

rivm

Rapport 270951001/2008

A. Verweij | F. van der Lucht | M. Droomers

Gezondheid in veertig krachtwijken

RIVM rapport 270951001/2008

Gezondheid in veertig krachtwijken

A. Verweij
F. van der Lucht
M. Droomers

Contact:
A. Verweij
VTV
antonia.verweij@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, in het kader van het project Ad-hocadvisering (projectcode: 270951)

© RIVM 2008

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: 'Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave'.

Rapport in het kort

Gezondheid in veertig krachtwijken

De gezondheid van bewoners van de veertig zogeheten krachtwijken is over het algemeen minder goed dan de gezondheid van inwoners van de rest van Nederland. Dit komt onder andere door de lagere sociaaleconomische status van de inwoners van de wijken. Niet alle krachtwijken zijn slechter af dan de rest van Nederland. Er zijn ook enkele krachtwijken waar de gezondheid relatief goed is. Dit blijkt uit een studie van het RIVM, uitgevoerd in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Behalve achterstanden op de gebieden wonen, werken, leren en opgroeien, integratie en veiligheid, hebben de krachtwijken dus ook gezondheidsachterstanden. Het verdient daarom aanbeveling om de wijkenaanpak mede te beoordelen op het effect op de gezondheid. Minister Vogelaar van Wonen, Wijken en Integratie heeft veertig achterstandswijken in achttien Nederlandse gemeenten aangewezen waar geïnvesteerd wordt in het opknappen van de wijk. Het doel is om deze wijken te ontwikkelen naar krachtwijken, waar mensen kansen hebben en graag willen wonen.

Voor het onderzoek is gebruikgemaakt van enquêtegegevens over 139.048 personen van het Woning Behoeftte Onderzoek (WBO) uit 2002 en het Woon Onderzoek Nederland (WoON) uit 2006. Het RIVM bestudeerde vier gezondheidsmaten: ervaren gezondheid, langdurige aandoeningen, beperkingen in algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) en huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen (HDL) en sportdeelname.

Trefwoorden: achterstandswijken, krachtwijken, gezondheidsachterstanden

Abstract

Health in forty deprived neighbourhoods

In general, the health of the inhabitants of forty deprived neighbourhoods in the Netherlands is less good than that of residents in the rest of the country. This is partly due to the low socioeconomic status of the inhabitants in these neighbourhoods. However, not all of the deprived neighbourhoods are worse off than the rest of the Netherlands. Health was shown to be relatively good in a few of the neighbourhoods studied. The study was conducted by the National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) and commissioned by the Ministry of Public Health, Welfare and Sport (VWS).

Besides deprivation in the domains of living, working, learning and growing up, integration, and safety, health deprivation was also shown to occur in the forty neighbourhoods studied. It is therefore advisable to also judge community action plans in these forty neighbourhoods for their effect on health. The minister for Housing, Communities and Integration appointed forty deprived neighbourhoods in eighteen Dutch municipalities as special attention communities for the improvement of their living environment. The aim is to develop these neighbourhoods into 'strong communities', where people have good opportunities and want to live.

For this study, survey data was used from a total of 139,048 respondents from the Housing Demand Survey (2002) and the Netherlands Housing Research Survey (2006). Four separate health measures were investigated: self-evaluated health, chronic conditions, limitations in activities of daily living (ADL) and household activities of daily living (HDL), and sports participation.

Key words: deprived neighbourhoods, strong communities, health inequalities

Inhoud

Samenvatting	7
1 Inleiding	9
2 Analyse van de gezondheidssituatie van wijken	11
3 Gezondheid in krachtwijken minder goed dan in de rest van Nederland	13
4 Cumulatie van gezondheidsproblemen	15
5 De rol van bevolkingskenmerken	17
6 Krachtwijken zijn niet de ongezondste wijken van Nederland	21
7 Conclusie	23
8 Belangrijke kanttekeningen bij de gebruikte methoden en resultaten	25
Literatuur	27
Bijlage 1. Gebruikte enquêtevragen voor gezondheidsindicatoren	31
Bijlage 2. Veertig krachtwijken versus de rest van Nederland (alleen WoON 2006)	33
Bijlage 3. Krachtwijken van de G4 (Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht)	35
Bijlage 4. Beschrijving van methoden	37
Bijlage 5. Veertig krachtwijken versus Nederland per gezondheidsindicator	39
Bijlage 6. Gezondheidsprofielen per wijk	43

