1997) biedt meer ondersteuning voor causatie dan selectieprocessen, aangezien een verbetering in de omgeving in dit onderzoek samen bleek te gaan met een verbetering in de geestelijke gezondheid. Echter, er gelden een aantal beperkingen waardoor selectiemechanismen niet zonder meer uitgesloten kunnen worden. Zo is er in het onderzoek van Verheij en collega's (1998) gekeken naar gezondheidsproblemen in het algemeen en dus niet specifiek naar GGZ-problematiek en zijn juist de personen die het meest relevant zijn voor het huidige onderzoek (degenen met zwaardere problematiek zoals dakloosheid en schizofrenie) niet in het onderzoek opgenomen. Wellicht dat selectieve migratie bij deze groepen een belangrijkere rol speelt (Verheij et al., 1998). Daarnaast benoemd het Sociaal Cultureel Planbureau dat beide uitgangspunten (causatie en selectie) geldige verklaringen zijn en elkaar kunnen opvolgen en versterken (Veldheer, 1998).

3.2.5. Mogelijke verklaringen verband: causale effecten van kenmerken van de stad zelf

Stedelijke stressfactoren

Naast selectie wordt ook causatie vaak aangedragen bij de zoektocht naar verklaringen voor urbaan-rurale verschillen. Bij causatie-effecten, ook wel de Breeder hypothese genoemd, wordt er vanuit gegaan dat kenmerken van de stad zelf en plaatsgebonden blootstelling aan stresserende kenmerken zorgen voor een hogere prevalentie van GGZ-problematiek onder de inwoners (Verheij et al., 1998). Er zijn in de literatuur aanwijzingen dat eigenschappen van de stad inderdaad voor stress kunnen zorgen bij de inwoners en zo het risico op GGZ-problematiek kunnen vergroten. Hoewel er nog weinig onderzoek is verricht naar welke specifieke stedelijke stressoren het risico op GGZ-problematiek vergroten (Paykel, Abbott, Jenkins, Brugha, & Meltzer, 2000; Peen et al., 2002; Sundquist et al., 2004), zijn typische

stedelijke stressfactoren die in de literatuur vaak genoemd worden onder andere de beperkte leefruimte, overvloedige stimulatie, sociale stress door hoge bevolkingsdichtheid en de gemiddeld kleine woningen en vele woningen van lage kwaliteit (Peen & Dekker, 1997; Peen et al., 2002). Daarnaast blijken hogere niveaus van dagelijkse stress en chronische moeilijkheden in de steden een rol te spelen, door hogere niveaus van criminaliteit en gevoelens van onveiligheid, meer sociaaleconomische deprivatie, geluidsvervuiling en luchtvervuiling door het verkeer (Marcelis et al., 1999; O'Donogue et al., 2015; Pedersen, Raaschou-Nielsen, Hertel, & Mortensen, 2004; Peen et al., 2002; Sundquist et al., 2004; Verheij et al., 1998). Voor geluidsvervuiling en luchtvervuiling heeft onderzoek aangetoond dat deze het risico op schizofrenie vergroten (Marcelis et al., 1999; Pedersen et al., 2004). Verdere onderbouwing voor de invloed van stedelijke stressfactoren komt uit het onderzoek van Paykel en collega's (2000). Dit onderzoek toont aan dat urbaan-rurale verschillen in mentale gezondheid voor een belangrijk deel het gevolg zijn van meer aversieve urbane omgevingen die voor meer levensstress zorgen (Paykel et al., 2000).

Een specifieke stresserende stedelijke factor die wel regelmatig onderzocht is en vaak wordt genoemd als mogelijke verklaring voor urbaan-rurale verschillen zijn verschillen in sociaal kapitaal, sociale deprivatie en een gebrek aan sociale cohesie (Peen et al., 2002). Belangrijke verschillen in prevalentie van psychiatrische problematiek binnen steden blijken geassocieerd met de sociale eigenschappen en het sociaal kapitaal van de buurt (Krabbendam & Van Os, 2005). Zo vinden O'Donoghue, Roche en Lane (2016) een hogere prevalentie van schizofrenie in sociaal gedepriveerde buurten, mogelijk omdat er in deze buurten sprake is van zwakkere sociale cohesie. In het onderzoek van Van Os en collega's (2003) is een interactie-effect gevonden tussen stedelijkheid en familiegeschiedenis van psychoses. De auteurs opperen dat sociale deprivatie in de buurtomgeving mogelijk de omgeving vormt die interacteert met genetische kwetsbaarheid en zo het risico op psychotische stoornissen vergroot (Van Os et al., 2003). Ook Sundquist en collega's (2004) benoemen een verminderd niveau van sociale steun en netwerken in steden een mogelijke verklarende factor voor urbaan-rurale verschillen. Het onderzoek van Dalgard en Tambs (1997) biedt hier ondersteuning voor. In dit onderzoek werd gevonden dat een verbetering in de kwaliteit van de buurt ook gepaard gaat met een verbetering van de geestelijke gezondheid van de buurtbewoners (Dalgard & Tambs, 1997).

Een aantal cijfers specifiek voor Nederland ondersteunen dat enkele van deze stresserende kenmerken meer worden ervaren door stadsinwoners. Zo blijkt uit cijfers van het CBS dat inwoners van de G4 zich twee keer zo vaak onveilig voelen in de eigen buurt dan de inwoners van andere, kleinere steden en daar waar ongeveer 5% van de inwoners van Rotterdam en Den Haag aangeeft zich vaak onveilig te voelen in de eigen buurt, is dit op het platteland minder dan 1%¹¹. Ook de monitor OGGZ van de G4 laat zien dat er binnen de G4 meer bewoners sociale overlast (18%) ervaren en meer bewoners (33%) zich vaak of wel eens onveilig voelen dan gemiddeld in Nederland (10 en 21%) (Van Hemert et al., 2014). Dat er ook daadwerkelijk meer sprake is van criminaliteit in de stedelijke gebieden blijkt onder meer uit cijfers van het CBS die laten zien dat het aantal geregistreerde misdrijven per 1.000 inwoners in de G4 over de jaren hoger ligt dan de gemiddelden in Nederland¹². Dat inwoners van steden in Nederland mogelijk meer omgevingsstress ervaren door een gebrek aan sociale cohesie wordt gereflecteerd in het lage cijfer dat zij geven aan de leefbaarheid van de buurt. Uit cijfers van het CBS blijkt dat de inwoners van zeer sterk stedelijke gemeenten onder andere minder positief reageren op stellingen over de sociale cohesie in de eigen woonbuurt dan de inwoners van niet-stedelijke gebieden. Hoewel inwoners van de stedelijke gebieden wel wat positiever zijn over de fysieke voorzieningen in de buurt, hangt deze tevredenheid over fysieke voorzieningen minder duidelijk samen met stedelijkheid als

¹¹ <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2010/32/inwoners-vier-grootste-steden-voelen-zich-het-onveiligst>

¹² <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=83363NED&D1=2&D2=0&D3=0,34,139,300,346&D4=5-10&HDR=G3,T&STB=G1,G2&VW=T>

de beoordeling van de sociale cohesie van de buurt^{13 14}. Tevens blijkt eenzaamheid in de G4 vaker voor te komen dan in de rest van Nederland (Van Hemert et al., 2014). De meer geïndividualiseerde samenlevingsvormen in de stad zouden niet alleen kunnen leiden tot meer GGZ-problematiek, maar er ook voor kunnen zorgen dat men minder een beroep kan doen op mantelzorg en eerder aangewezen is op professionele hulp (College bouw ziekenhuisvoorzieningen, 2002).

Tijdstip van causale impact

In het onderzoek naar urbaan-rurale verschillen in de prevalentie van GGZ-problematiek en mogelijke oorzaken hiervoor wordt ook gekeken naar wat nu precies het risico op deze problemen vergroot: het wonen in de stad of het geboren zijn/opgroeien in de stad. Er zijn aanwijzingen dat de invloed van stedelijkheid vooral vroeg in het leven (in de eerste zes levensjaren) groot is. Zo is er wel een relatie gevonden tussen geboren/opgegroeid zijn in een urbaan gebied en het risico op schizofrenie, maar geen relatie tussen urbaan verblijf op het moment van eerste opname voor schizofrenie (Marcelis et al., 1999). Ook blijkt de invloed van migratie naar Nederland toe op het ontwikkelen van psychotische stoornis vroeg in het leven het meest prominent, wat suggereert dat de vroege levensjaren een belangrijke periode vormen in het ontstaan van mentale ziekte (Veling, Hoek, Selten, & Susser, 2011). Daarnaast wijzen verschillende onderzoeken vooral op de invloed van stedelijkheid tijdens het opgroeien (Krabbendam & Van Os, 2005; Pedersen & Mortensen, 2001; Sutterland et al., 2013). Volgens hen moeten mogelijke verklaringen voor het verband tussen stedelijkheid en GGZ-problematiek dus niet gezocht worden rondom de geboorte of later in het leven, zoals bij selectie-effecten het geval is, maar tijdens het opgroeien. Hierbij kan, naast al eerder uitgewerkte mogelijke verklaringen, gedacht worden aan factoren zoals infecties, dieet en blootstelling aan vervuiling (Pedersen & Mortensen, 2001). Onderzoek dat wijst op vooral een invloed van de stad tijdens het opgroeien en niet van slechts het woonachtig zijn in een stad, biedt ondersteuning voor de invloed van causale effecten van de stad zelf, die vooral in de kindertijd opereren.

3.2.6. Verschillen in zorggebruik

Hoewel in voorgaande is vastgesteld dat het zeer waarschijnlijk is dat er in de stedelijke gebieden sprake is van een verhoogde prevalentie van GGZ-problematiek, hoeft deze verhoogde prevalentie zich niet per se te vertalen naar eenzelfde verhoogde mate van zorggebruik. Het is mogelijk dat naast verschillen in problematiek, ook andere factoren het zorggebruik beïnvloeden. Zo wijst het proefschrift van Ten Have (2004) op verschillen in zorggebruik die onder andere afhankelijk zijn van het soort stoornis, maar ook van sociaaleconomische en psychologische bronnen, zoals opleidingsniveau en het niveau van neuroticisme. Verder is het mogelijk dat stadsbewoners eerder professionele hulp zoeken omdat de afstand tot voorzieningen kleiner is of er minder vaak sprake is van mantelzorg (Peen & Dekker, 1997). Naast een verhoogde prevalentie van GGZ-problematiek zouden onder andere de bevolkingssamenstelling, een grotere aanwezigheid van risicogroepen en een meer sociaal geïsoleerde leefstijl (College bouw ziekenhuisvoorzieningen, 2002) ervoor kunnen zorgen dat er in de steden vaker gebruik wordt gemaakt van BW en de MO. Daarnaast kunnen ook culturele verschillen, zoals een snellere geneigdheid een beroep te doen op de professionele zorg (bijv. omdat de weg hiernaartoe beter bekend is of er minder stigma's geassocieerd zijn met het gebruik van zorg) en de verwijstradities in de regio (College bouw ziekenhuisvoorzieningen, 2002), een rol spelen.

Echter, specifiek met het oog op de rol van stedelijkheid in het zorggebruik is er Nederlands onderzoek dat erop wijst dat de kans op GGZ-gebruik bij de aanwezigheid van een stoornis niet verschilt

¹³ <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/09/stedelingen-geven-leefbaarheid-buurt-lager-cijfer>

¹⁴ https://vois.datawonen.nl/jive/jivereportcontents.ashx?report=home_new

tussen de stedelijke en landelijke gebieden en de verhoogde mate van problematiek in de steden zich vertaalt naar eenzelfde verhoogde mate van zorggebruik (Dieperink et al., 2008; Peen et al., 2007). Ook volgens Parikh en collega's (1996) maken degenen met een stoornis in stedelijke en landelijke gebieden in dezelfde mate gebruik van zorg en voorzieningen. Omdat volgens deze laatstgenoemde onderzoeken degenen met GGZ-problematiek in dezelfde mate zorg gebruiken, ongeacht of zij woonachtig zijn in een stedelijk of landelijk gebied, zou een hogere prevalentie van GGZ-problematiek zich dus ook vertalen naar een hogere vraag naar zorg hiervoor. Verder zijn een aantal van de bij dit pad gebruikte onderzoeken gebaseerd op zorggebruik en laten deze dus zien dat er in de steden niet enkel sprake is van een verhoogde prevalentie van GGZ-problematiek, maar ook van een verhoogd aandeel inwoners in zorg.

3.3. Resultaten pad 2: Hogere complexiteit GGZ-problematiek

3.3.1. Inleiding

De meeste onderzoeken naar urbaan-rurale verschillen focussen op de kwestie van kwantiteit: zijn stoornissen meer of minder prevalent in urbane dan in rurale omgevingen (Judd, Jackson, Komiti, Murray, Hodgins, & Fraser, 2002)? Naast de prevalentie van de problematiek kan ook gekeken worden naar de ernst hiervan. Er zijn namelijk aanwijzingen dat niet alleen de prevalentie van GGZ-problematiek een positieve relatie heeft met stedelijkheid, maar ook de ernst en complexiteit van de problematiek hiermee samenhangt. In de bevindingen van het tweede pad worden onder meer de aard, ernst, comorbiditeit en complexiteit van de problematiek nader uitgewerkt.

Belangrijkste punten pad 2

- Er wordt vooral een verband gevonden tussen stedelijkheid en relatief zware diagnoses, zoals psychotische stoornissen.
- Er blijkt ook sprake van een verhoogde mate van comorbiditeit in stedelijke gebieden, waarbij voor de doelgroep BW/MO met name de prevalentie comorbide middelenproblematiek relevant is. Tevens zijn er aanwijzingen voor meer autisme spectrum stoornissen in de stedelijke gebieden, maar niet voor meer (L)VB-problematiek.
- Een andere indicatie voor een verhoogde complexiteit van de problematiek en daarmee de vraag naar BW en de MO is het verhoogde aandeel personen met een justitiële voorgeschiedenis en de verhoogde mate van dwangmaatregelen in de stedelijke gebieden.
- Het gevonden verband tussen stedelijkheid en complexiteit van de problematiek is relevant met het oog op de verhoogde mate van zorggebruik en een hogere behoefte aan intensieve begeleiding (inclusief wonen) onder personen met complexe en comorbide problematiek.

3.3.2. Aard en ernst van de problematiek

Wanneer een stedelijke omgeving ziek maakt (pad 1), is het aannemelijk dat de ziekten zich ook in ernstigere mate zullen voordoen (pad 2) (Dieperink et al., 2008). Eerste aanwijzingen voor een hogere mate van complexiteit van de problematiek in stedelijke gebieden komen van onderzoeken die wijzen op verschillen in de sterkte van het verband tussen stedelijkheid en verschillende typen psychiatrische stoornissen. Zo blijken de geografische verschillen in schizofrenie groter dan die voor de meer gebruikelijke mentale stoornissen (Dieperink et al., 2008; McKenzie et al., 2002; Sundquist et al., 2004). Ook Nederlands onderzoek laat vooral een verband zien tussen stedelijkheid en psychotische en verslavingsstoornissen (Dekker et al., 1994). Onderzoek met Zorgis illustreert voor Amsterdam dat hier sprake is van in het specifiek veel cliënten met relatief zware diagnoses in zorg. Zo kent Amsterdam per 1.000 inwoners in 2003 86% meer cliënten met stemmingsstoornissen, maar wel liefst 184% meer cliënten met psychotische stoornissen (Heijnen, 2006). Deze verschillen zijn nog meer uitgesproken bij de incidentie per 1.000 inwoners in Amsterdam: 90% meer nieuwe cliënten met stemmingsstoornissen, tegenover 279% meer nieuwe cliënten met psychotische stoornissen in zorg (Heijnen, 2006).

Verdere onderbouwing voor een hogere ernst van de problematiek komt uit het onderzoek van Dieperink en collega's (2008), waarin is gevonden dat het verband tussen stedelijkheid en GGZ-problematiek des te meer geldt voor ernstige en langdurige stoornissen en voor langdurig zorgafhankelijke patiënten. Zo bleek de samenhang met stedelijkheid in het onderzoek sterker wanneer er sprake was van ambulante zorg én verblijf dan wanneer er enkel sprake was van ambulante zorg (Dieperink et al., 2008). Het onderzoek van Peen en collega's (2007) bevestigt dat psychiatrische stoornissen niet alleen vaker voorkomen in de meer verstedelijkte gebieden, maar ook complexer zijn. Ook wanneer er gekeken wordt naar de meer prevalentie stoornissen, zoals depressies, blijkt dat het verband tussen stedelijkheid en ernstige depressieve episodes sterker is dan met de niet-ernstige depressieve episodes (Penkalle & Kohler, 2014). Tevens wijst onderzoek specifiek naar chronische

psychiatrie dat verschillen in de prevalentie hiervan tussen regio's goed te voorspellen zijn vanuit verschillen in de bevolkingsdichtheid (Kroon et al., 1998). Ook blijkt ook een hogere prevalentie specifiek van EPA binnen de G4 (2.01 – 2.41%) dan gemiddeld in Nederland (1.51%) (Zorgverzekeraars Nederland, 2014). Een andere factor die kan bijdragen aan een hogere complexiteit van de GGZ-problematiek in de stedelijke gebieden is dat er in steden sprake is van een hoger aandeel etnische minderheden. Bij deze groep blijkt, zoals besproken bij pad 1, vaker sprake van psychotische stoornissen en complexe problematiek, met naast psychische klachten ook somatische, psychosociale en materiële problemen (College bouw ziekenhuisvoorzieningen, 2002; Heijnen, 2006). Al met al lijkt het er dus op dat vooral de meer ernstige problemen in hogere mate aanwezig zijn in de stedelijke gebieden.

3.3.3 Comorbiditeit van de problematiek

Prevalentie van comorbiditeit

Naast een complexere aard van de problematiek kan er in de steden ook sprake zijn van meer meervoudige problematiek. Deze comorbiditeit is van belang omdat de BW en MO doelgroepen veelal worden gekenmerkt door meervoudige problematiek en juist de opstapeling van verschillende problemen de noodzaak tot intensieve zorg en woonondersteuning vergroot. Dat ernst en comorbiditeit van de problematiek samengaan, blijkt ook uit internationaal epidemiologisch onderzoek dat erop wijst dat comorbiditeit vaker voorkomt bij patiënten met ernstigere stoornissen (Schrier et al., 2011). Onder andere in de 'National Comorbidity Study' (NCS) uit de Verenigde Staten is gevonden dat de kans op comorbiditeit in de zeer grote steden significant groter is dan op het platteland (Kessler et al., 1994). Hierbij blijken personen woonachtig in rurale gebieden ongeveer 40% minder kans te hebben op comorbiditeit van de 12-maands prevalentie van drie of meer stoornissen dan personen woonachtig in stedelijke gebieden (Kessler et al., 1994). Hierbij was zowel het verschil tussen rurale gebieden met de metropolen als met andere verstedelijkte gebieden significant, en blijkt dit patroon voornamelijk het gevolg van een zeer lage mate van comorbiditeit in de landelijke gebieden (Judd et al., 2002; Kessler et al., 1994). Een interessante bevinding uit de NCS studie is dat dit onderzoek zelfs een sterker verband aantoonde tussen stedelijkheid en comorbiditeit, dan tussen stedelijkheid en enkele prevalentie van stoornissen (Kessler et al., 1994). Er is in de stedelijke gebieden dus niet alleen sprake van een hogere prevalentie van GGZ-problematiek, maar ook en in het bijzonder van een verhoogde mate van meervoudige problematiek.

Ook Nederlandse studies laten een verband zien tussen stedelijkheid en comorbiditeit van de psychiatrische problematiek, waarbij de prevalentie van comorbiditeit significant hoger ligt in de stedelijke gebieden (Peen et al., 2002). Hierbij is het percentage van degenen met psychiatrische problematiek met meer dan twee diagnoses het hoogst in de meest verstedelijkte gebieden (Peen et al., 2007). Ook de comorbiditeit van vier of meer diagnoses blijkt opvallend hoog in de zeer sterk stedelijke gebieden, terwijl het percentage gevallen met slechts één diagnose juist lager is in de meest verstedelijkte gebieden (Peen et al., 2002). Verder wijst onderzoek erop dat hoe hoger de mate van psychiatrische comorbiditeit, hoe hoger het effect van stedelijkheid is (Penkalla & Kohler, 2014). Ook hierbij zou het hogere aandeel etnische minderheden in de stedelijke gebieden een rol kunnen spelen. Uit het onderzoek van Schrier en collega's (2011) blijkt namelijk, waarschijnlijk als gevolg van de verhoogde prevalentie en ernst van GGZ-problematiek onder etnische minderheden, tevens een verhoogde mate van comorbide angst- en depressieve stoornissen onder Turkse en Marokkaanse Nederlanders.