Samenvatting

De minister van Wonen, Wijken en Integratie (WWI), heeft veertig wijken in achttien Nederlandse gemeenten (steden) benoemd waar geïnvesteerd gaat worden in het opknappen van de wijk. Het doel is om deze aandachtswijken te ontwikkelen naar zogenoemde krachtwijken. De veertig wijken zijn als krachtwijk aangemerkt op basis van verschillende criteria, zoals het aandeel mensen met een lage opleiding, vandalisme en onveiligheid. Gezondheid is niet een van de criteria geweest om de wijken te selecteren.

De centrale vraag van dit rapport is: zijn bewoners van de veertig krachtwijken gemiddeld ongezonder dan inwoners van de rest van Nederland? Het blijkt dat de gezondheid in de veertig krachtwijken tezamen inderdaad minder goed is dan de gezondheid in de rest van Nederland. In de meeste wijken zijn de bewoners ongezonder dan inwoners van de rest van Nederland. Er zijn echter ook enkele krachtwijken waar de gezondheid relatief goed is. Dit is vastgesteld aan de hand van vier afzonderlijke gezondheidsmaten: ervaren gezondheid, langdurige aandoeningen, beperkingen in algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) en huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen (HDL), en sportdeelname. Er is gebruikgemaakt van enquêtegegevens over 139.048 personen, waarvan er 7.359 (5,3%) in de veertig krachtwijken wonen. De gegevens komen uit twee databestanden: het Woning Behoefte Onderzoek (WBO) uit 2002 en het Woon Onderzoek Nederland (WoON) uit 2006.

Een deel van de gezondheidsverschillen tussen de veertig krachtwijken en de rest van Nederland wordt veroorzaakt doordat er relatief veel laag opgeleiden en allochtonen in de krachtwijken wonen. Daarnaast dragen mogelijk andere, niet bestudeerde factoren bij aan de verschillen in gezondheid tussen de krachtwijken en de rest van Nederland, zoals sociale en fysieke omgevingskenmerken van wijken.

Achterstanden op allerlei gebieden vertalen zich vaak in gezondheidsachterstanden. Dit wordt voor een deel bevestigd bij de geselecteerde veertig wijken. De veertig wijken zijn niet geselecteerd op grond van een gemiddeld minder goede gezondheid, maar er is wel degelijk overlap tussen de aandachtswijken en de meest ongezonde wijken. Het verdient daarom aanbeveling om de wijkenaanpak mede te beoordelen op het effect op de gezondheid.

1 Inleiding

De minister van Wonen, Wijken en Integratie (WWI), Ella Vogelaar, heeft veertig wijken in achttien Nederlandse gemeenten (steden) benoemd waar geïnvesteerd gaat worden in het opknappen van de wijk. Het doel is om deze aandachtswijken te ontwikkelen naar zogenoemde krachtwijken (VROM, 2007a). Het Rijk, gemeenten, woningcorporaties, bedrijfsleven, politie, scholen, welzijnswerkers en wijkbewoners zullen samenwerken om problemen die in de wijken bestaan, aan te pakken.

De minister wil zich sterk maken voor wijken met grote problemen rond wonen, werken, leren en opgroeien, integreren en veiligheid (www.wweni.nl). Problemen op elk van deze terreinen dragen bij aan de ongezondheid van de bevolking (WHO, 2006). Gezondheidsachterstanden zijn dan ook een intrinsiek onderdeel van de problematiek in achterstandswijken (De Hollander et al., 2006). Omgekeerd geldt dat gezondheid belangrijk is voor maatschappelijke participatie en economische ontwikkeling. De problemen staan dus niet op zichzelf; de hardnekkigheid van de problematiek is vooral gelegen in de cumulatie van verschillende problemen.