Comorbide persoonlijkheids- en middelenproblematiek

Een specifieke vorm van comorbide problematiek die bij cliënten BW en MO in de stedelijke gebieden meer zou kunnen spelen zijn persoonlijkheidsstoornissen. Naast de vooral verhoogde mate van

psychotische stoornissen blijkt uit het onderzoek met Zorgis dat er ook sprake is van een extra verhoogde mate van persoonlijkheidsstoornissen in Amsterdam (Heijnen, 2006) (prevalentie 226% meer en incidentie 254% meer, in vergelijking met de eerder genoemde 86% hogere prevalentie en 90% hogere incidentie van stemmingsstoornissen). Een andere specifieke factor die de problematiek in de steden complexer kan maken is comorbiditeit van alcohol- en drugsproblematiek. Zoals bij pad 1 al benoemd komen aan middelen gerelateerde stoornissen bij de doelgroep BW/MO naar verhouding veel voor. Daarnaast is uit veelvuldig wetenschappelijk onderzoek gebleken dat (ernstige) psychiatrische problematiek en aan middelen gerelateerde stoornissen vaak samen gaan (Cantwell, Brewin, Glazebrook, Dalkin, Fox, Medley, & Harrison, 1999; Dickey & Azeni, 1996; Kessler et al., 1994; Pettinati et al., 2010). Zo zou bij 47% van de personen met schizofrenie sprake zijn van comorbide middelenmisbruik¹⁵ (Dickey & Azeni, 1996). Dat comorbide aan middelen gerelateerde stoornissen een complicerende factor is blijkt onder meer uit dat de ernst van de verslaving de ernst van de psychiatrische stoornis vergroot en vice versa, comorbide middelenmisbruik geassocieerd is met een grotere ernst van symptomen en een slechtere prognose en mensen met een dubbele diagnose minder therapie zijn en vaker conflicten hebben in de privésfeer, worden opgenomen en werkloos en dakloos zijn¹⁶ (Cantwell et al., 1999; Pettinati et al., 2010).

Naast een verhoogde prevalentie van psychiatrische stoornissen, blijkt er in de steden ook vaker sprake te zijn van aan middelen gerelateerde stoornissen (De Ruiter et al., 2014). Zo wordt er in de steden meer alcohol geconsumeerd en cannabis gebruikt (Europese Commissie, 2004; Marcelis et al., 1999; Van Hemert et al., 2014; Vassos, Agerbo, Mors, & Pedersen, 2015). Hierbij blijkt dat het problematisch gebruik van alcohol, maar in nog sterkere mate het problematisch gebruik van drugs, vaker voorkomt in de stedelijke gebieden (Heijnen, 2006; Van Hemert et al., 2014; Vassos et al., 2015). De verhoogde mate van drugsgebruik in de steden zou onder andere verklaard kunnen worden door makkelijkere toegang, grotere 'peer pressure' en een meer open houding ten opzichte van middelengebruik (Dickey & Azeni, 1996; Europese Commissie, 2004; Vassos et al., 2015). Aangezien psychotische stoornissen en middelenmisbruik de meest voorkomende problematiek vormen onder de BW en MO populatie, deze stoornissen vaak samen blijken te gaan, en comorbiditeit in steden in verhoogde mate voorkomt, lijkt het waarschijnlijk dat deze combinatie van stoornissen ook binnen BW en de MO regelmatig voorkomt. Dat er bij de cliënten BW en MO sprake kan zijn van comorbiditeit van de problematiek blijkt ook uit de Amsterdamse monitor MO en BW 2010-2015, waarin bij 44% van de aangemelde cliënten sprake was van een combinatie van diagnoses op As 1 (Runtuwene & Buster, 2016). Daarnaast blijkt uit de Utrechtse volksgezondheidsmonitor dat bij de cliënten BW bij 27% sprake is van overlap tussen psychiatrische diagnoses en middelenmisbruik (GG&GD Utrecht, 2010a).

Comorbide (L)VB-problematiek

Een andere factor die mogelijk zorgt voor complexere problematiek in de stedelijke gebieden is bijkomende (licht) verstandelijke beperkingen ((L)VB-problematiek). Onder andere onderzoek dat erop wijst dat GGZ-problematiek zeer prevalent is bij personen met een verstandelijke beperking, meer dan in de algemene bevolking, laat zien dat er sprake kan zijn van overlap tussen GGZ-problematiek en verstandelijke beperkingen (Kiani, Tyrer, Hodgson, Berkin, & Bhaumik, 2013; Nicholson, 2012). Dat bijkomende (L)VB-problematiek specifiek voor kan komen bij cliënten BW en MO blijkt onder meer uit de meest recente Amsterdamse en Utrechtse monitoren voor BW en MO, waaruit blijkt dat bij respectievelijk 13% en 15% van de aangemelde cliënten sprake is van een verstandelijke beperking (Gemeente Utrecht, 2016; Runtuwene & Buster, 2016). In een rapport van de VNG wordt aangenomen

¹⁵ <https://www.trimbos.nl/themas/behandeling-dubbele-diagnose/feiten-en-cijfers-over-dubbele-diagnose>

¹⁶ <https://www.trimbos.nl/themas/behandeling-dubbele-diagnose/feiten-en-cijfers-over-dubbele-diagnose>

dat 25% van de doelgroep van BW en de MO een (licht) verstandelijke beperking heeft (Van Bergen & Heineke, 2015). Bij onderzoek onder Utrechtse zwerfjongeren was bij 25% sprake van een verstandelijke beperking, bij nog eens 7% een vermoeden hiervan en werd aangegeven dat er waarschijnlijk zelfs sprake is van een onderschatting van het daadwerkelijke percentage (Ballering & Van Bergen, 2013). In gesprekken met trajectbegeleiders werd benadrukt dat het hebben van een verstandelijke beperking een groot risico is voor dakloosheid (Ballering & Van Bergen, 2013), waarmee (L)VB-problematiek relevant lijkt voor het huidige onderzoek. Er zijn een aantal mogelijke verklaringen voor een verhoogde prevalentie van GGZ-problematiek onder verstandelijk beperkten: a) psychologische factoren, zoals moeite met het aangaan van betekenisvolle relaties, een hogere incidentie van mishandeling, pesten en een laag zelfvertrouwen; b) sociale factoren, zoals werkloosheid en slechte sociale netwerken; en c) biologische factoren, zoals de onderliggende oorzaak voor de verstandelijke beperking en geassocieerde gezondheidsproblemen (Nicholson, 2012).

Internationaal onderzoek naar de prevalentie van verstandelijke beperkingen wijst er echter niet op dat dit vaker voorkomt in de stedelijke gebieden, maar eerder op een negatief verband tussen stedelijkheid en (L)VB-problematiek. Hoewel niet elk onderzoek hiernaar dezelfde resultaten oplevert (Lai, Tseng, Hou, & Guo, 2012b; Nicholson, 2012), vinden meerdere onderzoeken een verhoogde prevalentie van verstandelijke beperkingen in de rurale en dus niet in de stedelijke gebieden (La et al., 2012b; Nicholson, 2012; Palmer, Walker, Mandell, Bayles, & Miller, 2010; Sondenaa, Rasmussen, Nottestad, & Lauvrud, 2010; Vassos et al., 2015). Hoewel er in de meeste onderzoeken dus een hogere prevalentie van GGZ-problematiek en middelengebruik wordt gevonden in de stedelijke gebieden, wordt het tegenovergestelde patroon gevonden met betrekking tot verstandelijke beperkingen (Sondenaa et al., 2010). Er is Nederland weinig bekend over regionale verschillen in de prevalentie van verstandelijke beperkingen. Met betrekking tot kinderen zijn er wel aanwijzingen dat er in de G4 sprake is van een licht verminderde prevalentie van verstandelijke beperkingen. Daar waar voor geheel Nederland namelijk geldt dat ongeveer 2% van het totaal aantal kinderen van 0 t/m 17 jaar een verstandelijke beperking heeft, is dit in Amsterdam 1.9%, in Rotterdam 1.8%, in Den Haag 1.4% en in Utrecht 1.7%¹⁷. Er lijkt dus geen sprake te zijn van een hogere concentratie van verstandelijke beperkingen in de G4.

Mogelijke verklaringen voor de verhoogde prevalentie van verstandelijke beperkingen in de rurale gebieden zijn onder andere: een lagere kwaliteit van medische zorg; verminderde culturele en onderwijsmogelijkheden; selectie-effecten door de verspreiding van voorzieningen en selectieve migratie van de meest competente personen naar de steden; en diagnose-effecten door problemen in het identificeren van LVB-problematiek en diagnostische substitutie van verstandelijke beperkingen en andere stoornissen, zoals autisme spectrum stoornissen. Een beperking van bovenstaande onderzoeken is dat de ernst van de verstandelijke beperking vaak niet wordt meegenomen, terwijl er aanwijzingen zijn dat dit een rol speelt en het bij personen met een licht verstandelijke beperking waarschijnlijker is dat zij dezelfde soort stressoren ervaren die normaal gesproken geassocieerd zijn met GGZ-problematiek (Kiani et al., 2013). Mogelijk geldt specifiek voor licht verstandelijke beperkingen dus geen of zelfs een positief verband met stedelijkheid.

Comorbide ASS

Ten slotte zouden ook bijkomende autisme spectrum stoornissen (ASS) voor een hogere complexiteit van de problematiek in stedelijke gebieden kunnen zorgen. Dat ASS voorkomen bij cliënten van BW en de MO blijkt onder andere uit de Amsterdamse monitor BW en MO waaruit blijkt dat er bij 11% van de

¹⁷ <https://www.volksgezondheinzorg.info/onderwerp/verstandelijke-beperking/regionaal-internationaal/regionaal>

aangemelde cliënten sprake was van een pervasieve ontwikkelingsstoornis (Runtuwene & Buster, 2016). Ook toonde 11% van de mensen in de nachtopvang in Utrecht een beeld van kindertijd of puberteitsstoornissen zoals ADHD en ASS (Van Everdingen, 2016). Er zijn aanwijzingen dat er sprake is van urbaan-rurale verschillen in de prevalentie van ASS. Zo blijkt stedelijkheid een significante voorspeller van ASS bij kinderen, waarbij er sprake is van een hogere prevalentie van ASS in de meer verstedelijkte gebieden (Lai, Tseng, Hou, & Guo, 2012a; Palmer et al., 2010). Ook in het onderzoek van Kiani en collega's (2013), waarbij is gekeken naar volwassenen, werd een positief verband gevonden tussen stedelijkheid en de prevalentie van ASS. Verdere onderbouwing voor dit verband wordt gegeven door het onderzoek van Vassos en collega's (2015) dat een sterk positief verband aantoonde tussen stedelijkheid en ASS en eerder onderzoek dat wees op een twee keer zo groot risico op ASS in stedelijke gebieden. Een verhoogd risico op ASS in meer verstedelijkte gebieden is aangetoond in geografisch en etnisch diverse gebieden, waaronder Japan, Denemarken en de Verenigde Staten (Becker, 2010). Echter, urbaan-rurale verschillen in de prevalentie van ASS zouden deels veroorzaakt kunnen worden door verschillen in de toegang tot diensten en (h)erkenning van de stoornis bij zowel de algemene bevolking als professionals (Vassos et al., 2015). De bevinding dat de urbaan-rurale verschillen in prevalentie kleiner lijken te worden, wijzen er mogelijk op dat deze verschillen (deels) veroorzaakt worden door verschillen in (medische en onderwijskundige) bronnen en bewustzijn van de stoornis bij ouders en professionals (Lai et al., 2012a). Verschillen kunnen echter ook (deels) veroorzaakt worden door verschillen in microbiële blootstelling tijdens de zwangerschap en vroege kindertijd en door een grotere blootstelling aan luchtvervuiling in stedelijke gebieden (Lai et al., 2012a). De urbaan-rurale spreiding van ASS zou tevens gerelateerd kunnen zijn aan verschillen in (over)gevoeligheid in het immuunsysteem ontstaan tijdens de vroege ontwikkeling (Becker, 2010).

Al met al zijn er dus aanwijzingen dat de GGZ-problematiek in de steden niet bemoeilijkt wordt door een hogere prevalentie van verstandelijke beperkingen, maar wel door een hogere prevalentie van ASS. Voor ASS ontbreekt het echter aan Nederlandse cijfers over (regionale verschillen in) het aantal diagnoses¹⁸ om te kunnen zeggen of er in Nederland ook sprake is van een verhoogde prevalentie in de stedelijke gebieden.

3.3.4. Justitiële voorgeschiedenis en dwangmaatregelen

Justitiële voorgeschiedenis

Naast de aard en de comorbiditeit van de problematiek, zouden ook forensische aspecten, zoals een justitiële voorgeschiedenis bij de cliënten of de inzet van dwangmaatregelen, iets kunnen zeggen over de complexiteit van de problematiek in de grote steden. Dat deze aspecten relevant kunnen zijn met betrekking tot BW en de MO blijkt onder meer uit dat een deel van de instroom in de intramurale GGZ afkomstig is van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) en BW regelmatig ingezet wordt als nazorg aan cliënten met een strafrechtelijke titel (Knispel, Haggenburg, & Van Hoof, 2012; Werkgroep Continuïteit van Zorg, 2015). Zo ontvangen zeker 400 cliënten per jaar na afloop van een strafrechtelijke titel zorg in BW, hoewel de omvang hiervan in de praktijk regionaal sterk kan verschillen (Werkgroep Continuïteit van Zorg, 2015). Daarnaast komt de verantwoordelijkheid voor het bieden van zorg na een straf bij zorgverzekeraars of gemeenten te liggen¹⁹ en wordt de zorg voor justitiabelen bekostigd door de gemeente wanneer hij/zij voor de strafrechtelijke titel zorg ontving vanuit de gemeente en de zorg is opgenomen in het vonnis²⁰.

¹⁸ <http://www.nji.nl/Autisme-Probleemschets-Cijfers>

¹⁹ <https://www.dji.nl/Onderwerpen/Volwassenen-in-detentie/Re-integratie-en-nazorg/Documenten/#paragraaf6>

²⁰ <https://www.forensischezorg.nl/zorginkoop-financiering/inkoop-forensische-zorg/financiering-forensische-zorg>

Dat een justitiële voorgeschiedenis mogelijk vaker een rol speelt in de stad, blijkt uit cijfers van het CBS. Vergeleken met de totale Nederlandse bevolking blijken verdachten van misdrijven namelijk onder andere vaker woonachtig in de G4²¹. Hierbij blijkt het aantal verdachten per 10.000 inwoners in sterk verstedelijkte gebieden ruim twee keer zo hoog als in niet-stedelijke gemeenten²². Ook het aantal veelplegers per 10.000 inwoners blijkt in de G4 twee maal zo hoog als in de rest van Nederland en het aantal zeer actieve veelplegers zelf 2.5 maal hoger (Van Hemert et al., 2014). Zoals te zien in tabel 1, is binnen de gehele G4 sprake van zowel meer volwassen als minderjarige verdachten per 10.000 inwoners dan gemiddeld in Nederland.

Tabel 1: Aantallen minderjarige en meerderjarige verdachten per 10.000 inwoners

	Minderjarige verdachten per 10.000 inwoners	Meerderjarige verdachten per 10.000 inwoners
Nederland	178	107
Amsterdam	403	173
Rotterdam	375	187
Den Haag	290	214
Utrecht	272	125

Bron: CBS, cijfers over 2015²³

Dwangmaatregelen

Voor een inschatting van de ernst en complexiteit van de problematiek en de oplossing hiervoor kan ook gekeken worden naar het aantal dwangmaatregelen in een gebied. Voordat iemand gedwongen opgenomen kan worden moet er een ernstig vermoeden zijn van een geestesstoornis die gevaar voor de patiënt zelf of de omgeving veroorzaakt, dient de patiënt niet vrijwillig te willen meewerken aan een behandeling en dient de gedwongen opname de laatste mogelijkheid te zijn (dus alle andere opties zijn overwogen of uitgetoet) ²⁴. Er zijn verschillende bronnen die wijzen op een verhoogd aantal dwangmaatregelen in de stedelijke gebieden in Nederland. Zo blijkt uit gegevens uit de Zorgatlas dat het aantal aangevraagde inbewaringstellingen (IBS-en) voornamelijk hoog is in de regio's Amsterdam en Haaglanden, en in iets mindere mate ook in Rotterdam, Utrecht en Noord-Limburg²⁵. Ook het rapport van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (2002) wijst erop dat er in de grote steden relatief veel gedwongen opnamen plaatsvinden. Het rapport van Wierdsma en collega's (2010) laat zien dat vooral in grote steden meer mensen in bewaring worden gesteld en het relatieve aantal Bopz-maatregelen toeneemt met de mate van verstedelijking. Volgens het rapport van Heijnen (2006) is er per 1.000 inwoners in Amsterdam zelfs sprake van driemaal zoveel mensen die onvrijwillig worden opgenomen als gemiddeld in Nederland en van de chronische patiënten viermaal zoveel. Hoewel niet in dezelfde mate als in Amsterdam, is ook in de andere grote steden sprake van een verhoogd aandeel onvrijwillige opnamen (Heijnen, 2006).

Gezien de genoemde vereisten die gelden voor gedwongen opnamen, zoals het vormen van een gevaar en het ontbreken van andere mogelijkheden, zou dit alles erop kunnen wijzen dat er in de steden sprake is van extra complexe problematiek, die minder vaak in een vrijwillig of ambulante kader op te

²¹ <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2014/45/verdachte-van-misdrijf-is-vaak-recidivist>

²² <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/25/grootste-daling-volwassen-verdachten-in-ruim-10-jaar>

²³ <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/25/grootste-daling-volwassen-verdachten-in-ruim-10-jaar>

²⁴ <http://www.zorgatlas.nl/zorg/geestelijke-gezondheidszorg/gebruik/afgegeven-last-tot-inbewaringstelling-per-gemeente/>

²⁵ <http://www.zorgatlas.nl/zorg/geestelijke-gezondheidszorg/gebruik/afgegeven-last-tot-inbewaringstelling-per-gemeente/>

lossen valt. Aangezien ook specifiek het gebruik van de forensische intensieve zorg in Amsterdam per 1.000 inwoners hoger lag dan gemiddeld (Heijnen, 2006), lijkt hier verdere ondersteuning voor. Belangrijk hierbij is dat onderzoek niet enkel wijst op een verhoogde omvang van de Bopz-problematiek in de grote steden, maar ook op een verhoogde mate van diversiteit van de problematiek en een sterkere toename van het aantal IBS-en (Wierdsma et al., 2010). Zo hangt de differentiatie in patronen van dwangopnamen (met o.a. vooral meer psychotische stoornissen en problemen wat betreft de openbare orde in de grote steden) samen met de aandacht van de grootstedelijke GGZ voor groepen patiënten met bijzonder zware problemen en stapelen de problemen zich meer op in stedelijke gebieden als gevolg van de bijzondere groepen en omstandigheden. De genoemde regionale verschillen in het aantal dwangmaatregelen kunnen een aantal verschillende oorzaken hebben. Zo kunnen ze het gevolg zijn van demografische verschillen (bijv. mannen en personen met een niet-Westerse afkomst lopen een verhoogd risico), het gevolg zijn van variaties in de toepassing van de regelingen en de kwaliteit van de GGZ, en kunnen stedelijkheid zelf en de concentratie van complexe problematiek in bepaalde achterstandsgebieden hierbij een rol spelen (De Wit et al., 2010; Wierdsma et al., 2010).

Al met al zijn er in elk geval aanwijzingen dat er in de stedelijke gebieden meer sprake is van personen met een justitiële voorgeschiedenis en voor wie zorg in een gedwongen kader plaatsvindt, wat een indicatie biedt voor een verhoogde mate van complexiteit van de problematiek en de te beiden oplossingen hiervoor in de stedelijke gebieden.

3.3.5. Samenhang met zorggebruik

De gevonden relatie tussen stedelijkheid en de ernst en comorbiditeit van de problematiek is extra van belang aangezien dit verband blijkt te houden met het zorggebruik. Zo blijken degenen waarbij sprake is van comorbiditeit van de problematiek meer gebruik te maken van zorg (Kessler et al., 1994). Ook het NEMESIS-2 onderzoek laat zien dat het hebben van meerdere As-1 aandoeningen sterk samenhangt met een hoger zorggebruik. Zo heeft een kwart van de mensen met één psychische aandoening in het afgelopen jaar enigerlei zorgvoorziening bezocht voor hun problemen tegenover ruim de helft van de personen met twee of meer aandoeningen (De Graaf et al., 2010). Daarnaast wordt comorbiditeit in het algemeen en specifieke comorbiditeit tussen psychiatrische problematiek en middelengebruik geassocieerd met een ernstiger verloop van de ziekten (Cantwell et al., 1999; Kessler et al., 1994; Pettinati et al., 2010). Dit zou belangrijke implicaties voor de behandeling hebben (Dickey & Azeni, 1996). Zo blijkt comorbide alcoholafhankelijk bij psychiatrische problematiek moeilijk te behandelen en zijn de kosten voor de psychiatrische behandeling substantieel hoger voor degenen met comorbide aan middelen gerelateerde stoornissen (Dickey & Azeni, 1996; Pettinati et al., 2010). Het lijkt er dus op dat een hogere mate van comorbiditeit in de stad ook samengaat met een hoger beroep op de zorg en dus de kosten voor zorg in de stad. Aangezien verder blijkt dat er bij BW sprake is van een relatieve toename van de groep met de langste woontijd in instellingen voor BW en een trend van toenemende zorgzwaarte (Trimbos-instituut, 2015b), kan dit de zorg in de steden onder druk zetten.

De bevinding dat de stoornissen van personen in rurale gebieden vaker 'puur' en enkelvoudig zijn dan comorbide/meervoudig, heeft volgens Kessler en collega's (1994) belangrijke implicaties voor de voorziening van zorg aan degenen met psychiatrische problematiek. Comorbiditeit is een grote complicerende factor die het moeilijk maakt voor de algemene gezondheidszorg om effectieve zorg te bieden en dus oproept tot specialistische zorg (Kessler et al., 1994). De bevinding dat de comorbiditeit van problemen in de rurale gebieden lager is, zou betekenen dat de problemen hier minder complex zijn en er minder noodzaak is tot gespecialiseerde en intensieve GGZ. Volgens Peen, Schoevers, Beekman en Dekker (2010) betekenen de hogere comorbiditeitscijfers in stedelijke gebieden, in aanvulling op de hogere prevalentiecijfers in het algemeen, dat er meer middelen aan stedelijke gebieden toebedeeld moeten worden. De verdeling van de middelen houdt de verhoogde behoefte aan diensten in stedelijke

gebieden volgens hen niet bij. Het gevolg hiervan zijn bijvoorbeeld lange wachtlijsten en druk om behandeling zo kort mogelijk te houden, wat een risico vormt voor de kwaliteit van de zorg (Peen et al., 2010). Al met al blijkt het gevonden verband tussen stedelijkheid en complexiteit van de problematiek relevant met het oog op de verhoogde mate van zorggebruik van personen met meervoudige problematiek en een hogere behoefte aan gespecialiseerde en intensieve begeleiding (inclusief wonen) onder personen met complexe en comorbide problematiek.

3.4. Resultaten pad 3: Hogere prevalentie huisvestingsproblematiek

3.4.1. Inleiding

Pad 3 heeft specifiek betrekking op huisvestingsproblematiek en de groep daklozen. Vanwege een verscheidenheid aan redenen zijn daklozen (met en zonder psychische problemen) en mogelijk urbaan-rurale verschillen in dak- en thuisloosheid moeilijk te onderzoeken. Er zijn bijvoorbeeld belangrijke methodologische problemen met betrekking tot het definiëren van dakloosheid, het trekken van representatieve steekproeven, het verzamelen van betrouwbare en valide data en het bewerkstelligen van longitudinale follow-up (Drake, Wallach, & Hoffman, 1989). Een andere beperking is dat woonvoorzieningen voor dak- en thuislozen vanuit verschillende sectoren (bijv. de MO, maar ook vanuit de GGZ, verslavingszorg en gehandicaptenzorg) worden aangeboden en iedere sector én iedere stad andere termen gebruikt om het aanbod te duiden (Van Hemert et al., 2014). Aangezien er geen eenduidige definitie van de MO is en de manier van tellen verschil uitmaakt, zijn er geen duidelijke cijfers over de hoeveelheid dak- en thuislozen in Nederland en geen betrouwbare cijfers over de (verschillen in de) grootte van de groep die gebruik maakt van de MO²⁶. Toch is het belangrijk om de (dreigend) dakloze populatie in kaart te brengen, aangezien dit een kwetsbare populatie vormt en gegevens kunnen helpen bij het plannen van diensten en toedelen van middelen (Ballering & Van Bergen, 2013; Troisi, D'Andrea, Grier, & Williams, 2015). In dit stuk zal daarom eerst de dak- en thuisloze populatie beschreven worden, waarna belangrijke oorzaken en risicofactoren voor huisvestingsproblematiek uitgewerkt worden en er wordt ingegaan op mogelijke urbaan-rurale verschillen in huisvestingsproblematiek.

Belangrijkste punten pad 3

- Aanvullende problemen waar (een deel van) de dak- en thuisloze populatie zoal mee kampt zijn psychiatrische, financiële en middelenproblematiek.
- Er zijn aanwijzingen voor selectie-effecten waardoor dak- en thuislozen naar de steden trekken.
- Belangrijke (individuele) risicofactoren voor huisvestingsproblematiek zijn onder meer financiële problemen, laag opleidingsniveau, aversieve ervaringen in de kindertijd en een geschiedenis van institutionalisering en detentie. Deze risicofactoren komen over het algemeen in de steden meer voor.
- Daarnaast spelen processen op de woningmarkt een belangrijke rol. Er zijn aanwijzingen dat er in de grote steden meer sprake is van krapte op de woningmarkt, waardoor het te verwachten valt dat hier sprake is van meer (dreigende) dakloosheid. Naast dat dit kan leiden tot meer instroom in BW en de MO, belemmert dit ook de uitstroom hieruit.
- Cijfers bieden ondersteuning voor de vaststelling dat huisvestingsproblematiek en dakloosheid zich concentreert in de steden.

3.4.2. Kenmerken van de dak- en thuisloze populatie

Voordat er wordt ingegaan op mogelijke urbaan-rurale verschillen in de prevalentie van huisvestingsproblematiek, kan het eerst relevant zijn om de kenmerken van de populatie duidelijker in beeld te krijgen. Wie zijn er zoal dakloos en welke andere problemen spelen er bij deze groep? Verschillende onderzoeken laten zien dat de dak- en thuisloze populatie voornamelijk bestaat uit volwassen mannen van tussen de 25 en 54 jaar (Buster et al., 2012; Gemeente Utrecht, 2016; GG&GD Utrecht, 2010b). Met betrekking tot de problemen waarmee daklozen veelal kampen, blijkt dat dakloosheid zowel een psychiatrisch als sociaal probleem kan vormen (Drake et al., 1989). Hierbij is vaak sprake van problematiek op meerdere leefgebieden tegelijk (Gemeente Utrecht, 2016). Met betrekking tot het psychiatrische aspect blijken in de MO veel mensen met psychiatrische problematiek te verblijven, waarvoor gespecialiseerde hulpverlening wenselijk is (College bouw ziekenhuisvoorzieningen,

²⁶ <https://www.trimbos.nl/themas/maatschappelijke-opvang/maatschappelijke-opvang-feiten-en-cijfers>

2002). Onderzoek onder de gebruikers van de winteropvang 2014/2015 in Amsterdam laat zien dat bij ongeveer een kwart sprake was van een indicatie voor psychiatrische problemen (Jenner, Buster, & De Wit, 2015). Specifieke stoornissen die onder de dakloze populatie in sterk verhoogde mate voorkomen zijn middelenafhankelijkheid en -misbruik, psychotische stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen (Fazel, Khosla, Doll, & Geddes, 2008; Reinking, Wolf, & Kroon, 2001). Hierbij is er vaak sprake van meerdere diagnoses tegelijk (Van Everdingen, 2016). Hoewel de prevalentie van psychiatrische problematiek dus hoger is onder dak- en thuislozen dan de algemene populatie (Fazel et al., 2008), blijkt er ook een groep daklozen waarbij deze (OGGZ-)problemen niet op de voorgrond staan en die hierdoor andere vormen van ondersteuning behoeven (Planije, Tuynman, & Hulsbosch, 2014). Zo is er sprake van een toenemende groep 'nieuwe daklozen': daklozen zonder (ernstige) GGZ- of verslavingsproblematiek, die door een combinatie van schulden, werkloosheid en hypotheeklast dakloos zijn geworden (Al Shamma, Van Straaten, Boersma, Rodenburg, Van der Laan, Van der Mheen, & Wolf, 2015; Trimbos-instituut, 2015a).

Naast de dakloosheid en eventuele psychiatrische problematiek, kan er ook sprake zijn van problemen met justitie; problemen rondom inkomen, werkgelegenheid en schulden; en problemen rondom middelengebruik (Al Shamma et al., 2015; Buster et al., 2012; GG&GD Utrecht, 2010b; Jenner et al., 2015; Van Everdingen, 2016). Hierbij blijkt de middelenproblematiek veelal tot instabiele woonsituaties te leiden en niet andersom (Drake, Wallach, Teague, Freeman, Paskus, & Clark, 1991). Ook wanneer er specifiek wordt gekeken naar de rechthebbenden²⁷ binnen de winteropvang (dus degenen die ook gebruik kunnen maken van de andere voorzieningen in de stad en zodoende waarschijnlijk representatiever zijn voor de MO), blijken deze problemen prevalent. Zo is onder meer een derde van de rechthebbenden binnen de G4 minstens één nacht gedetineerd geweest, heeft een kwart geen inkomen en 70% schulden (Buster et al., 2012). Ook uit onderzoek onder daklozen in Utrecht blijken deze problemen prevalent: 61% heeft de afgelopen vijf jaar contact gehad met politie en justitie en 87% heeft problematische schulden (GG&GD Utrecht, 2010b). Misbruik van alcohol en drugs komen tevens naar verhouding veel voor bij daklozen. Zo gebruikt 53% van de Utrechtse zwerfjongeren (bijna dagelijks cannabis (wat een hoger percentage is dan in soortgelijk onderzoek in Zeeland en Flevoland werd gevonden) en gebruikt 18% van de personen in de winteropvang cocaïne en/of opiaten (GG&GD Utrecht, 2010b; Van Hemert et al., 2014). Met betrekking tot het gebruik van middelen blijken belangrijke verschillen binnen de G4. Zo is bij slechts 3% van de rechthebbenden in Den Haag sprake van alcoholproblemen, terwijl respectievelijk 15, 16 en 18% van de Amsterdamse, Rotterdamse en Utrechtse rechthebbenden hiermee te kampen heeft (Buster et al., 2012). Daar waar in Amsterdam vooral in hogere mate sprake is van problemen op het gebied van middelengebruik, hebben in Rotterdam veel daklozen problemen op financieel terrein (Buster et al., 2012; Van Hemert et al., 2014). Ook blijken er een aantal verschillen tussen daklozen binnen de G4 en de rest van Nederland. Zo is het aandeel jonge daklozen (18-30 jaar) binnen de G4 lager dan daarbuiten en verblijven daklozen met een niet-Westerse achtergrond vaker in de G4²⁸.

3.4.3. Oorzaken en risicofactoren voor huisvestingsproblematiek: selectie-effecten

Het is ten eerste mogelijk dat selectie-effecten voor urbaan-rurale verschillen in huisvestingsproblematiek en dakloosheid zorgen. Hierbij kunnen bij mensen met huisvestingsproblematiek verschillende motivaties spelen voor het trekken naar de stad. Ten eerste is het mogelijk dat toegankelijke voorzieningen in de stad daklozen aantrekken (Veldheer, 1998). Zo blijkt dat Amsterdam een ruimer aanbod heeft van deze voorzieningen dan gemiddeld in Nederland (Heijnen,

²⁷ Rechthebbend wil zeggen dat de daklozen een binding hebben met de stad en daarmee toegang tot sociale voorzieningen en recht hebben op een uitkering en sociale woningbouw in de stad (Buster et al., 2012).

²⁸ <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/09/aantal-daklozen-in-zes-jaar-met-driekwart-toegenomen>

2006). Ook Amerikaans en Canadees onderzoek laat zien dat er mogelijk sprake is van migratie naar de stad toe van mensen met huisvestingsproblematiek die gebruik willen maken van voorzieningen (Fischer, Owen, & Cuffel, 1996; Forchuk et al., 2010). Doordat in Nederland de MO voorzieningen gecentreerd zijn in de centrumgemeenten, word tot dergelijke selectie-effecten door voorzieningen aangezet. Toch speelt migratie naar de stad toe vanwege voorzieningen in Nederland waarschijnlijk een minder grote rol, gezien de relatief gelijke verdeling van diensten en nabijheid van voorzieningen ook voor personen woonachtig in meer rurale gebieden (Verheij et al., 1998). Er zijn dan ook aanwijzingen dat bij de migratie naar de stad toe van dak- en thuislozen andere motivaties een belangrijkere rol spelen. Uit de winterkoude onderzoeken blijkt namelijk dat dak- en thuislozen zelf nauwelijks voorzieningen noemen als reden om naar de stad te trekken, maar dit vaker te maken heeft met zaken zoals werk, de liefde en het imago van de stad (leuk, mensen spreken Engels, eenvoudig drugs te krijgen) (Buster et al., 2010). Daarnaast zou schaamte een rol kunnen spelen bij selectie-effecten. Uit onderzoek van Fall (2014) blijkt dat veel dakloze mannen schaamte ervaren over hun dakloosheid. Als reactie op deze schaamte hanteren zij een aantal strategieën, zoals verbergen, vermijden, terugtrekken en isoleren (Fall, 2014). Een manier waarop ze dit zouden kunnen bewerkstelligen is door naar de grote, anonieme stad te trekken.

Cijfers uit verschillende winterkoude onderzoeken in Nederland bieden onderbouwing voor processen van migratie van dak- en thuislozen naar de steden toe. In de winteropvang in Amsterdam in 2014/2015 was bijvoorbeeld bijna de helft van de gebruikers minder dan één jaar in Amsterdam (29% korter dan 3 maanden en 19% tussen de 3 maanden en 1 jaar) (Jenner et al., 2015). Daarnaast had van degenen die gebruik maakten van de winteropvang, bijna 59% geen binding met Amsterdam, wat wil zeggen dat ze niet terug waren te vinden in het GBA en geen uitkering in Amsterdam ontvingen (Jenner et al., 2015). Uit eerder onderzoek in de Amsterdamse winteropvang 2012/2013 blijken vergelijkbare cijfers: 23% van de respondenten was korter dan 3 maanden in Amsterdam en 56% had geen regiobinding met Amsterdam (Hensen, Buster, & De Wit, 2013). Ook blijkt uit dit onderzoek onder Amsterdamse gebruikers van de winteropvang dat 42.1% dakloos is geworden in Amsterdam, 38.6% in het buitenland en ongeveer 20% in een andere plaats in Nederland, waarbinnen de andere G4-steden maar een kleine rol spelen en de meeste afkomstig zijn van elders in Nederland (Hensen et al., 2013). Onderzoek naar de winteropvang in de gehele G4 laat tevens zien dat een deel van de daklozen het afgelopen jaar niet dakloos is geworden in de betreffende stad, maar naar deze stad is gemigreerd (Buster et al., 2012). Zo is 25% van de respondenten gemigreerd naar één van de G4-steden, waarbij 62% afkomstig is uit het buitenland, 30% afkomstig is ergens vanuit Nederland buiten de G4 en 7% afkomstig is uit één van de andere G4-steden (Buster et al., 2012). Vooral in Amsterdam en Utrecht is sprake van migratie naar deze steden toe, aangezien de nieuwe daklozen in deze steden in meerderheid bestaan uit personen die naar deze steden zijn gemigreerd (Buster et al., 2012). Er lijkt dus zeker sprake van migratie van daklozen naar de stad toe, hoewel het niet bekend is hoeveel daklozen juist uit de G4 wegtrekken.

3.4.4. Oorzaken en risicofactoren voor huisvestingsproblematiek: causale effecten

Een verhoogde prevalentie van (dreigende) dakloosheid in stedelijke gebieden kan niet alleen komen door migratie van (dreigend) daklozen naar de stad toe, maar ook het resultaat zijn van causale kenmerken van de stad en een hogere prevalentie van factoren die het risico op woonproblematiek vergroten. Dakloosheid blijkt een complexe en multifactoriële oorsprong te hebben (Shelton, Taylor, Bonner, & Van den Bree, 2009). Aangezien daklozen een heterogene en gedifferentieerde groep vormen en aan dakloosheid een proces voorafgaat dat voor ieder individu anders verloopt (Al Shamma et al., 2015; Ballering & Van Bergen, 2013), bestaat dé dakloze ook niet. Echter, er zijn wel een aantal factoren die het risico in het algemeen lijken te vergroten. Deze risicofactoren zullen hieronder besproken

worden.

Financiële problemen

Naast de eerder al uitgewerkte GGZ- en middelenproblematiek, die ook een belangrijke rol spelen bij dakloosheid (Al Shamma et al., 2015; Elsinga, 2015), zijn er nog andere factoren die hieraan bij kunnen dragen. Deze oorzaken voor dakloosheid worden vaak opgedeeld in twee hoofdzakelijke categorieën: sociale oorzaken en oorzaken gerelateerd aan de woningmarkt (Elsinga, 2015). Financiële problematiek is één van de factoren die valt onder de sociale oorzaken. Een verminderde economische positie wordt genoemd als één van de belangrijkste risicofactoren voor instroom in de keten BW en MO (Gemeente Amsterdam, 2016) en gezegd wordt dat dakloosheid en armoede hand in hand gaan (Al Shamma et al., 2015). Verschillende wetenschappelijke onderzoeken wijzen er inderdaad op dat het inkomen gerelateerd is aan dakloosheid en dakloosheid vaak samen gaat met beperkte sociaaleconomische bronnen (Al Shamma et al., 2015; Caton et al., 2005; Herman, Susser, Struening, & Link, 1997; Shelton et al., 2009). Armoede blijkt een structurele en individuele risicofactor die personen kwetsbaar maakt voor huisvestingsproblematiek en dakloosheid (Ballering & Van Bergen, 2013; Herman et al., 1997) en armoede blijkt het verband dat regelmatig wordt gevonden tussen ernstige psychiatrische aandoeningen en sociale problemen zoals dakloosheid te modereren (Draine, Salzer, Culhane, & Hadley, 2002). Hierbij zijn zowel financiële problemen in de kindertijd als huidige financiële problemen significant en onafhankelijk gerelateerd aan dakloosheid (Shelton et al., 2009). Ook specifiek het hebben van schulden blijkt gerelateerd aan de stabiliteit van de huisvestings situatie: uit onderzoek onder daklozen in de MO in de G4 blijkt dat degenen die tijdens de instroom €1.000 of meer schuld hadden, 2,5 jaar later minder vaak tevreden stabiel gehuisvest waren (Al Shamma et al., 2015).