Dit rapport is een vervolg op het briefrapport ‘Gezondheid in 40 probleemwijken’ (089/2007/cVTV), verschenen in mei 2007. Het briefrapport was een eerste verkenning van de gezondheidssituatie in de geselecteerde krachtwijken. Deze verkenning gaf aanleiding om de gezondheidssituatie in de veertig wijken op een meer gedegen manier te bestuderen. De resultaten daarvan staan in dit rapport beschreven. Ook hierbij zijn nog kanttekeningen te plaatsen. Deze komen aan de orde in hoofdstuk 8.

De centrale vraag van dit rapport is: zijn bewoners van de veertig krachtwijken gemiddeld ongezonder dan inwoners van de rest van Nederland? De beantwoording van deze vraag valt in twee onderdelen uiteen. De veertig wijken tezamen worden vergeleken met de rest van Nederland (hoofdstuk 3). Daarnaast worden de veertig wijken afzonderlijk vergeleken met de rest van Nederland (hoofdstuk 4).

De verschillen in gezondheid tussen de veertig wijken en de rest van Nederland kunnen het gevolg zijn van verschillen in de bevolkingssamenstelling. Daar waar bijvoorbeeld de gemiddelde leeftijd hoger ligt, valt te verwachten dat de gezondheid gemiddeld minder goed is. We gaan in hoofdstuk 5 na in hoeverre gezondheidsverschillen tussen wijken en de rest van Nederland verband houden met verschillen in de bevolkingskenmerken (leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, etniciteit en religie).

De veertig wijken zijn als krachtwijk aangemerkt op basis van verschillende criteria, zoals het aandeel mensen met een lage opleiding, vandalisme en onveiligheid. Gezondheid is niet één van de criteria geweest om de wijken te selecteren. In hoofdstuk 6 vergelijken we de geselecteerde wijken met de ongezondste wijken van Nederland.

2 Analyse van de gezondheidssituatie van wijken

Om inzicht te krijgen in de gezondheidssituatie van de veertig krachtwijken zijn enquêtegegevens gebruikt uit twee databestanden:

- Woning Behoeftte Onderzoek (WBO) uit 2002. Dit databestand bevat gegevens over 75.043 personen. Daarvan wonen er 3.550 in de veertig krachtwijken (zie voor meer informatie over het databestand de onderzoeksdocumentatie: WBO, 2003);
- Woon Onderzoek Nederland (WoON) uit 2006. Dit is de opvolger van het WBO. Dit databestand bevat gegevens over 64.005 personen. Daarvan wonen er 3.809 in de veertig krachtwijken (zie voor meer informatie over het databestand: WoON, 2007).

In het in 2007 verschenen briefrapport 'Gezondheid in 40 probleemwijken' (089/2007/cVTV), is voor de verkenning van de gezondheidssituatie van de veertig krachtwijken alleen het databestand uit 2006 gebruikt. Door de databestanden uit beide jaren aan elkaar te koppelen is een groter aantal respondenten per wijk verkregen. Het aantal respondenten per krachtwijk loopt uiteen van 28 tot 872. Het totale databestand omvat 139.048 respondenten, waarvan er 7.359 (5,3%) in de veertig krachtwijken wonen.

De gezondheidssituatie in de veertig wijken vergelijken we met die in de rest van Nederland aan de hand van vier indicatoren waarvoor gegevens beschikbaar zijn in de gebruikte databestanden (zie Bijlage 1 voor de bijbehorende enquêtevragen en coderingen van de variabelen). Deze indicatoren zijn:

- *Minder goede gezondheid*: het oordeel van mensen over hun eigen gezondheid, ook wel aangeduid als ervaren gezondheid.
- *Langdurige aandoeningen*: het hebben van een of meer langdurige ziekten, aandoeningen of handicaps.
- *Beperkingen*: moeite hebben met algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) en huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen (HDL). Deze indicator is alleen beschikbaar in het databestand uit 2006¹.
- *Niet sporten*: gemiddeld nul uur per week sporten.