Zoals hierboven bij de kenmerken van de populatie ook beschreven heeft een belangrijk deel van de daklozen en de cliënten BW en MO te maken met problemen op het gebied van financiën (Gemeente Amsterdam, 2016; Gemeente Utrecht, 2016; GG&GD Utrecht, 2010b). Hierbij kan schuldenproblematiek zowel ten grondslag liggen aan de huisvestingsproblematiek (denk bijvoorbeeld aan uithuiszetting wegens huurschulden), als een belemmering vormen voor terugkeer naar zelfstandige huisvesting (Buster et al., 2012). Aangezien financiële problematiek dus een belangrijke risicofactor vormt voor huisvestingsproblematiek, zouden urbaan-rurale verschillen in financiële problematiek een rol kunnen spelen bij urbaan-rurale verschillen in dakloosheid. Zoals eerder al benoemd, is er in de grote steden sprake van een gemiddeld slechtere sociaaleconomische positie en in de G4 sprake van meer economische problematiek, zoals een hoger aandeel huishoudens met een laag inkomen, een uitkering en dat moeite heeft met rondkomen (College bouw ziekenhuisvoorzieningen, 2002; Van Hemert et al., 2014). Vrij lage percentages huishoudens met risico op armoede blijken met name te vinden in kleinere gemeenten (CBS, 2015). Doordat de groei in het aantal huishoudens met een laag inkomen bij de grotere gemeenten sterker was dan bij de kleinere gemeenten, zijn de verschillen tussen de grotere en kleinere gemeenten de afgelopen jaren toegenomen (CBS, 2015). Interessant is verder dat een vergelijking van daklozen met andere personen met lage inkomens laat zien dat wat hen onderscheidt is dat daklozen naast een laag inkomen over het algemeen ook kleinere sociale netwerken hebben, hun contacten minder betrouwbaar zijn en zij minder emotionele en materiële steun krijgen (Al Shamma et al., 2015). Aangezien er in de grote steden niet enkel sprake is van verminderde economische posities en financiële problematiek een belangrijke risicofactor blijkt voor dak- en thuisloosheid, maar er ook sprake is van beperktere sociale cohesie²⁹ en verhoogde gevoelens van eenzaamheid (Van Hemert et al., 2014), zou dit gezamenlijk tot een verhoogd risico op dakloosheid in de grote steden kunnen leiden.

²⁹ <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/09/stedelingen-geven-leefbaarheid-buurt-lager-cijfer>

Opleidingsniveau

Een andere factor die mogelijk het risico op huisvestingsproblematiek en dakloosheid vergroot, is een laag opleidingsniveau ofwel het niet hebben van een startkwalificatie. Uit cross-sectioneel onderzoek blijkt dat verschillen in opleidingsniveau daklozen van niet-daklozen onderscheiden (Caton et al., 2005). Verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat slechte schoolprestaties gerelateerd zijn aan dakloosheid (Shelton et al., 2009). Ook uit het onderzoek van Shelton en collega's zelf (2009) blijkt dat vroegtijdig schoolverlaten en een gebrek aan academische kwalificaties significante en onafhankelijke factoren zijn die bijdragen aan een verhoogd risico op dakloosheid (Shelton et al., 2009). Een gebrek aan academische kwalificaties kan daarnaast de kans op re-integratie in de samenleving verkleinen en daarmee het risico op chronische dakloosheid vergroten (Shelton et al., 2009). Dat er onder daklozen vaak sprake is van een laag opleidingsniveau blijkt onder meer uit Utrechts onderzoek in de nachtopvang, waarbinnen 52% alleen speciaal onderwijs of de lagere school heeft voltooid (Van Everdingen, 2016). Bij het verband tussen opleidingsniveau en dakloosheid is het belangrijk te onthouden dat een laag opleidingsniveau niet alleen een risicofactor vormt voor dakloosheid, maar ook het gevolg kan zijn van vroege dakloosheid en een mogelijk onderliggende kansarme jeugd (zie de volgende paragraaf).

Het opleidingsniveau in de grote steden is meer gepolariseerd dan in de rest van Nederland, waardoor er dus zowel relatief veel hoogopgeleiden zijn als relatief veel mensen zonder startkwalificatie (Veldheer, 1998). Uit cijfers van het CBS blijkt dat er historisch gezien in de G4 sprake is van een hoog aandeel jongeren zonder startkwalificatie in vergelijking met de rest van Nederland, maar dat er de afgelopen jaren binnen de G4 een flinke inhaalslag heeft plaatsgevonden³⁰. Cijfers uit 2014 laten echter zien dat er in de G4 nog steeds sprake is van relatief meer achterstandsleerlingen, voortijdige schoolverlaters en verzuim³¹. Ook Van Hemert en collega's (2014) en de GG&GD Utrecht (2010b) wijzen erop dat hoewel de aantallen de afgelopen jaren zijn gedaald, het aantal voortijdige schoolverlaters in de G4 nog steeds aanzienlijk hoger is dan in de rest van Nederland. De meest recente cijfers uit Statline, over 2014/2015, laten zien dat het percentage voortijdig schoolverlaters binnen de G4 (4.1%) nog altijd hoger ligt dan voor heel Nederland (2.5%). Hieruit blijken de andere gemeenten met meer dan 100.000 inwoners (3.1%) gemiddeld minder voortijdig schoolverlaters te kennen dan de G4, maar meer dan het Nederlands gemiddelde, terwijl het aandeel in de gemeenten met minder dan 100.000 inwoners (2.1%) juist lager ligt dan het gemiddelde voor heel Nederland³². Al met al zijn er dus aanwijzingen dat een laag opleidingsniveau en het niet hebben van een startkwalificatie risicofactoren vormen voor dakloosheid en blijken deze factoren in verhoogde mate aanwezig in de stedelijke gebieden.

Aversieve ervaringen in de kindertijd

Risicofactoren voor dakloosheid blijken tevens in het gezin en de opvoeding te liggen (Ballering & Van Bergen, 2013; GG&GD Utrecht, 2010b). Onder deze risicofactoren vallen onder andere een verstoorde hechtingsrelatie, intense familieconflicten, mishandeling en misbruik, slechte ouderlijke steun, afwezigheid van een ouder, persoonlijke problemen van de ouders, ouderlijke instabiliteit, ontoereikende familiale steun en uithuisplaatsingen en het opgroeien buiten het eigen gezin (Ballering & Van Bergen, 2013; Caton et al., 2005). Verschillende onderzoeken tonen aan dat aversieve ervaringen in de kindertijd een belangrijke risicofactor is voor latere dakloosheid (Caton et al., 2005; GG&GD Utrecht, 2010b; Herman et al., 1997; Shelton et al., 2009). Vooral mishandeling en misbruik, gebrek aan

³⁰ <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2012/17/aandeel-jongeren-in-het-onderwijs-of-met-startkwalificatie-neemt-toe>

³¹ <http://www.waarstaatjegemeente.nl/dashboard/Onderwijs--c32/>

³² <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=71294,NED&D1=3&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0-3&D7=1&VW=T>

ouderlijke zorg en het opgroeien in een tehuis of pleeggezin ofwel het gescheiden zijn van familie blijken belangrijke risicofactoren te zijn (Ballering & Van Bergen, 2013; Herman et al., 1997; Shelton et al., 2009). Er zijn verschillende manieren waarop aversieve ervaringen in de kindertijd tot latere dakloosheid kunnen leiden. Zo is het mogelijk dat deze ervaringen tot sociale isolatie leiden, wat het risico op dakloosheid vervolgens kan vergroten, of zouden deze ervaringen het risico op psychiatrische problematiek en vervolgens het risico op dakloosheid kunnen vergroten (Herman et al., 1997; Shelton et al., 2009).

Cijfers laten inderdaad zien dat een disproportioneel aantal daklozen aversieve ervaringen in de kindertijd rapporteert (Shelton et al., 2009). Zo laat onderzoek onder Utrechtse dakloze jongeren en jongvolwassenen zien dat er bij 86% problemen speelden in het gezin van herkomst, waarbij het bij de helft ging om een cumulatie van problematiek, en ongeveer twee derde van de jongeren bekend is bij de hulpverlening, vooral jeugdzorg en de Raad voor de Kinderbescherming (Ballering & Van Bergen, 2013; GG&GD Utrecht, 2010b). Gekeken naar de specifieke aversieve ervaring van kindermishandeling, lijkt het erop dat meldingen hiervan niet consistent hoger liggen binnen de G4. Daar waar deze in Amsterdam en Utrecht onder het landelijk gemiddelde liggen, ligt dit in Rotterdam en Den Haag juist ruim boven het gemiddelde³³. Het aandeel kinderen dat onder toezicht en (voorlopige) voogdij wordt gesteld ligt in Utrecht echter wel hoger dan het landelijk gemiddelde (GG&GD Utrecht, 2010b). Bovendien blijkt cumulatief wel bijna een derde van de landelijke contacten met het meldpunt kindermishandeling van de G4-regio te komen (Van Hemert et al., 2014). Tevens blijken de percentages inwoners die slachtoffer zijn geweest van huiselijk geweld in Amsterdam, Rotterdam en Den Haag hoger te liggen dan het landelijk gemiddelde (Van Hemert et al., 2014). Andere mogelijke risicofactoren in de kindertijd die veelal meer aanwezig zijn in de G4 zijn het aandeel eenoudergezinnen (wat wijst op de afwezigheid van een ouder) en kinderen met kans op armoede³⁴ (Van Hemert et al., 2014). Het is echter lastig om verschillende gemeenten te vergelijken op aversieve ervaringen in de kindertijd, zoals mishandeling en misbruik. Verschillen in cijfers zijn namelijk ook sterk afhankelijk van onderlinge verschillen in beleid en regionale samenwerkingsafspraken (Van Hemert et al., 2014). Of er in de praktijk dus sprake is van een verhoogde mate van aversieve ervaringen in de kindertijd in de stedelijke gebieden, blijft nog onduidelijk. Mogelijk vormen het bovengenoemde aandeel eenoudergezinnen en gezinnen in armoede daar wel een bruikbare proxy voor.

Institutionalisering en detentie

Tevens zouden eerdere institutionalisering en detentie verband kunnen houden met het risico op dakloosheid. Hoewel dit niet zeer vaak voorkomt, zijn er daklozen die zich melden na vertrek uit een (zorg)instelling (GG&GD Utrecht, 2010b; Hensen et al., 2013; Van Hemert et al., 2014). Zo wordt ontslag uit een instelling of beëindiging van de MO door 9% van de respondenten van het G4 winterkoude onderzoek genoemd als reden voor de laatste periode van dakloosheid (Buster et al., 2012). In onderzoek onder Utrechtse zwerfjongeren werd zelfs gevonden dat 22% dakloos is geworden vanuit een internaats, instelling of BW (Ballering & Van Bergen, 2013). Hoewel achterliggende oorzaken hierbij ook een rol kunnen spelen, kan het ontslag uit een inrichting een directe aanleiding of trigger voor de dakloosheid vormen (GG&GD Utrecht, 2010b). Dakloosheid kan ook ontstaan na detentie (Gemeente Utrecht, 2016; GG&GD Utrecht, 2010b; Van Everdingen, 2016). Antisociaal en overtredend gedrag, inclusief gearresteerd zijn en ervaringen in detentie, worden namelijk genoemd als factoren die bijdragen aan een verhoogd risico op dakloosheid (Al Shamma et al., 2015; Shelton et al., 2009). Uit het onderzoek van Caton en collega's (2005) blijkt ook dat een geschiedenis van arrestaties één van de

³³ <http://www.waarstaatjegemeente.nl/dashboard/Jeugd-en-jeugdhulpverlening--c13/>

³⁴ <http://www.waarstaatjegemeente.nl/dashboard/Jeugd-en-jeugdhulpverlening--c13/>

sterkste voorspellers is van langdurige dakloosheid. Ook het onderzoek van Al Shamma en collega's (2015) onder daklozen in de G4 laat zien dat gearresteerd of opgepakt zijn in het afgelopen jaar het sterkst samenhangt met een minder stabiele huisvesting 2.5 jaar later. Cijfers die wijzen op hoeveel daklozen voorafgaand aan de dakloosheid in detentie hebben gezeten, samen met bevindingen die wijzen op het belang van een justitiële voorgeschiedenis in het voorspellen van langdurige dakloosheid, benadrukken het verband tussen het strafrechtelijk rechtssysteem en het probleem van dakloosheid (Caton et al., 2005). Een belangrijke uitzondering op voorgaande is het onderzoek van Shelton en collega's (2009) zelf, wat geen onafhankelijk verband vindt tussen betrokkenheid bij criminaliteit en dakloosheid wanneer dit wordt bekeken in de context van andere determinanten. Wellicht is dit het gevolg van een gevonden verband tussen criminaliteit en drugsproblemen (Shelton et al., 2009).

In een directe telling bleek het aandeel daklozen dat zich binnen drie maanden na detentie heeft gemeld bij de centrale toegang gering (Van Hemert et al., 2014). Ook bleek voor slechts 7% van de daklozen in de Utrechtse nacht- en crisisopvang ontslag uit detentie de directe aanleiding voor de huidige dakloosheid (Van Everdingen, 2016). Onder andere uit de winterkoude onderzoeken blijkt echter dat 38% van de respondenten van het Amsterdamse onderzoek van 2014/2015 en 41% van de respondenten van het G4 onderzoek in het afgelopen jaar gedetineerd is geweest in een politiecel, huis van bewaring of Penitentiaire Inrichting (PI) (Buster et al., 2012; Jenner et al., 2015). Hierbij heeft 18% het afgelopen jaar specifiek in een PI gezeten (Buster et al., 2012; Van Hemert et al., 2014). Dit percentage blijkt binnen de G4 het laagst in Utrecht (11%) en het hoogst in Amsterdam (22%) (Buster et al., 2014). Ook uit onderzoek onder Utrechtse zwerfjongeren blijkt dat 60% in de afgelopen vijf jaar contact heeft gehad met politie en/of justitie (Ballering & Van Bergen, 2013). Mogelijk geeft de directe telling bij de centrale toegang dus een onvolledig beeld (Van Hemert et al., 2014). Verder is bij de uitwerking van pad 2 al beschreven dat er binnen de G4 sprake is van zowel meer volwassen als minderjarige verdachten van misdrijven per 10.000 inwoners³⁵ en het aantal (zeer) actieve veelplegers zeker twee keer zo hoog is (Van Hemert et al., 2014). Aangezien een voorgeschiedenis van criminaliteit en detentie een risicofactor blijkt voor dakloosheid en hier binnen de G4 in verhoogde mate sprake van is, lopen binnen de G4 mogelijk meer mensen risico op huisvestingsproblematiek in de vorm van dakloosheid.

Woningmarkt

Dakloosheid wordt niet alleen voorspeld door bovengenoemde individuele risicofactoren, maar ook door systeemfactoren (Al Shamma et al., 2015). Zo creëren structurele factoren, zoals huisvesting en het aanbod/de beschikbaarheid van betaalbare woningen, de condities waarin dakloosheid plaatsvindt en kunnen ook deze risicofactoren vormen voor dakloosheid (Al Shamma et al., 2015; Ballering & Van Bergen, 2013; Herman et al., 1997). Zonder structurele factoren zoals een ontoereikend aanbod van betaalbare woonruimte, is het onwaarschijnlijk dat eerder genoemde risicofactoren, zoals aversieve ervaringen in de kindertijd, frequent tot dakloosheid leiden (Herman et al., 1997). Problemen op de (sociale) woningmarkt, zoals de betaalbaarheid hiervan en uithuiszettingen, spelen dan ook een belangrijke rol bij dakloosheid (Elsinga, 2015). Het groeiend aantal dak- en thuislozen dat veelal bestaat uit (relatief) zelfredzame personen met sociaaleconomische problemen en die als gevolg van financiële problematiek hun huis verliezen (Gemeente Amsterdam, 2016), lijkt te wijzen op een toenemend belang van deze verklaring. Dat woonproblemen een rol spelen bij dakloosheid blijkt onder andere uit onderzoek naar Utrechtse zwerfjongeren waarin alle trajectmanagers hebben aangegeven dat er een tekort is aan goede betaalbare woonplekken voor (dreigend) dakloze jongeren (Ballering & Van Bergen, 2013). Ook in Amsterdam blijkt de beschikbaarheid van woonplekken een beperkende factor, waarbij de

³⁵ <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/25/grootste-daling-volvwassen-verdachten-in-ruim-10-jaar>

afgelopen jaren het aantal beschikbare woonplekken voor kwetsbare groepen nog meer onder druk is komen te staan (Gemeente Amsterdam, 2016). Een gevolg hiervan is dat de wachttijden voor een woning stijgen en het beroep op BW en de MO niet alleen toeneemt, maar ook de uitstroom uit BW en de MO naar een woning stagneert (Gemeente Amsterdam, 2016). Door de stagnerende uitstroom wordt er langer BW en MO geboden, waardoor de zorg ook duurder wordt. Onderzoeken uit de review van Dunn en Kyle (2007) laten zien dat stabiele en betaalbare woningen de lengte van de zorg kunnen verminderen.

Echter, betaalbare woningen op de sociale woningmarkt blijken bijzonder schaars (Wolf, 2015). Hierbij zou sprake kunnen zijn van regionale verschillen. Gekeken naar de wachttijden voor sociale huurwoningen zijn de bevindingen voor de grote steden en de G4 niet consistent: hoewel Amsterdam en Utrecht gespannen regio's zijn met de langste wachttijden van Nederland (8.7 jaar in Amsterdam en 7.4 jaar in Utrecht), zijn de wachttijden in de regio's Rijnmond/Rotterdam (3.3 jaar) en de Haaglanden (2.8 jaar) minder lang dan in vele andere regio's (Kromhout, Van Kessel, Van der Wilt, & Zeelenberg, 2016). Naast deze aanzienlijke verschillen binnen de Randstad, zijn er ook grote verschillen binnen de regio's, per gemeente, wijk en type woning (Kromhout et al., 2016).

Hoewel woningcorporaties en de sociale woningbouw een belangrijke rol spelen bij het huisvesten van personen met een laag inkomen (Kromhout et al., 2016), kan er voor een indicatie van krapte op de woningmarkt verder gekeken worden dan alleen de sociale huur. Zo is de vrije sector huur in de Randstad een minder goed alternatief voor de sociale woningbouw, aangezien er in de Randstad (vooral in het noorden van de Randstad) sprake is van de grootste krapte op de huurmarkt en de huurprijzen voor een gemiddelde huurwoning hier honderden euro's hoger liggen dan in de meer landelijke provincies³⁶. Dat er sprake is van een krappere woningmarkt in de stedelijke gebieden blijkt ook uit cijfers van de NVM. Hieruit blijken onder andere erg krappe woningmarkten in de regio's Amsterdam, Utrecht, Zuid-Kennemerland, Zaanstreek, Haarlemmermeer en Waterland, waarbij de oververhitting in de regio's in en om Amsterdam het grootst blijkt, gevolgd door Utrecht³⁷ (NVM, 2016). Andere regio's die qua dynamiek en krapte boven het Nederland gemiddelde liggen, zijn regio's met een grote stad, zoals Rotterdam en Den Haag, maar ook Groningen (de stad), Eindhoven en Enschede (NVM, 2016). Gebieden waar hier juist geen sprake van is, zijn onder andere de noordoostelijke regio's van Noord-Brabant, het zuidoosten van Groningen (de provincie) en de regio Den Helder (NVM, 2016). Ook blijken makelaars in veel sterk verstedelijkte gebieden een tekort aan nieuwbouwwoningen te ervaren (NVM, 2016). Daarnaast bieden CBS gegevens een indicatie voor een tekort aan betaalbare woningen in de stad ten opzichte van de meer rurale gebieden. Zo blijken de prijsstijgingen voor koopwoningen in de Randstad hoger dan gemiddeld. Bestaande koopwoningen zijn in 2015 ten opzichte van een jaar eerder in Amsterdam 14.6% duurder geworden, in Utrecht 9.8%, in Den Haag 8.0% en in Rotterdam 5.7%, terwijl de gemiddelde prijsstijging in Nederland 4.4% bedroeg³⁸. Ook de huurprijzen zijn de afgelopen jaren gestegen. Hierbij blijkt de gemiddelde huurstijging het afgelopen jaar in Amsterdam (+2.9%), Rotterdam (+2.2%) en Den Haag (+2.1%) hoger dan het landelijk gemiddelde (+1.9%), terwijl Utrecht hier onder lag (+1.5%)³⁹.

De verhoogde mate van financiële problematiek en het vaker moeite hebben met rondkomen in de G4, in combinatie met de krapte op de woningmarkt en hogere prijzen voor huur- en koopwoningen in de G4, zouden ervoor kunnen zorgen dat meer mensen hun huur of hypotheek niet kunnen betalen en zo dakloos (dreigen te) worden. Dat uithuiszettingen een aanleiding tot dakloosheid en uiteindelijk

³⁶ <https://www.nvm.nl/marktinformatie/huurmarkt>

³⁷ <http://www.vastgoedmarkt.nl/nieuws/2016/07/07/grote-regionale-verschillen-in-woningmarkt>

³⁸ <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/29/groot-regionaal-verschil-in-prijsstijging-koopwoningen>

³⁹ <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/36/laagste-huurstijging-in-vijf-jaar>

gebruik van de MO kunnen vormen⁴⁰, blijkt onder meer uit winterkoude onderzoeken waaruit blijkt dat ongeveer een kwart dakloos is geraakt nadat zij uit hun huis zijn gezet (Hensen et al., 2013). Betaalbare woonruimten zijn niet alleen belangrijk om dit te voorkomen, ook voor de door- en uitstroom van de MO zijn deze noodzakelijk (Wolf, 2015). Daarnaast is het voor een goed functioneren van de MO van belang dat wachtlijsten en te hoge toelatingscriteria, waardoor mensen geen plek kunnen krijgen en niet de hulp krijgen die zij nodig hebben, voorkomen worden (Wolf, 2015). Het is mogelijk dat verschillen in wachtlijsten en toelatingscriteria, naast de genoemde individuele risicofactoren en de krapte op de woningmarkt, ook een rol spelen in welke personen waar en voor hoe lang dakloos raken. Een woningfactor die verder mogelijk bijdraagt aan een hogere prevalentie van dakloosheid in de grote steden en door een expert is benoemd zijn de relatief grotere gezinnen in relatief kleinere woningen met minder kamers onder niet-Westerse migranten. Hierdoor ontstaan mogelijk eerder conflicten waardoor mensen sneller dakloos raken en/of is er minder ruimte om andere familieleden met huisvestingsproblemen op te vangen.

3.4.5. Ondersteuning voor urbaan-rurale verschillen in huisvestingsproblematiek

Op basis van bovenstaande risicofactoren voor dakloosheid, de relatief hoge 'scores' binnen de G4 op deze risicofactoren en de krapte op de woningmarkt, kan dus verwacht worden dat er binnen de grote steden sprake is van meer huisvestingsproblematiek en een hoger aandeel daklozen. Hoewel internationaal onderzoek niet geheel eenduidig is en Fischer en collega's (1996) bijvoorbeeld slechtere uitkomsten vinden bij personen met huisvestingsproblematiek in rurale gebieden, vanwege een beperktere toegang tot voorzieningen, lijkt het risico om dakloos te worden groter in stedelijke gebieden (Drake et al., 1991). Zo ligt het aantal psychiatrisch patiënten met instabiele woonsituaties dat dakloos wordt in de stedelijke gebieden hoger en blijken schizofrene patiënten met instabiele woonsituaties in de stedelijke gebieden een groter risico te lopen om feitelijk dakloos te worden dan in de rurale gebieden (Drake et al., 1991). Dit is ook relevant specifiek met het oog op BW en de MO, aangezien hier vaak personen blijken te zitten met zowel psychiatrische als huisvestingsproblematiek. Hierbij blijkt onder andere de beschikbaarheid van woningen bepalend in het voorkomen van negatieve uitkomsten in de rurale gebieden (Drake et al., 1991).

Ook verschillende cijfers uit Nederland bieden ondersteuning voor een hogere prevalentie van huisvestingsproblematiek en dakloosheid in de stedelijke gebieden. Zo worden in meerdere studies een grotere aanwezigheid van bepaalde groepen, waaronder dak- en thuislozen, in de grote steden genoemd en wordt in een rapport van het SCP gesteld dat er voldoende aanwijzingen bestaan voor de vaststelling dat dak- en thuisloosheid vooral een probleem van en voor de grote stad is (College bouw ziekenhuisvoorzieningen, 2002; Veldheer, 1998). Ook recentere gegevens wijzen hierop. Zo laten cijfers van het CBS zien dat dakloosheid zich met name in de grote steden concentreert. Bijna 40% van de daklozen in Nederland verblijft in Amsterdam, Rotterdam, Den Haag of Utrecht⁴¹ (Al Shamma et al., 2015). Verdere ondersteuning voor een hogere concentratie van dak- en thuislozen in de steden wordt geboden door Heijnen (2006), waaruit blijkt dat de zorg voor cliënten zonder woonadres in Amsterdam driemaal zo omvangrijk is als gemiddeld in Nederland. Zo bedroegen de kosten voor deze doelgroep gemiddeld in Nederland €7 per inwoner, tegenover €22 in Amsterdam (Heijnen, 2006). Dat deze verhoogde kosten voor dak- en thuislozen waarschijnlijk ook zullen gelden voor de andere steden uit de G4, blijkt uit het winterkoude onderzoek waaruit blijkt dat de aantallen opgevangen daklozen binnen de G4 vergelijkbaar is wanneer rekening wordt gehouden met verschillen in de grootte van de steden (Buster et al., 2012). Aanwijzingen dat een verhoogde prevalentie van huisvestingsproblematiek en

⁴⁰ <https://www.trimbos.nl/themas/maatschappelijke-opvang/maatschappelijke-opvang-feiten-en-cijfers>

⁴¹ <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2015/10/stijging-aantal-daklozen-lijkt-voorbij>

dakloosheid in de steden zich vertaalt naar een minstens zo verhoogd beroep op BW en de MO, komt uit onderzoek van Drake en collega's (1991), waaruit blijkt dat daklozen in de steden eerder gebruik maken van officiële voorzieningen zoals de opvang, terwijl daklozen in rurale gebieden vaker tijdelijk gehuisvest zijn bij familie, vrienden of burens. Het is de vraag of dit het gevolg is van een gebrek aan voorzieningen in de rurale gebieden of van andere factoren, zoals de eerder genoemde beperktere sociale cohesie en verhoogde mate van eenzaamheid, die het zorggebruik beïnvloeden. Hoewel er dus voldoende aanwijzingen zijn dat dakloosheid zich concentreert in de grote steden, is het onduidelijk in hoeverre dit het gevolg is van dat de voorzieningen hier gevestigd zijn. In elk geval lijkt er ook sprake van causale effecten die ervoor zorgen dat in de steden zelf meer mensen huisvestingsproblematiek ervaren en dakloos raken.

3.5. Resultaten pad 4: Regionale verschillen in kosten BW/MO zorg

3.5.1. Inleiding

In de voorgaande drie paden is beschreven hoe er in de stedelijke gebieden sprake is van een verhoogde prevalentie en complexiteit van GGZ- en huisvestingsproblematiek, waardoor er sprake zou kunnen zijn van een verhoogde vraag naar BW en de MO. Het is mogelijk dat niet alleen de vraag naar BW en de MO verschilt tussen stedelijke en landelijke gebieden, maar er ook sprake is van verschillen in de kosten die gepaard gaan met het verzorgen van BW en de MO. Dit vierde en laatste pad gaat over deze mogelijke urbaan-rurale verschillen in kosten. Er zijn twee belangrijke manieren waarop de kosten voor zorg verschillend zouden kunnen uitvallen in stedelijke en landelijke gebieden: 1) via verschillen in prijs per eenheid geboden zorg; en 2) via verschillen in de hoeveelheid en de aard van de zorg die benodigd is. Dat er van dit tweede punt sprake is, is uitgewerkt in de voorgaande drie paden. In dit pad zal verdere cijfermatige onderbouwing gegeven worden voor de uitwerking hiervan in de kosten, nadat eerst wordt ingegaan op de achtergrond van dit pad en de eerste manier waarop kosten verschillend kunnen uitvallen.

Belangrijkste punten pad 4

- Zoals verondersteld in het eerdere verdeelmodel van AEF, lijkt er in de steden sprake van een hogere mate van productiviteit en efficiënte, wat de kosten in de steden verlaagt.
- Er is echter ook sprake van kostenverhogende factoren in de steden, met name op het gebied van de grond- en huurprijzen en personeelskosten.
- Cijfers lijken erop te wijzen dat er geen sprake is van duidelijke regionale verschillen in kosten per cliënt (agglomeratie voor- en nadelen wegen wellicht tegen elkaar op), maar wel van hogere kosten per inwoner/verzekerde in de stedelijke gebieden. Dit wordt waarschijnlijk veroorzaakt door de in de eerdere drie paden uitgewerkte hogere prevalentie en ernst van GGZ- en huisvestingsproblematiek.

3.5.2. Achtergrond

Zoals in de inleiding van dit onderzoek ook benoemd, is in het eerder opgestelde verdeelmodel door AEF grootstedelijkheid opgenomen als afslag. Dit betekent dat het model werd aangepast zodat grote steden minder geld toegewezen krijgen. De gedachte hierachter was dat zorg efficiënter en dus ook goedkoper te organiseren zou zijn in meer verstedelijkte gebieden, onder andere omdat groepen sneller en efficiënter gevuld zouden worden en collectieve arrangementen makkelijker te organiseren zouden zijn (AEF, 2014). Door het opnemen van een negatieve factor stedelijkheid zouden dergelijke prijseffecten worden geneutraliseerd. De Raad voor de financiële verhoudingen achtte destijds deze aanname dat voorzieningen in stedelijke gebieden goedkoper worden aangeboden voldoende onderbouwd en stemde daarom in met deze negatieve prijscorrectie voor stedelijke gebieden (Raad voor de financiële verhoudingen, 2014). Echter, er zijn ook bezwaren geuit op deze keuze. Zo zou het opnemen van deze prijsverschillen niet consequent en rechtvaardig zijn, omdat er bij andere onderdelen van het Gemeentefonds ook geen rekening wordt gehouden met prijsverschillen tussen gemeenten (De Jonge, 2014). Interessant is verder dat deze negatieve prijscorrectie op basis van stedelijkheid niet alleen niet overal wordt opgenomen, maar stedelijkheid eerder zelfs is opgenomen met een positieve factor. Zo is in het verleden gekozen om de budgetten van de RIAGG's voor ongeveer 20% te bepalen op basis van het inwoneraantal van het verzorgingsgebied, positief gewogen met een factor die betrekking heeft op de stedelijkheidsgraad van de regio. Zo werden plattelandsgemeenten, forensengemeenten en die vier grote steden gefinancierd in de verhouding 1 : 1.444 : 2.705 (Hodiamont et al., 1992). De gedachte hierachter was dat stedelijke bewoners een grotere kans hebben op het invoeren van RIAGG-hulp en deze gebieden daarom extra financiering behoeft (Hodiamont et al., 1992). Ook in de uitvoeringstoetsen van het College voor ziekenhuisvoorzieningen inzake de herziening van de

planningsnorm GGZ is destijds een grootstedelijke norm als toeslag op de regionaal toe te passen norm voorgesteld, aangezien de opnameratio in de meest verstedelijkte gemeenten significant hoger is (College bouw ziekenhuisvoorzieningen, 2002). Verder worden er binnen het benchmarkonderzoek van ActiZ hypothesen geformuleerd (en onderbouwd) die ervan uitgaan dat zorgorganisaties in de grote steden te maken hebben met hogere kosten (ActiZ, 2014). Bij dit pad zal gekeken worden of de aanname van AEF dat de kosten in de steden lager liggen gerechtvaardigd lijkt en of er aanwijzingen zijn voor andere factoren die mogelijk kunnen leiden tot urbaan-rurale verschillen in de kosten voor BW/MO zorg.

3.5.3. Factoren die kunnen leiden tot verschillen in prijs per eenheid geboden zorg

Productiviteit en efficiëntie

In een rapport van het Centraal Planbureau (CPB) over de economie van de stad is een literatuuroverzicht opgenomen waaruit blijkt dat een hogere productiviteit door een grotere concentratie of dichtheid van banen in de literatuur veel aandacht heeft gekregen. In de steden is inderdaad sprake van zogenoemde agglomeratievoordelen, waardoor bedrijven en mensen in de steden productiever zijn (CPB, 2015). Hoewel dit afhankelijk is van het opleidingsniveau en van de specifieke sector, leidt een twee keer zo hoge bevolkingsdichtheid over het algemeen tot een 2 tot 5% hogere productiviteit (CPB, 2015). De hogere productiviteit van mensen in steden lijkt het gevolg van drie processen: 1) Delen: vaste kosten kunnen over meer afnemers verspreid worden; 2) Vinden: zoekkosten naar geschikte banen en werknemers zijn lager in een dichte arbeidsmarkt; en 3) Leren: directere interactie bevordert de productie en verspreiding van kennis (De Groot, Marlet, Teulings, & Vermeulen, 2010).

Huisvestingskosten (grond- en huurprijzen)

Echter, er blijkt in de steden niet enkel sprake te zijn van agglomeratievoordelen, maar ook van nadelen, zoals de hoge woonlasten (zowel hoge huurprijzen voor woonvoorzieningen als hoge prijzen voor bedrijfsruimten) (CPB, 2015). Uit een rapport van het CPB blijkt dat de grondprijzen in sterk verstedelijkte gebieden overduidelijk hoger zijn dan in de niet-verstedelijkte gebieden (De Groot et al., 2010). Tevens zijn de grondprijzen van de stedelijke gebieden in de Randstad nog eens duidelijk hoger dan de grondprijzen in stedelijke gebieden in de rest van het land (De Groot et al., 2010). Zelfs tussen stedelijke gebieden blijken de verschillen groot: daar waar in Amsterdam de gemiddelde grondprijs per m² ruim €700 bedraagt en in Utrecht bijna €400, is dit in Arnhem, Tilburg en Leeuwarden rond de €200 en in Heerlen en Geleen/Sittard €100 (De Groot et al., 2010). De verschillen tussen de grote steden en het platteland zijn nog groter: voor de meest aantrekkelijke stukken grond in Amsterdam en Den Haag is de prijs een factor 200 hoger dan de grond in grote delen van het Nederlandse platteland (De Groot et al., 2010). Tevens blijkt dat de verschillen in grondprijzen en de waardering voor de stad, met in het specifiek de Randstad, de afgelopen jaren zijn toegenomen (De Groot et al., 2010).

Dit wordt ook weerspiegeld in grote regionale verschillen in de huurprijzen, waarbij deze in Noord-Holland, onder invloed van de gemeente Amsterdam, het hoogst zijn met een gemiddelde huurprijs per m² van €13.70. Ook in de provincie Utrecht liggen de huurprijzen met €9.76 per m² ruim boven de huurprijzen in de andere provincies. In de meer landelijke provincies, zoals Friesland, Drenthe, Limburg en Zeeland, liggen de huurprijzen voor een gemiddelde huurwoning honderden euro's lager dan in de Randstad⁴². Gezien de bij pad 3 al benoemde grotere toename van de huurprijzen in de Randstad dan gemiddeld in Nederland, is er ook met betrekking tot de huurprijzen dus sprake van toenemende verschillen tussen de Randstad en de meer landelijke gebieden. Cijfers specifiek op het

⁴² <https://www.nvm.nl/marktinformatie/huurmarkt>

gebied van huisvestingskosten binnen de zorg wijzen ook op hogere kosten in de stedelijke gebieden. Uit het benchmarkonderzoek van ActiZ (2014) blijkt dat de huisvestingskosten per cliënt in de grote steden 10.9% hoger liggen. Gekeken naar het aandeel huurlasten blijkt dat deze 12.7% hoger liggen in de grote steden (ActiZ, 2014). Wederom blijken de verschillen groter te worden: waar de huisvestingskosten in de grote steden in 2013 ten opzichte van 2012 zijn gestegen, zijn deze buiten de grote steden gedaald (ActiZ, 2014). Hoewel dit mogelijk deels te verklaren valt door een daling van het aandeel cliënten zonder het sluiten van locaties, vormen de huisvestingslasten voor zorgorganisaties in de grote steden volgens ActiZ (2014) hoe dan ook een belangrijk aandachtspunt.

Personeelskosten

Uit het rapport van het CPB blijken niet alleen de grond- en huurprijzen duidelijk hoger te liggen in de stedelijke gebieden, ook de lonen blijken hier hoger. De bevinding dat er meer wordt verdiend in de stedelijke gebieden is niet alleen te verklaren door een concentratie van hoogwaardige banen in de Randstad (De Groot et al., 2010). Ook een willekeurige werknemer met gelijke kwalificaties verdient in de Randstad meer dan in de landelijke gebieden (De Groot et al., 2010). Hoewel individuele kenmerken, zoals opleidingsniveau, een groot gedeelte van de loonverschillen verklaren, geldt dat wanneer voor deze kenmerken gecorrigeerd wordt, een willekeurige werknemer die verplaatst wordt van Friesland naar Amsterdam naar verwachting nog steeds ruim 10% meer gaat verdienen (De Groot et al., 2010). Hoewel het hoge aandeel immigranten in de steden de lonen drukt, blijken de lonen na correctie voor regionale verschillen in persoonskenmerken hoger in de Randstad.

Ook andere factoren naast het hogere loon dragen bij aan gemiddeld hogere personeelskosten in de stedelijke gebieden. Zo blijkt dat er in de grote steden sprake is van een hoger verloop van personeel dan daarbuiten, wat tot hogere kosten leidt in verband met het inwerken en de administratie (ActiZ, 2014). Daarnaast is het ziekteverzuim en het percentage medewerkers met loonbeslag hoger in de grote steden, waardoor medewerkers extra aandacht nodig hebben en organisaties extra tijd in administratie investeren (ActiZ, 2014). Ook het hogere aandeel inhuur van personeel in de grote steden (9.6%) dan buiten de grote steden (5.4%) kan tot hogere kosten leiden (ActiZ, 2014). Verder is door een aantal experts benoemd dat in kleinere gemeenten de ketens van zorg vaak overzichtelijker zijn, waardoor de zorg makkelijker en dus goedkoper te organiseren zou zijn. Wanneer de keten groter is, zoals in de steden met de vele verschillende partijen vaak het geval is, zijn er meer kosten voor de coördinatie en regisseurs. Ook de complexere problematiek die is uitgewerkt in pad 2 kan eraan bijdragen dat er bij de zorgtrajecten in de steden meer organisaties betrokken zijn. Al met al blijkt dan ook dat de personeelskosten per fte in de grote steden hoger zijn, gemiddeld met 5.7%, dan daarbuiten, waarbij deze verschillen in 2014 ten opzichte van het voorgaande jaar groter zijn geworden (ActiZ, 2014).

Hoewel uit voorgaande opgemaakt kan worden dat de personeelskosten in de grote steden hoger liggen dan in de minder verstedelijkte gebieden, dienen er twee kanttekeningen geplaatst te worden. Ten eerste blijken volgens het ActiZ onderzoek ook een aantal kostenposten wat lager uit te vallen in de grote steden, namelijk de reiskosten (0.5% lager), de externe opleidingskosten (0.1% lager) en de kapitaallasten (0.2% lager). Hierbij blijken de verschillen echter wel een stuk kleiner dan bij de onderdelen waarop de kosten in de grote steden juist hoger uitvallen. Ten tweede dient opgemerkt te worden dat er niet enkel sprake is van verschillen tussen de grote steden en de gebieden daarbuiten, maar dat er ook tussen de grote steden en verschillende zorgorganisaties binnen die steden verschillen bestaan (ActiZ, 2014).

Al met al zijn er dus aanwijzingen dat het AEF gelijk had met betrekking tot de hogere productiviteit en efficiëntie in de grote steden, maar blijkt er ook sprake van een aantal factoren waardoor de kosten in de steden juist hoger kunnen uitvallen. In andere woorden: er is in de steden zowel sprake van agglomeratievoordelen als nadelen. Voor ondernemingen betekent dit dat hoewel in

bepaalde regio's (de steden) een hogere productiviteit kan worden gerealiseerd, dit niet resulteert in meer winst omdat arbeidskosten en grond- en huurprijzen op een hoger niveau liggen (De Groot et al., 2010). Hierbij ondervindt niet iedereen in dezelfde mate voordeel bij het vestigen in de stad. Zo ondervinden ruimte-intensieve ondernemingen al snel meer hinder van de hoge grondprijzen in de steden dan dat ze agglomeratievoordelen met betrekking tot productiviteit en efficiëntie ondervinden (CPB, 2015). Specifiek met betrekking tot BW en de MO kunnen de agglomeratienadelen er onder andere voor zorgen dat door de hoge prijzen voor huizen, bedrijfspanden en personeel de BW en MO instellingen in de stad hogere kosten hebben. Het is de vraag hoe de balans tussen agglomeratievoordelen en –nadelen in de praktijk precies uitslaat voor BW en de MO.

3.5.4. Verschillen in de kosten per inwoner/verzekerde

Te verwachten hogere kosten in stedelijke gebieden

Hoge kosten kunnen niet alleen veroorzaakt worden door bovengenoemde kostenposten die kunnen zorgen voor hogere prijzen per eenheid zorg, maar ook het gevolg zijn van een hoog percentage patiënten en de duur van de zorg (De Ruiter, Van Greuning, & Van Gerwen, 2015). In de voorgaande drie paden is vastgesteld dat er in de stedelijke gebieden meer sprake is van GGZ- en huisvestingsproblematiek en de problematiek ook complexer is. Theoretisch gezien lijkt het logisch dat deze verhoogde mate en zwaarte van de problematiek leidt tot een zwaardere zorgvraag, wat bij een juist, aansluitend aanbod ook zou leiden tot gemiddeld hogere kosten. In pad 2 is onder andere beschreven hoe er vooral meer sprake is van de zwaardere problematiek, zoals psychotische stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Deze problematiek blijkt in de algemene GGZ per cliënt de meeste zorg te vergen en dit blijken veruit de duurste cliënten te zijn (Heijnen, 2006). Daarnaast blijkt de juridische status van een cliënt een belangrijke kostenbepalende factor en lijkt het erop dat de in pad 2 beschreven verhoogde mate van dwangmaatregelen in de steden tot hogere kosten leiden (Dekker et al., 1994). Op basis van voorgaande kan dus verwacht worden dat er in de steden sprake is van verhoogde kosten voor BW en de MO. Dat er in het algemeen sprake kan zijn van verhoogde zorgkosten in (bepaalde wijken in) de grotere steden, blijkt onder andere uit een recente analyse van Buurtfacts op Vektis data^{43 44}. Hierin komt naar voren dat de wijken met de hoogste zorgkosten gelegen zijn in stedelijke gebieden en de zorgkosten het laagst zijn in het zuidwesten van Friesland.

Regionale verschillen in kosten GGZ en Wmo zorg per cliënt

Het is lastig om regionale verschillen in kosten specifiek aan te tonen voor BW en de MO. Wel zijn er een aantal studies die verheldering kunnen bieden over de kosten voor de GGZ en de Wmo-zorg in het algemeen. Zo laten de cijfers uit de EPA vignettenstudie (Zorgverzekeraars Nederland, 2014) zien dat hoewel de prevalentie van EPA in Amsterdam het hoogst is van de grote en middelgrote gemeenten en de prevalentie in de andere drie grote steden ook vrij hoog is, de steden uit de G4 in de middenmoot lijken te vallen met betrekking tot de totale kosten per cliënt. Gekeken naar deze totale kosten voor EPA per cliënt, valt op dat er zowel middelgrote gemeenten zijn waar deze lager liggen, als gemeenten waar deze hoger liggen (kleine gemeenten zijn in dit onderzoek niet opgenomen) (Zorgverzekeraars Nederland, 2014). Uit deze studie blijkt dus dat er binnen de G4 geen sprake is van opvallend hoge kosten per EPA cliënt, maar ook niet van opvallend lagere kosten. Een blik op de Vektis data (De Ruiter et al., 2015) leidt tot een vergelijkbare conclusie. Hieruit blijken wel hoge gemiddelde verblijfskosten bijvoorbeeld in Amsterdam en Rotterdam, maar ook in een aantal andere gebieden. Verder lijkt het erop dat de gemiddelde totale GGZ-kosten per patiënt per stoornis een verschillend patroon laten zien (De

⁴³ <http://www.rtlnieuws.nl/gezondheid/meeste-zorgkosten-gemaakt-voor-inwoners-lelystadse-wijken>

⁴⁴ <http://www.omroepwest.nl/nieuws/3254114/Drie-Haagse-wijken-ontzettend-duur-voor-zorgverzekeraars>

Ruiter et al., 2014). Ook blijken de regionale verschillen afhankelijk van het type zorg dat geboden wordt. Zo wordt specifiek voor de extramurale geneeskundige GGZ wel gevonden dat de kosten per cliënt toenemen met de stedelijkheidsgraad (Goudriaan et al., 2005). Studies die wijzen op een sterke samenhang tussen de GGZ-kosten en verblijfsduur (De Ruiter et al., 2014) bieden indicatie dat ook specifiek de kosten voor BW en de MO bij kunnen dragen aan regionale verschillen in zorgkosten.

Verhoogde kosten per inwoner/verzekerde

Bovenstaande cijfers gaan voornamelijk over de gemiddelde kosten per cliënt. Hierbij lijkt geen sprake van consistente aanzienlijke regionale verschillen. Wanneer er gekeken wordt naar de gemiddelde kosten per inwoner of per verzekerde, ontstaat een ander beeld. Zo laat het onderzoek van Heijnen (2006) zien dat het aantal GGZ-cliënten en de kosten voor het GGZ-gebruik in Amsterdam ongeveer de helft hoger zijn dan gemiddeld in Nederland. Er zijn een aantal factoren die bijdragen aan de meerkosten in Amsterdam, zoals de driemaal zo omvangrijke zorg voor cliënten zonder woonadres en de zwaardere GGZ-problematiek (Heijnen, 2006). De in de eerdere paden uitgewerkte hogere complexiteit van de GGZ-problematiek en meer prevalentie huisvestingsproblematiek blijken dus voor hogere kosten te zorgen. Door een andere productmix aan te bieden lijkt Amsterdam desondanks de kosten per cliënt over het geheel op een vergelijkbaar niveau te houden als in de rest van Nederland. De niet sterk verhoogde kosten per cliënt in Amsterdam lijken dus vooral een gevolg van dat hier zoveel mogelijk wordt ingezet op het drukken van de kosten en niet omdat hier minder behoefte aan zorg is of de zorg zelf goedkoper is. De aanbeveling van Heijnen (2006) was destijds dan ook om het GGZ-budget voor Amsterdam overeind te houden, aangezien er eerder sprake is van een tekort dan een teveel aan zorg.

Een aantal cijfers uit Heijnen (2006) illustreren het voorgaande. Voor de GGZ-cliënten van 18 tot 65 jaar geldt dat er 40% meer cliënten per 1.000 inwoners zijn in Amsterdam ten opzichte van Nederland, maar de kosten van het GGZ-gebruik zijn per cliënt maar 2% hoger. Al met al is er sprake van 43% meer kosten per inwoner, maar dit lijkt dus vooral het gevolg van een hoger aantal cliënten per 1.000 inwoners en niet zozeer van verhoogde kosten per cliënt. Wanneer specifiek gekeken wordt naar de forensische en intensieve psychiatrie is sprake van 26% meer cliënten per 1.000 inwoners in Amsterdam, zijn de kosten per cliënt zo'n twee keer zo hoog en de kosten per inwoner ongeveer tweënhalf keer zo hoog. Hier lijken de verhoogde kosten per inwoner dus zowel veroorzaakt te worden door een hoger aandeel cliënten als door hogere kosten per cliënt. Dit lijkt erop te wijzen dat de verschillen in kosten voor zorg afhankelijk zijn van het type zorg/de specifieke doelgroep. Ook cijfers van de CBS monitor langdurige zorg laten verschillen tussen typen zorg zien. Uit deze cijfers specifiek voor de Wmo blijkt dat er voor de meeste, maar niet alle onderdelen uit de Wmo geldt dat er met een toename van het aantal inwoners in een gemeente sprake is van een toename in de kosten per inwoner en dat er sprake is van een groter negatief saldo (afweging van de baten en kosten) per inwoner in de meer stedelijke gebieden. Voor de onderdelen 'maatschappelijke begeleiding en advies', 'sociaal cultureel werk', 'voorzieningen gehandicapten' en 'openbare gezondheidszorg' lijkt sprake van een lineair verband, waarbij het saldo van kosten en baten steeds afneemt met een grotere gemeentegrootteklasse. Ook specifiek gekeken naar de G4 blijkt dit te gelden, waarbij voor Amsterdam, Rotterdam en Den Haag naast de genoemde onderdelen aanvullend sprake is van een groter negatief saldo voor de centra voor jeugd en gezin dan gemiddeld in Nederland⁴⁵.

Verdere onderbouwing voor hogere kosten per verzekerde wordt geboden door een APE studie naar de geneeskundige GGZ. Hieruit blijkt dat de GGZ-kosten per verzekerde in de meest stedelijke gebieden aanzienlijk hoger zijn dan in de niet-stedelijke gebieden, waarbij de kosten per verzekerde in

⁴⁵ <http://mlzstatline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=40039NED&D1=6-11&D2=a&D3=16,135,323,378&D4=4&VW=T>

de G₄ circa twee derde hoger zijn dan in de rest van Nederland (Goudriaan et al., 2005). Er blijkt volgens dit onderzoek een sterke samenhang tussen de stedelijkheid van een gebied en de kosten per verzekerde (Goudriaan et al., 2005). Verschillende tabellen en grafieken uit Heijnen (2006) laten zien dat over het algemeen de kosten per cliënt in de steden niet hoger liggen, maar de kosten voor GGZ per inwoner of verzekerde wel. Hierbij is wel sprake van verschillen binnen de G₄: de GGZ-kosten in Amsterdam per verzekerde zijn een derde hoger dan in de andere drie steden, waar de kosten nog steeds 50% hoger zijn dan het landelijk gemiddelde. Verdere onderbouwing voor een verhoogde GGZ omvang en verhoogde GGZ kosten per verzekerde komt van [waarstaatjegemeente.nl](http://www.waarstaatjegemeente.nl)⁴⁶. Op basis van gegevens van deze website zijn de volgende tabellen gemaakt:

	GGZ omvang per 10.000 verzekerden	GGZ kosten per verzekerde
Nederland	553 / 10.000	€219
Amsterdam	725 / 10.000	€315
Rotterdam	587 / 10.000	€249
Den Haag	658 / 10.000	€265
Utrecht	701 / 10.000	€294

Tabel 2: GGZ omvang en kosten voor Nederland en de G₄-steden

	GGZ omvang per 10.000 verzekerden	GGZ kosten per verzekerde
Zeer sterk stedelijk	656 / 10.000	€277
Sterk stedelijk	603 / 10.000	€244
Matig stedelijk	530 / 10.000	€199
Weinig stedelijk	472 / 10.000	€174
Niet stedelijk	456 / 10.000	€163

Tabel 3: GGZ omvang en kosten op basis van stedelijkheidscategorie

Uit deze twee tabellen is op te maken dat voor alle steden uit de G₄ geldt dat de omvang en de kosten per verzekerde hoger liggen dan het gemiddelde in Nederland en dat zowel de omvang als de kosten per verzekerde met elke toename in stedelijkheidsgraad omhoog gaan.

Dat dit niet alleen voor de GGZ en de Wmo in het algemeen, maar ook specifiek voor BW en de MO kan gelden, blijkt onder andere uit cijfers van de Monitor langdurige zorg van het CBS die wijzen op een hoger aandeel inwoners dat gebruik maakt van BW in Amsterdam, Rotterdam en Den Haag dan gemiddeld in Nederland, vooral van BW met intensieve begeleiding⁴⁷. Het is waarschijnlijk dat een hoger aandeel inwoners in zorg ook leidt tot hogere kosten per inwoner. Cijfers van Heijnen (2006) wijzen hier ook op. Gekeken naar de kosten van RIBW-en, blijken deze per inwoner 73% hoger te liggen in Amsterdam dan gemiddeld in Nederland. Een RIBW begeleidt mensen met langdurige psychiatrische problemen, onder andere in de vorm van BW en de MO. Dit biedt dus specifieke aanwijzing dat de kosten hiervoor per inwoner in elk geval in Amsterdam hoger liggen dan gemiddeld in Nederland. Verder valt de MO onder het begrip 'maatschappelijke begeleiding en advies' in de Wmo, waarvoor hierboven al gebleken is dat er sprake is van een groter negatief saldo per inwoner in de stedelijke gebieden en specifiek de G₄. Dit betekent dat er niet alleen sprake is van meer kosten dan baten, maar dit saldo ook ongunstiger uitpakt dan in de minder stedelijke gebieden. Ook bevindingen die wijzen op dat het vooral

⁴⁶ <http://www.waarstaatjegemeente.nl/dashboard/Zorggebruik--cgd8jghSHvtU/>

⁴⁷ <http://mlzstatline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=40010NED&D1=1&D2=0&D3=0&D4=46,54-59&D5=0,2,10,20,23&D6=9&VW=T>

de intramurale GGZ en verschillen in verblijfsduur zijn die zorgen voor regionale verschillen in GGZ-kosten (De Ruiter et al., 2015; Zorgverzekeraars Nederland, 2014) en aanwijzingen voor een met name verhoogde mate van complexe en multiproblematiek, wat vraagt om intensievere vormen van zorg en woonondersteuning, wijzen erop dat de kosten per inwoner/verzekerde ook specifiek voor BW en de MO in de stedelijke gebieden hoger zouden kunnen liggen.

Al met al blijkt er dus zowel sprake van kostenverlagende als kostenverhogende factoren in de stad, maar lijkt vooral de in de eerdere drie paden uitgewerkte verhoogde prevalentie en complexiteit van GGZ- en huisvestingsproblematiek te zorgen voor hogere kosten per inwoner/verzekerde in de stedelijke gebieden.

3.6. Resultaten: integratie bevindingen en model

3.6.1. Integratie bevindingen tot model

De bevindingen uit de expertconsultatie en het literatuuronderzoek zijn verwerkt in een model (zie pagina 50), waarin is getracht de complexe werkelijkheid van grootstedelijke factoren die de vraag naar en kosten voor BW en de MO beïnvloeden zo correct en volledig mogelijk schematisch te weergeven. Hierin zijn links de factoren te vinden die als uitgangspunt zouden kunnen dienen voor uiteindelijke indicatoren/maatstaven in een te ontwikkelen objectief verdeelmodel en die gerelateerd zijn aan stedelijkheid. Stedelijkheid is hierin ook apart opgenomen als factor, aangezien uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat stedelijkheid zelf door specifieke stresserende kenmerken van de stad bovenop de genoemde demografische factoren en aanzuigende werking van de stad van invloed is. Zo verhogen de hogere niveaus van dagelijkse stress en chronische moeilijkheden in de steden, onder meer veroorzaakt door hogere niveaus van (ervaren) onveiligheid, geluids- en luchtvervuiling en gebrekkige sociale cohesie, het risico op (complexe) GGZ-problematiek, zoals psychotische stoornissen. Er zijn een aantal factoren in het model beschreven die in het eerdere objectieve verdeelmodel Wmo van AEF zijn opgenomen. Deze zijn aangegeven met een donkerblauw kader. Dit zijn het aandeel alleenstaanden en het aandeel huishoudens met een laag inkomen. Het huidige onderzoek heeft dus onderbouwing gevonden voor het belang van deze factoren. Daarnaast zijn er aanwijzingen gevonden dat ook een aantal aanvullende factoren (aangegeven door een lichterblauw kader) overweging verdienen, namelijk het aandeel inwoners met een niet-Westerse achtergrond, het opleidingsniveau/het aandeel personen zonder startkwalificatie en het aandeel personen met een justitiële voorgeschiedenis/juridische maatregelen. Dit omdat deze factoren ofwel de prevalentie en complexiteit van GGZ-problematiek beïnvloeden, ofwel gerelateerd zijn aan huisvestingsproblematiek. Verder is in het model ook rekening gehouden met een mogelijke aanzuigende werking van de stad (hoger regionaal klantenpotentieel) doordat kenmerken van de stad (bijvoorbeeld de sfeer of de anonimiteit) en een verhoogde mate van voorzieningen in de stad personen met (complexe) GGZ- en huisvestingsproblematiek kunnen aantrekken. Hoewel een andere verdeling van het zorgaanbod op termijn deze aanzuigende werking deels zou kunnen verminderen, blijven factoren van de stad zelf (zoals de anonimiteit, beschikbaarheid van drugs, de ruimte om 'anders te zijn') aanwezig. Gezien deze aparte en blijvende invloed van specifieke kenmerken van de stad zelf, zou de stedelijkheidsgraad als factor voor een verdeelmodel in overweging genomen kunnen worden. Gezamenlijk kunnen deze factoren en paden leiden tot een verhoogde vraag naar BW en de MO en, samen met regionale verschillen in kosten (veroorzaakt door verschillen in efficiëntie, grond- en huurprijzen en personeelskosten), uiteindelijk tot hogere kosten voor BW en de MO.

Bij het opstellen van het model is de motie Barth in ogenschouw genomen. In deze motie wordt verzocht om bij het objectieve verdeelmodel voor de verdeling van het budget Wmo rekening te houden met sociaaleconomische, demografische en gezondheidsverschillen tussen de gemeenten⁴⁸. Het model dat in het huidige onderzoek is opgesteld biedt houvast voor de invulling hiervan door bijvoorbeeld de opname van de factoren aandeel eenpersoonshuishoudens en aandeel inwoners met een niet-Westerse achtergrond (demografische verschillen); de factoren aandeel huishoudens met een laag inkomen en aandeel inwoners met een laag opleidingsniveau (sociaaleconomische verschillen); en door een aparte factor voor stedelijkheid die rekening houdt met gezondheidsverschillen die ontstaan doordat stedelijkheid de kans op (complexe) problematiek vergroot. Ook door Delespaul en de Consensusgroep EPA (2013) werd geopperd dat onder meer het aandeel migranten, sociaaleconomische status en de stedelijkheidsgraad goede kandidaten zijn voor indicatoren voor de voorspelling van regionale

⁴⁸ https://www.eerstekamer.nl/motie/motie_barth_pvda_c_s_om_bij_het/document/f=vjlgkeo5ngom.pdf

zorgprevalenties. Ten slotte wordt met het model rekening gehouden met het advies van de Raad voor de financiële verhoudingen over het opnemen van een maatstaf voor opleidingsniveau en is eerder door APE geopperd dat het aandeel in bewaring stellingen mogelijk relevant is voor de Wmo (Everhardt et al., 2013; Raad voor de financiële verhoudingen, 2014). Doordat deze punten al in ogenschouw zijn genomen bij de ontwikkeling van het in dit onderzoek opgestelde model, zou het als goed uitgangspunt kunnen dienen en biedt het houvast voor een nog te ontwikkelen nieuw objectief verdeelmodel.

3.6.2. Operationalisering voorgestelde factoren

Om gebruikt te kunnen worden voor een objectief verdeelmodel dienen de voorgestelde factoren in een volgende stap nog geoperationaliseerd te worden. Hierbij kan voor een indicator gerelateerd aan het opleidingsniveau bijvoorbeeld gekeken worden naar het aandeel inwoners zonder startkwalificatie, maar kan ook gedacht worden aan de Human Capital Index (HCI) die recent is geïntroduceerd bij het objectief verdeelmodel bijstandsbudgetten 2017 (Klijnsma, 2016). Bij de totstandkoming van dit model voor de bijstandsbudgetten heeft de Raad voor de financiële verhoudingen geadviseerd de factor regionaal klantenpotentieel (operationalisering van de centrumfunctie) te gebruiken, omdat een verdeelmodel zonder deze factor het aantal bijstandshuishoudens in gemeenten met een centrumfunctie te laag voorspelt. De Raad geeft daarbij aan dat er naar een alternatief gezocht dient te worden hiervoor omdat het niet de centrumfunctie zelf is die zorgt voor een hogere bijstandskans, maar dat het gaat om een stapeling van problematiek in de centrumgemeenten (Klijnsma, 2016). Hetzelfde zou kunnen gelden met betrekking tot de aan BW en MO gerelateerde problematiek.

Wellicht dat met betrekking tot een model voor BW/MO aanvullend op of in plaats van het opnemen van een indicator voor centrumfunctie de indicator stedelijkheidsgraad gebruikt kan worden, omdat dit zowel mogelijke selectie-effecten als causale effecten waardoor sprake is van een opstapeling van problemen in de stad kan vertegenwoordigen. Voor het meten van stedelijkheid wordt in de wetenschappelijke literatuur vaak gebruik gemaakt van de bevolkingsdichtheid of van de omgevingsadressendichtheid (OAD). De OAD wordt door het CBS gehanteerd als criterium voor stedelijkheid en beoogt de mate van concentratie van menselijke activiteiten weer te geven. Deze wordt berekend door het aantal adressen binnen een cirkel met een straal van één kilometer rondom dat adres, gedeeld door de oppervlakte van de cirkel⁴⁹. Vervolgens worden er door het CBS vijf categorieën van stedelijkheid onderscheiden: 1) zeer sterk stedelijk: een gemiddelde OAD van 2500 of meer adressen per km²; 2) sterk stedelijk: gemiddelde OAD van 1500 tot 2500 adressen per km²; 3) matig stedelijk: gemiddelde OAD van 1000 tot 1500 adressen per km²; 4) weinig stedelijk: gemiddelde OAD van 500 tot 1000 adressen per km²; en 5) niet stedelijk: gemiddelde OAD van minder dan 500 adressen per km²^{50 51}. Hierbij zou wel nog bekeken moeten worden of de OAD de juiste factoren van stedelijkheid, die zorgen voor de verhoogde prevalentie en complexiteit van GGZ- en huisvestingsproblematiek, omvat of representeert. Het voordeel van het opnemen van een indicator voor stedelijkheidsgraad is dat deze verschillende, moeilijk te meten factoren kan vertegenwoordigen en eenvoudig te berekenen is, ook op gemeentelijk niveau.

Als in plaats van de stedelijkheidsgraad of hier bovenop ook naar aparte indicatoren wordt

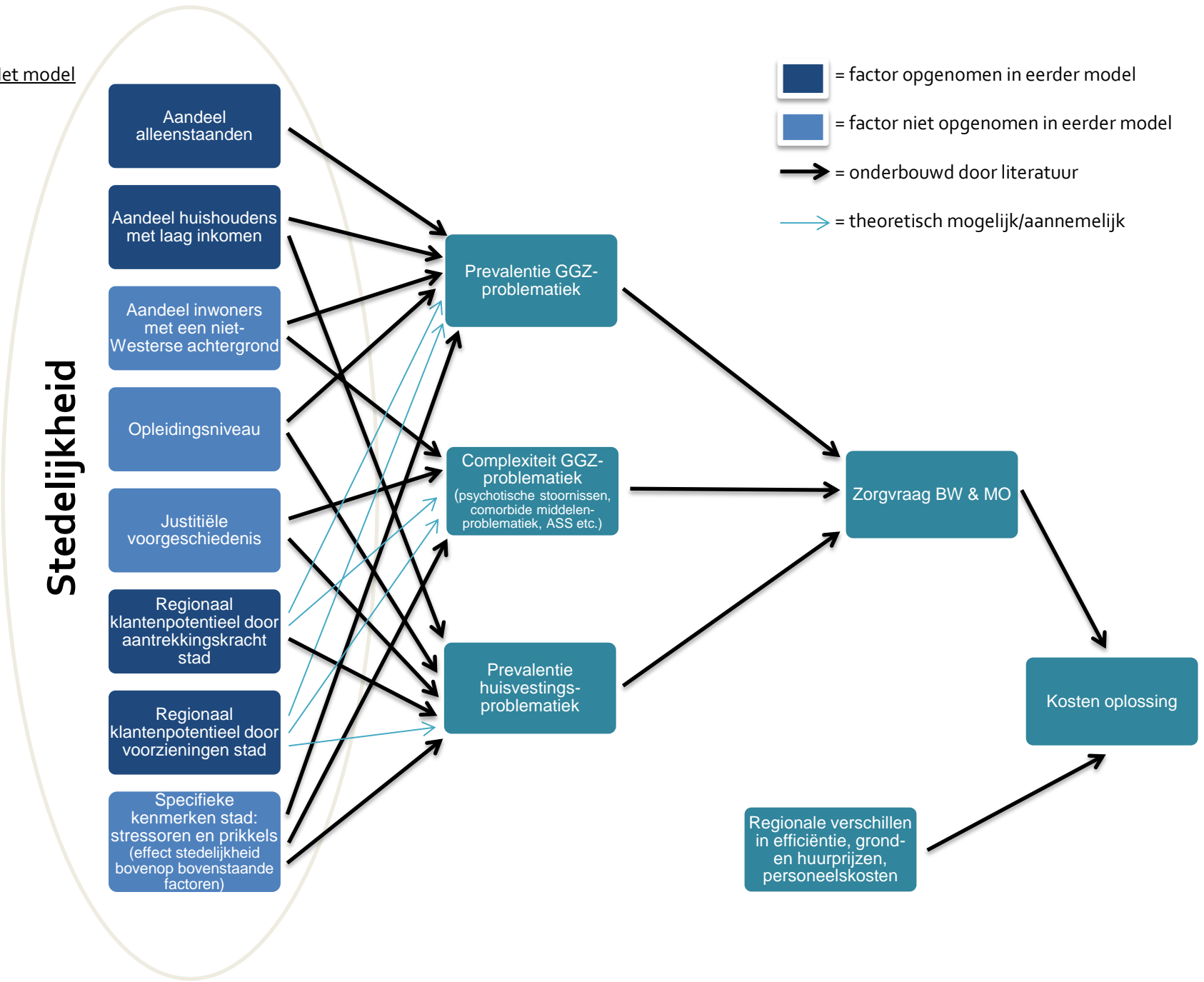
⁴⁹ <https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/begrippen?tab=o#id=omgevingsadressendichtheid-van-een-adres>

⁵⁰ <https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/begrippen?tab=s#id=stedelijkheid--van-een-gebied-->

⁵¹ Volgens deze indeling vallen de G4-steden in de meest verstedelijkte categorie, samen met Groningen, Beverwijk, Haarlem, Delft, Leiden, Leidschendam-Voorburg, Rijswijk, Schiedam, Vlaardingen, Zoetermeer en Tilburg. Hierbij is de OAD in Amsterdam duidelijk het hoogst van heel Nederland, gevolgd door Den Haag en Rotterdam. In Utrecht is de OAD ook hoog, maar daarboven zitten nog Delft, Haarlem, Schiedam en Groningen (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2014).

gekeken, zouden de sociaaldemografische factoren kunnen worden gecombineerd tot een achterstandsscore om het model te vereenvoudigen. Een voorbeeld van een dergelijke score is de Jarman-score voor sociaal gedepriveerde gebieden. De Jarman-score is een standaardmaat die is samengesteld uit acht sociaaldemografische factoren (alleenwonende ouderen, kinderen onder vijf jaar, eenoudergezinnen, ongeschoolden, werklozen, overbevolkte huishoudens, verhuizingen en etnische minderheden) en die in Engeland wordt gebruikt om aan de eerstelijnsgezondheidszorg in gedepriveerde gebieden extra geld toe te wijzen (Peen & Dekker, 1996). Deze score blijkt ook een vrij goede indicatie te geven van risicogebieden voor psychiatrische opname (Peen & Dekker, 1996). Door middel van een index als de Jarman-score kan bij de toebedeling van de geldelijke middelen op indirecte wijze rekening gehouden worden met factoren die bijdragen aan verschillen in de gezondheidssituatie van de inwoners van de verzorgingsgebieden (Peen & Dekker, 1996).

3.6.3. Het model



4. Conclusie en aanbevelingen

4.1. Conclusie

Aan de hand van drie paden is uitgewerkt hoe verschillen in sociaaldemografische factoren, een mogelijke aanzuigende werking van de stad en stresserende kenmerken van de stad zelf tot een hogere prevalentie en complexiteit van GGZ- en huisvestingsproblematiek in de stedelijke gebieden leiden. Gezamenlijk zou dit tot een hogere vraag naar BW en de MO kunnen leiden, aangezien juist degenen met de meest ingewikkelde GGZ-problematiek en huisvestingsproblematiek gebruik zullen maken van voorzieningen zoals BW en de MO. Er is ook gekeken naar of er in de stad sprake is van lagere, gelijke of hogere zorgkosten. Het lijkt erop dat er zowel sprake is van factoren die de zorgkosten per cliënt in de stad kunnen verlagen (hogere productiviteit en efficiëntie) als factoren die de zorgkosten per cliënt in de stad kunnen verhogen (hogere grond- en huurprijzen, hogere personeelskosten). Gekeken naar cijfers lijkt het erop dat de kosten voor de gehele GGZ en in het specifiek de intramurale GGZ per cliënt in de stedelijke gebieden niet beduidend hoger of lager liggen dan in de landelijke gebieden. Het is mogelijk dat de kostenverlagende en kostenverhogende factoren in de stad tegen elkaar opwegen. Een afslag op basis van stedelijkheid lijkt met het oog op deze genoemde factoren in elk geval niet gerechtvaardigd. Wanneer er gekeken wordt naar de kosten voor de gehele en intramurale GGZ per inwoner of verzekerde, lijkt er wel sprake van urbaan-rurale verschillen. Hierbij lijken de kosten per inwoner of verzekerde in de stedelijke gebieden hoger te liggen dan gemiddeld in Nederland. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt door de in de eerste drie paden uitgewerkte hogere prevalentie en complexiteit van de GGZ- en huisvestingsproblematiek waarvoor 24-uursbegeleiding en woonondersteuning genoodzaakt is. Gekeken naar mogelijke verschillen binnen de G4, lijkt met name Amsterdam hier bovenuit te steken, maar ook in Rotterdam, Den Haag en Utrecht blijken de kosten per inwoner of verzekerde hoger te liggen dan in de rest van Nederland. Ook experts die voor het huidige onderzoek zijn bevestigd verwachten geen lagere kosten in de steden, maar ofwel geen/beperkte verschillen ofwel hogere kosten in de meer stedelijke gebieden.

4.2 Beperkingen van het onderzoek

Hoewel het onderzoek erop wijst dat, afhankelijk van waar naar wordt gekeken, er ofwel geen sprake is van grote urbaan-rurale verschillen in kosten (per eenheid zorg/per cliënt) ofwel van hogere kosten in de stad (per inwoner/verzekerde), zijn er weinig specifieke cijfers bekend over BW en de MO. Daarnaast dient rekening gehouden te worden met andere factoren die mogelijk van invloed zijn op (regionale verschillen in) de vraag naar BW en de MO, die moeilijk gemeten kunnen worden. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de effecten van aanbod: aanbod schept vraag en het aanbod is groter in de steden. Hierbij blijkt het moeilijk om effecten van vraag en effecten van aanbod uit elkaar te halen, ook aangezien soms de omvang van de problematiek wordt gemeten zoals die zich in de samenleving voordoet, maar soms hiervoor wordt gekeken naar de capaciteit en het gebruik van voorzieningen (Van Hemert et al., 2014). Er dient rekening gehouden te worden met dat de omvang van de problematiek en van de intramurale zorgconsumptie mede bepaald kunnen worden door de aanwezigheid en afstand tot voorzieningen (Kroon et al., 1998; Peen & Dekker, 1996; Zorgverzekeraars Nederland, 2014). Het huidige onderzoek wijst er echter op dat hoewel deze effecten niet uitgesloten kunnen worden, er daarnaast ook sprake lijkt te zijn van een causale invloed van stedelijkheid zelf op de prevalentie en complexiteit van GGZ- en huisvestingsproblematiek.

Verder is het belangrijk te onthouden dat sommige van de gegevens waaraan de indicatoren gemeten kunnen worden gevoelig zijn voor lokale beleidskeuzes (Van Hemert et al., 2014). Hierdoor is er bijvoorbeeld voor gekozen om aversieve ervaringen in de kindertijd, zoals mishandeling, ondanks de relatie met huisvestingsproblematiek niet op te nemen in het model, omdat het aantal meldingen

hiervan gevoelig is voor lokale beleidskeuzes. Ook is door een expert benoemd dat de huisvestingsproblematiek niet alleen bepaald wordt door krapte op de woningmarkt, maar dat factoren zoals het passend toewijzen van beschikbare woningen en de weigering van woningcorporaties om mensen met schulden te huisvesten ook een rol spelen. Ook verschillen in de gehanteerde criteria bij de toewijzing van BW en de MO en de omvang van de wachtlijsten kunnen een rol spelen bij de in-, uit- en doorstroom. Ten slotte is in het huidige onderzoek een model opgesteld voor de vraag naar BW en de MO gezamenlijk. Twee experts wijzen er echter op dat er ook belangrijke verschillen zijn tussen de doelgroepen. Zo zou het deels gaan om twee afzonderlijke problemen wat betreft incidentie, prevalentie en beloop. Echter, het onderzoek heeft hierbij wel laten zien dat hoewel de doelgroepen niet geheel hetzelfde zijn, zowel voor GGZ-problematiek als voor huisvestingsproblematiek geldt dat er aanwijzingen zijn voor een hogere prevalentie in de stedelijke gebieden. Daarnaast wordt met het opstellen van een model voor zowel BW als de MO de zienswijze gevolgd van de VNG en de Commissie Toekomst beschermd wonen. Zo zou de combinatie BW en de MO mogelijkheden bieden om de ingeslagen weg voor opvang te verbreden, te verdiepen en effectiever te maken (Van Bergen & Heineke, 2015). Ook zouden de populaties BW en de MO in elkaar overlopen, zowel in de tijd als in kenmerken, en wordt daarom geadviseerd om BW in de keten van de MO te integreren en de nieuwe verdeelwijze ook te laten gelden voor de MO (Commissie Toekomst beschermd wonen, 2015).

4.3. Aanbevelingen

Op basis van de bevindingen en beperkingen van het onderzoek worden de volgende aanbevelingen gedaan:

- **Maak gebruik van gerichte, regionale cijfers over de kosten van BW en de MO:**
Ten eerste wordt aanbevolen om in een vervolgtraject personen die beschikking hebben over of toegang kunnen krijgen tot regionale cijfers over de kosten van BW en de MO nog gericht te laten kijken naar BW en de MO. Hiervoor zou bijvoorbeeld gebruik gemaakt kunnen worden van cijfers uit Zorgprisma van Vektis⁵² ⁵³ of van het DBC-informatiesysteem (DIS)⁵⁴. Voor een overzicht van andere autoriteiten en bronnen op dit gebied, kan de metadatabase zorggegevens van het RIVM en het Ministerie van VWS geraadpleegd worden⁵⁵. Wellicht kan met behulp van deze systemen gekeken worden of er specifiek voor BW en de MO aanwijzingen zijn voor regionale verschillen in kosten per cliënt. Ook kan deze informatie worden gebruikt om een nieuwe verdeling van middelen op basis van indicatoren die de vraag bepalen af te zetten tegen de historische verdeling. Hierbij is het van belang dat deze historisch gegroeide verdeling niet te snel te veel omgegooid wordt. Zoals ook de Commissie Toekomst beschermd wonen (2015) heeft geconstateerd en geadviseerd, is een passende overgangperiode noodzakelijk om negatieve effecten van de herverdeling van de middelen voor cliënten te voorkomen.
- **Neem de door middel van het onderzoek geïdentificeerde grootstedelijke factoren, met name de stedelijkheidsgraad, in overweging bij het opstellen van een nieuw objectief verdeelmodel voor BW en de MO:**
Deze grootstedelijke factoren blijken namelijk van invloed op de vraag naar en de kosten voor BW en de MO. Hierbij zou nog verder onderzocht moeten worden hoe deze factoren het beste geoperationaliseerd kunnen worden en met welke factor ze opgenomen zouden moeten

⁵² <https://www.volksgezondheinzorg.info/zorggegevens/organisaties#node-organisaties-gegevensbronnen-zorggegevens-v>

⁵³ <http://www.vektis.nl/index.php/producten-en-diensten/zorgprisma>

⁵⁴ <https://www.dbcinformatiesysteem.nl/over/wat-en-waarom-dis>

⁵⁵ <https://www.volksgezondheinzorg.info/zorggegevens/>

worden. Gezien de onderzoeksbevindingen die wijzen op de invloed van grootstedelijkheid, ook bij controle voor demografische verschillen, en dit zich ook lijkt te vertalen naar hogere kosten per inwoner of verzekerde in de stedelijke gebieden, lijkt de stedelijkheidsgraad een relevante en bruikbare indicator bij de verdeling van de middelen.

Literatuurlijst

- ActiZ (2014). *Samen op weg – grote steden: Inzichten vanuit de benchmark in de zorg 2014*. Utrecht: ActiZ.
- Al Shamma, S., Van Straaten, B., Boersma, S., Rodenburg, G., Van der Laan, J., Van der Mheen, D., Wolf, J. (2015). *Dakloze mensen in de vier grote steden: Veranderingen in 2.5 jaar*. G4: Coda-G4.
- Andersson Elffers Felix (2014). *Objectief verdeelmodel Wmo 2015: Rapport*. Utrecht: AEF.
- Ballering, C., & Van Bergen, A. (2013). *Routes naar dakloosheid: Een onderzoek naar het leven en risico's bij Utrechtse (dreigend) dakloze jongeren*. Utrecht: GG&GD Utrecht.
- Becker, K. G. (2010). Letters: Autism and urbanization. *American Journal of Public Health, 100*, 1156-1157.
- Buster, M., Hensen, M., De Wit, M., Runtuwene, N., Mandos, E., Van Zeele, S., ... Van Bergen, A. (2012). *Feitelijk dakloos in de G4*. G4: G4-USER.
- Cantwell, R., Brewin, J., Glazebrook, C., Dalkin, T., Fox, R., Medley, I., & Harrison, G. (1999). Prevalence of substance misuse in first-episode psychosis. *The British Journal of Psychiatry, 174*, 150-153. doi:10.1192/bjp.174.2.150
- Caton, C. L. M., Dominguez, B., Schanzer, B., Hasin, D. S., ShROUT, P. E., Felix, A. ... Hsu, E. (2005). Risk factors for long-term homelessness: Findings from a longitudinal study of first-time homeless single adults. *American Journal of Public Health, 95*, 1753-1759. doi:10.2105/AJPH.2005.063321
- Cebeon (2012). *Decentralisatie begeleiding: Overheveling budgetten Awbz naar gemeenten. Tussenrapportage ten behoeve van mei-circulaire 2012*. Amsterdam: Cebeon.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2014). *Demografische kerncijfers per gemeente 2014*. Den Haag/Heerlen: CBS.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2015): *Armoede en sociale uitsluiting 2015*. Den Haag/Heerlen: CBS.
- Centraal Planbureau (2015). *De economie van de stad*. Den Haag: CPB.
- College bouw ziekenhuisvoorzieningen (2002). *Signaleringsrapport GGZ-problematiek grote steden*. Utrecht: College bouw ziekenhuisvoorzieningen.
- Commissie Toekomst beschermd wonen (2015). *Van beschermd wonen naar een beschermd thuis*. Den Haag: VNG.
- Crowell, B. A., George, L. K., Blazer, D., & Landerman, R. (1986). Psychosocial risk factors and urban/rural differences in the prevalence of major depression. *The British Journal of Psychiatry, 149*, 307-314. doi:10.1192/bjp.149.3.307
- Dalgard, O. S., & Tambs, K. (1997). Urban environment and mental health: A longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry, 171*, 530-536. doi:10.1192/bjp.171.6.530
- De Graaf, R., Ten Have, M., & Van Dorsselaer, S. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- De Groot, H., Marlet, G., Teulings, C., & Vermeulen, W. (2010). *Stad en land*. Den Haag: CPB.
- De Jonge, H. M. (2014). *Wethoudersbrief G4 inzake verdeelmodel Wmo*. Rotterdam: G4.
- Dekker, J., Peen, J., Iping, J., & De Jonghe, F. (1994). Urbanisatie en de relatie met psychiatrische opnames. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 36*, 1-12.
- Dekker, J., Peen, J., Koelen, J., Smit, F., & Schoevers, R. (2008). Psychiatric disorders and urbanization in Germany. *BMC Public Health, 2008*, 1-9. doi:10.1186/1471-2458-8-17.
- Delespaul, P. H., & De Consensusgroep EPA (2013). Consensus over de definitie van mensen met een Ernstige Psychische Aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 55*, 427-438.
- De Ruiter, K. G. C., De Groot, M. M., & Bakker, A. H. J. (2014). *Kwaliteit en kosten van de geleverde zorg rond geestelijke gezondheidszorg: Analyse van de waarde van de zorg voor alcoholverslaving, angst- en stemmingsstoornissen, verslaving aan overige middelen, persoonlijkheidsstoornissen en schizofrenie op basis van declaratiegegevens*. Zeist: Vektis.

- De Ruiter, K. G. C., Van Greuningen, M., & Van Gerwen, L. (2015). *Zorgthermometer: Transparantie in de geestelijke gezondheidszorg*. Zeist: Vektis.
- De Wit, M. A. S., Tuinebreijer, W. C., Van Brussel, G. H. A., & Selten, J. P. (2010). Ethnic differences in risk of acute compulsory admission in Amsterdam, 1996-2005. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *47*, 111-118.
- Dickey, B., & Azeni, H. (1996). Persons with dual diagnoses of substance abuse and major mental illness: Their excess costs of psychiatric care. *American Journal of Public Health*, *86*, 973-977.
- Dieperink, C. J., Pijl, Y. J., Mulder, C. L., Van Os, J., & Drukker, M. (2008). Langdurig zorgafhankelijke patiënten in de ggz: Samenhang met verstedelijking. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *50*, 761-769.
- Draine, J., Salzer, M. S., Culhane, D. P., & Hadley, T. R. (2002). Role of social disadvantage in crime, joblessness, and homelessness among persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, *53*, 565-573.
- Drake, R. E., Wallach, M. A., & Hoffman, J. S. (1989). Housing instability and homelessness among aftercare patients of an urban state hospital. *Hospital and Community Psychiatry*, *40*, 46-51.
- Drake, R. E., Wallach, M. A., Teague, G. B., Freeman, D. H., Paskus, T. S., Clark, T. A. (1991). Housing instability and homelessness among rural schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry*, *148*, 330-336.
- Dunn, J. R., & Kyle, T. (2007). Effects of housing circumstances on health, quality of life and health care use for people with severe mental illness: A review. *Health and Social Care in the Community*, *16*, 1-15. doi:10.1111/j.1365-2524-2007-00723.x
- Elsinga, M. (2015). Changing housing systems and their potential impacts on homelessness. *European Journal of Homelessness*, *9*, 15-35.
- Europese Commissie (2004). *Flash Eurobarometer: Young people and drugs*. Brussel: Europese Commissie.
- Everhardt, T., Mazzola, G., Notenboom, A., Van Asselt, M., & Ellwanger, N. (2013). *Contra-expertise verdeelmodel decentrale AWBZ: Onderzoek in opdracht van de G4*. Den Haag: APE.
- Fall, K. L. (2014). *Homeless men: Exploring the experience of shame* (Doctoral dissertation). Retrieved from <http://ir.uiowa.edu/etd/1453/>
- Fassaert, T. J. L. (2011). *Ethnic differences and similarities in care for anxiety and depression in the Netherlands*. Retrieved from <http://dare.uvu.vu.nl/handle/1871/19634>
- Fassaert, T., Heijnen, H., De Wit, M. A. S., Peen, J., Beekman, A. T. F., & Dekker, J. (2016). The association between ethnic background and characteristics of first mental health treatment for psychotic disorders in the Netherlands between 2001 and 2005. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1-11. doi:10.1007/s00127-016-1248-x
- Fazel, S., Khosla, V., Doll, H., & Geddes, J. (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in Western countries: Systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Medicine*, *5*, e225. doi:10.1371/journal.pmed.0050225
- Fischer, E. P., Owen, R. R., & Cuffel, B. J. (1996). Substance abuse, community service use, and symptom severity of urban and rural residents with schizophrenia. *Psychiatric Services*, *47*, 980-984.
- Forchuk, C., Montgomery, P., Berman, H., Ward-Griffin, C., Csiernik, R., Gorlick, C., ... Riesterer, P. (2010). Gaining ground, losing ground: The paradoxes of rural homelessness. *Canadian Journal of Nursing Research*, *42*, 138-152.
- Gemeente Amsterdam (2016). *Thuis in de wijk: Koersbesluit Maatschappelijke Opvang en Beschermd Wonen 2016-2020*. Amsterdam: Gemeente Amsterdam.
- Gemeente Utrecht (2016). *Monitor Opvang en Beschermd Wonen 2015*. Utrecht: Gemeente Utrecht.
- GG&GD Utrecht (2010a). *Volksgezondheidsmonitor Utrecht 2010: Tabellenboek sociaal kwetsbaren*. Utrecht: GG&GD.

- GG&GD Utrecht (2010b). *Zorg voor sociaal kwetsbaren: Themarapport volksgezondheidsmonitor Utrecht*. Utrecht: GG&GD.
- Goudriaan, R., Meulenbelt, S. H., Thio, V., & Halbersma, R. S. (2005). *Ontwikkeling van een risicovereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ: Een eerste verkenning*. Den Haag: APE.
- Heijnen, H. (2006). *Onderzoek Geestelijke Gezondheidszorg Amsterdam*. Amsterdam: Heijnen Organisatieadviseurs.
- Hensen, M., Buster, M., & De Wit, M. (2013). *Winterkoude opvang 2012-2013 Amsterdam: Een beschrijving van aantallen en kenmerken van dak- en thuislozen die gebruik maken van de extra beschikbaar gestelde nachtopvang ten tijde van de winterkoude regeling in Amsterdam*. Amsterdam: GGD Amsterdam.
- Herman, D. B., Susser, E. S., Struening, E. L., & Link, B. L. (1997). Adverse childhood experiences: Are they risk factors for adult homelessness?. *American Journal of Public Health, 87*, 249-255.
- Hodiamont, P. P. G., Sijben, A. E. S., Koeter, M. W. J., & Oldehinkel, A. J. (1992). Psychiatrische problematiek en urbanisatiegraad. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 34*, 426-438.
- Jenner, D., Buster, M., De Wit, M. (2015). *Winteropvang in Amsterdam, 2014-2015: Beschrijving van aantallen en kenmerken van daklozen die gebruik maken van de extra beschikbaar gestelde nachtopvang ten tijde van de winter(koude)regeling*. Amsterdam: GGD Amsterdam.
- Judd, F. K., Jackson, H. J., Komiti, A., Murray, G., Hodgins, G., & Fraser, C. (2002). High prevalence disorders in urban and rural communities. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 36*, 104-113.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., ... Kendler, K. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry, 51*, 8-19.
- Kiani, R., Tyrer, F., Hodgson, A., Berkin, N., & Bhaumik, S. (2013). Urban-rural differences in the nature and prevalence of mental ill-health in adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research, 57*, 119-127. doi:10.1111/j.1365-2788.2011.01523.x
- Klijnsma, J. (2016). *Kamerbrief budgetten gebundelde uitkering 2016 en 2017*. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Knispel, A., Haggenburg, M. E. & Van Hoof, F. (2012). *Landelijke monitor intramurale GGZ: Eerste meting*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Krabbendam, L., & Van Os, J. (2005). Schizophrenia and urbanicity: A major environmental influence - conditional on genetic risk. *Schizophrenia Bulletin, 31*, 795-799. doi:10.1093/schbul/sbio60
- Kromhout, S., Van Kessel, E., Van der Wilt, G., & Zeelenberg, S. (2016). *Wachten, zoeken en vinden: Hoe lang duurt het zoeken naar een sociale huurwoning?*. Amsterdam: RIGO.
- Kroon, H., Theunissen, J. V., Van Busschbach, J., Raven, E. M. I. E., & Wiersma, D. (1998). Epidemiologisch onderzoek naar chronisch psychiatrische patiënten in Nederland: Conclusies uit regionale prevalentiestudies. *Tijdschrift voor psychiatrie, 40*, 199-211.
- Lai, D., Tseng, Y., Hou, Y., Guo, H. (2012a). Gender and geographic differences in the prevalence of autism spectrum disorders in children: Analysis of data from the national disability registry of Taiwan. *Research in Developmental Disabilities, 33*, 909-915. doi:10.1016/j.ridd.2011.12.015
- Lai, D., Tseng, Y., Hou, Y., Guo, H. (2012b). Gender and geographic differences in the prevalence of intellectual disabilities in children: Analysis of data from the national disability registry of Taiwan. *Research in Developmental Disabilities, 33*, 2301-2307. doi:10.1016/j.ridd.2012.07.001
- Marcelis, M., Takei, N., & Van Os, J. (1999). Urbanization and risk for schizophrenia: Does the effect operate before or around the time of illness onset? *Psychological Medicine, 29*, 1197-1203.
- McGrath, J., El-Saadi, O., Cardy, S., Chapple, B., Chant, D., & Mowry, B. (2001). Urban birth and migrant

- status as risk factors for psychosis: An Australian case-control study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 533-536. doi:10.1007/s001270170003
- McKenzie, K., Whitley, R., & Weich, S. (2002). Social capital and mental health. *British Journal of Psychiatry*, 181, 280-283. doi:10.1192/bjp.181.4.280
- Nicholson, L. (2012). The health, support needs, access to healthcare services and social exclusion of adults with intellectual disabilities living in rural areas: A rural-urban comparison. Doctoral thesis, retrieved from: <http://theses.gla.ac.uk/3738/>
- NVM (2016). *Analyse woningmarkt: Tweede kwartaal 2016*. Nieuwegein: NVM.
- O'Donoghue, B., Roche, E., & Lane, A. (2016). Neighbourhood level social deprivation and the risk of psychotic disorders: A systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51, 941-950. doi:10.1007/s00127-016-1233-4
- Palmer, R. F., Walker, T., Mandell, D., Bayles, B., & Miller, C. S. (2010). Explaining low rates of autism among Hispanic schoolchildren in Texas. *American Journal of Public Health*, 100, 270-272. doi:10.2105/AJPH.2008.150565
- Parikh, S. V., Wasylenki, D., Goering, P., & Wong, J. (1996). Mood disorders: Rural/urban differences in prevalence, health care utilization, and disability in Ontario. *Journal of Affective Disorders*, 38, 57-65.
- Paykel, E. S., Abbott, R., Jenkins, R., Brugha, T. S., & Meltzer, H. (2000). Urban-rural mental health differences in Great Britain: Findings from the National Morbidity Study. *Psychological Medicine*, 30, 269-280.
- Pedersen, C. B., & Mortensen, P. B. (2001). Evidence of a dose-response relationship between urbanicity during upbringing and schizophrenia risk. *Archives of General Psychiatry*, 58, 1039-1046. doi:10.1001/archpsyc.58.11.1039
- Pedersen, C. B., & Mortensen, P. B. (2006). Are the cause(s) responsible for urban-rural differences in schizophrenia risk rooted in families or in individuals? *American Journal of Epidemiology*, 163, 971-978. doi:10.1093/aje/kwj169
- Pedersen, C. B., Raaschou-Nielsen, O., Hertel, O., & Mortensen, P. B. (2004). *Schizophrenia Research*, 66, 83-85.
- Peen, J., Bijl, R. V., Spijker, J., & Dekker, J. (2002). Neemt de prevalentie van psychiatrische stoornissen toe met de stedelijkheidsgraad? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44, 225-235.
- Peen, J., & Dekker, J. (1997). Admission rates for schizophrenia in the Netherlands: An urban/rural comparison. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 301-305. doi:10.1111/j.1600-0447.1997.tb10167.x
- Peen, J., Dekker, J., Schoevers, R. A., Ten Have, M., De Graaf, R., & Beekman, A. T. (2007). Is the prevalence of psychiatric disorders associated with urbanization? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 984-989. doi:10.1007/s00127-007-0256-2
- Peen, J., Schoevers, R. A., Beekman, A. T., Dekker, J. (2010). The current status of urban-rural differences in psychiatric disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121, 84-93. doi:10.1111/j.1600-0447.2009.01438.x
- Penkalla, A. M., & Kohler, S. (2014). Urbanicity and mental health in Europe: A systematic review. *European Journal of Mental Health*, 2, 163-177. doi:10.5708/EJMH.9.2014.2.2
- Pettinati, H. M., Oslin, D. W., Kampman, K. M., Dundon, W. D., Xie, H., Gallis, T. L. ... O'Brien, C. P. (2010). A double-blind, placebo-controlled trial combining sertraline and naltrexone for treating co-occurring depression and alcohol dependence. *American Journal of Psychiatry*, 167, 668-675.
- Planije, M., Tuynman, M., & Hulsbosch, L. (2014). *Monitor plan van aanpak Maatschappelijke Opvang. Rapportage 2013/2014: Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht*. Utrecht: Trimbos-instituut.

- Raad voor de financiële verhoudingen (2014). *Advies objectief verdeelmodel Wmo 2015*. Den Haag: Rfv.
- Reinking, D. P., Wolf, J. R., & Kroon, H. (2001). Hoge prevalentie van psychische stoornissen en verslavingsproblemen bij daklozen in de stad Utrecht. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, *145*, 1161-1166.
- Runtuwene, N., & Buster, M. (2016). Monitor Maatschappelijke Opvang en Beschermd Wonen 2015. (Nog niet gepubliceerd). Amsterdam: GGD Amsterdam.
- Schrier, A. C., De Wit, M. A. S., Coupé, V. M. H., Fassaert, T., Verhoeff, A. P., Kupka, R. W., ... Beekman, A. T. F. (2011). Comorbidity of anxiety and depressive disorders: A comparative population study in Western and non-Western inhabitants in the Netherlands. *International Journal of Social Psychiatry*, *58*, 186-194. doi:10.1177/0020764010390433
- Selten, J. P., Laan, W., Kupka, R., Smeets, H. M., & Van Os, J. (2012). Risk of psychiatric treatment for mood disorders and psychotic disorders among migrants and Dutch nationals in Utrecht, The Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *47*, 271-278. doi:10.1007/s00127-010-0335-7
- Selten, J. P., Veen, N., Feller, W., Blom, J. D., Schols, D., Camoenie, W., ... Kahn, R. (2001). Incidence of psychotic disorders in immigrant groups to the Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, *178*, 367-372. doi:10.1192/bjp.178.4.367
- Shelton, K. H., Taylor, P. J., Bonner, A., & Van Den Bree, M. (2009). Risk factors for homelessness: Evidence from a population-based study. *Psychiatric Services*, *60*, 465-472.
- Sondenaa, E., Rasmussen, K., Nottestad, J. A., & Lauvrud, C. (2010). Prevalence of intellectual disabilities in Norway: Domestic variance. *Journal of Intellectual Disability Research*, *54*, 161-167. doi:10.1111/j.1365-2788.2009.01230.x
- Sundquist, K., Frank, G., & Sundquist, J. (2004). Urbanisation and incidence of psychosis and depression: Follow-up study of 4.4 million women and men in Sweden. *British Journal of Psychiatry*, *184*, 293-298. doi:10.1192/bjp.184.4.293
- Sutterland, A. L., Dieleman, J., Storosum, J. G., Voordouw, B. A. C., Kroon, J., Veldhuis, J., ... Sturkenboom, M. C. J. M. (2013). Annual incidence rate of schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders in a longitudinal population-based cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *48*, 1357-1365. doi:10.1007/s00127-013-0651-9
- Sytema, S., Brook, F. G., & Giel, R. (1990). Sociale indicatoren en het gebruik van intramurale GGZ-voorzieningen door volwassenen in Drenthe. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *32*, 538-554.
- Ten Have, M. (2004). *Care service use for mental health problems in the general population: Trends and explanations*. Utrecht: Trimbos-instituut
- Trimbos-instituut (2015a). *Factsheet dakloze personen zonder OGGZ-problematiek en hun ondersteuning*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Trimbos-instituut (2015b). *Landelijke monitor ambulantisering en hervorming langdurige GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Troisi, C. L., D'Andrea, R., Grier, G., & Williams, S. (2015). Enhanced methodologies to enumerate persons experiencing homelessness in a large urban area. *Evaluation Review*, *39*, 480-500. doi:10.1177/0193841X15610191
- Van Bergen, A., & Heineke, D. (2015). *Handreiking t.b.v. beleidsplan opvang en bescherming. Deel 1: De opbouw en de inhoud*. VNG: Den Haag.
- Van Everdingen, C. (2016). *De Utrechtse nachtopvang en crisisopvang in beeld: De uitkomsten van een beeldvormend onderzoek onder dak- en thuislozen in opvangvoorzieningen Parana, BOKA, Sleep Inn en NOIZ*. Sittard: Van Everdingen ZorgConsult.
- Van Hemert, A., Van Bergen, A., Buster, M., Gilissen, R., Mandos, E., & Wolf, J. (2014). *Monitor OGGZ G4: OGGZ-(risico)groepen in Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht*. G4: G4-USER.

- Van Os, J., Driessen, G., Gunther, N., & Delespaul, P. (2000). Neighbourhood variation in incidence of schizophrenia: Evidence for person-environment interaction. *British Journal of Psychiatry*, *176*, 243-248.
- Van Os, J., Hanssen, M., Van Bijl, R., & Vollebergh, W. (2001). Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms: An urban-rural comparison. *Archives of General Psychiatry*, *58*, 663-668. doi:10.1001/archpsyc.58.7.663
- Van Os, J., Hanssen, M., Bak, M., Van Bijl, R., & Vollebergh, W. (2003). Do urbanicity and familial liability coparticipate in causing psychosis? *American Journal of Psychiatry*, *160*, 477-482. doi:10.1176/appi/ajp.160.3.477
- Vassos, E., Agerbo, E., Mors, O., & Pedersen, C. B. (2015). Urban-rural differences in incidence rates of psychiatric disorders in Denmark. *The British Journal of Psychiatry*, *209*, 1-6. doi:10.1192/bjp.bp.114.161091
- Veldheer, V. (1998). *De ontwikkeling van de sociale problematiek in (stedelijk) Nederland*. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Veling, W., Hoek, H. W., Selten, J. P., & Susser, E. (2011). Age at migration and future risk of psychotic disorder among immigrants in the Netherlands: A 7-year incidence study. *American Journal of Psychiatry*, *168*, 1278-1285.
- Veling, W., Selten, J. P., Veen, N., Laan, W., Blom, J. D., & Hoek, H. W. (2006). Incidence of schizophrenia among ethnic minorities in the Netherlands: A four-year first-contact study. *Schizophrenia Research*, *86*, 189-193. doi:10.1016/j.schres.2006.06.010
- Verheij, R. A., Van de Mheen, H. D., De Bakker, D. H., Groenewegen, P. P., & Mackenbach, J. P. (1998). Urban-rural variations in health in the Netherlands: Does selective migration play a part? *Journal of Epidemiology and Community Health*, *52*, 487-493. doi:10.1136/jech.52.8.487
- Weich, S., Twigg, L., & Lewis, G. (2006). Rural/non-rural differences in rates of common mental disorders in Britain: Prospective multilevel cohort study. *British Journal of Psychiatry*, *188*, 51-57. doi:10.1192/bjp.bp.105.008714
- Werkgroep Continuïteit van Zorg (2015). *Geen titel, wel zorg: Een advies over de continuïteit van zorg na de strafrechtelijke keten*. Amersfoort: Ministerie van Veiligheid en Justitie, GGZ Nederland & Zorgverzekeraars Nederland.
- Wierdsma, A. I., Van Marle, P. D., & Mulder, C. L. (2010). Aantallen en patronen van inbewaringstellingen en rechterlijke machtigingen in Maastricht, Groningen en Rotterdam: Bijdrage van stedelijke problematiek aan regionale verschillen in Bopz-maatregelen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *52*, 143-153.
- Wolf, J. (2015). *Niemand tussen wal en schip: Referentiekader maatschappelijke zorg voor mensen in multiprobleemsituaties*. Nijmegen: Academische werkplaats OGGZ.
- Zorgverzekeraars Nederland (2014). *Rapportage EPA vignettenstudie*. Nederland: Zorgverzekeraars Nederland.

Bijlage 1: Overzicht van genoemde criteria voor maatstaven en verdeelmodellen
 (Gebaseerd op AEF, 2014; Everhardt et al., 2013; Cebeon, 2012)

Criteria	Toelichting
<i>Maatstaven</i>	
Kostenoriëntatie	In voldoende mate de objectieve, niet beïnvloedbare verschillen in netto lasten tussen gemeenten volgen
Globaliteit	Niet te verfijnd, geldig voor alle gemeenten
Geen prikkels	Geen ongewenste prikkels introduceren
Objectiviteit	Niet beïnvloedbaar door gemeentelijk beleid
Stabiliteit	Stabiel door de jaren heen, niet te veel fluctuatie
Transparantie en voorspelbaarheid	Begrijpelijk in termen van plausibiliteit, causaliteit en duidelijkheid; en transparant voor belanghebbenden
Uitvoerbaarheid	Telbaar, eenduidig, objectief meetbaar; structureel te onderhouden, eenduidig kwantitatief vast te stellen; gegevens voor gemeenten in hele land objectief meetbaar, betrouwbaar en beschikbaar. Voorkeur voor eenvoud.
Bekendheid	Voorkeur voor maatstaven die al in Gemeentefonds zijn opgenomen of hiermee samenhangen
<i>Verdeelmodel</i>	
Doelmatigheidsprikkel	Gemeenten maximaal prikkelen tot een efficiënte uitvoering
Betrouwbaarheid	Op wetenschappelijk verantwoorde wijze tot stand komen; logisch en verklaarbaar zijn; schattingen maken die reproduceerbaar en controleerbaar zijn; gebruik maken van betrouwbare en zo actueel mogelijke data