De analyse van de gezondheidssituatie van de veertig krachtwijken is gebaseerd op informatie op vierpositiepostcodeniveau. Daarvoor zijn de krachtwijken omgezet naar postcodegebieden. De meeste wijken bestaan uit één postcodegebied, zestien wijken bestaan uit meerdere postcodegebieden. Niet overal komen de grenzen van de krachtwijken overeen met de grenzen van de postcodegebieden (zie ook hoofdstuk 8 over kanttekeningen bij de gebruikte methoden en resultaten). De conversie naar postcodegebieden is zodanig uitgevoerd dat de overlap tussen wijken en postcodegebieden zo groot mogelijk is. De uiteindelijk geselecteerde postcodes komen echter niet helemaal overeen met de postcodes die de ministeries van VWS en VROM – Wonen, Wijken en Integratie (WWI) geselecteerd hebben. Om consistentie in de wijkindeling tussen dit rapport en het briefrapport uit 2007 te bewaken, hanteren we in beide rapporten dezelfde selectie van postcodes.

¹ Er zijn gegevens over ADL- en HDL-beperkingen aanwezig in het WBO, maar ze wijken af van de gegevens in het WoON. Gegevens uit het WoON zijn afgestemd op een nieuwe definitie van een maat voor motorische beperkingen van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).

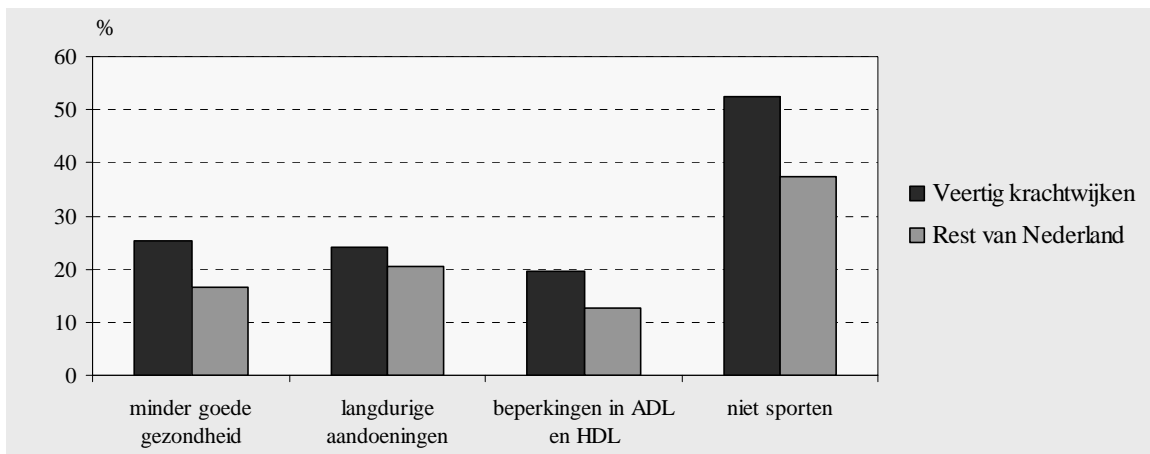
3 Gezondheid in krachtwijken minder goed dan in de rest van Nederland

Wanneer alle veertig krachtwijken samen worden vergeleken met de rest van Nederland valt wat betreft de vier gezondheidsindicatoren het volgende op (zie ook Figuur 1):

- In de veertig krachtwijken beoordeelt 25% van de mensen zijn of haar gezondheid als minder dan goed. In de rest van Nederland is dat 17%.
- In de veertig krachtwijken geeft 24% van de mensen aan een langdurige aandoening te hebben, terwijl dat in de rest van Nederland 21% is.
- 20% van de mensen die in de veertig krachtwijken wonen, heeft een beperking bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) en huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen (HDL). In de rest van Nederland is dat 13%.
- In de krachtwijken sport 52% van de mensen niet, terwijl dat in de rest van Nederland 37% is.

Afgemeten aan deze vier gezondheidsindicatoren is de gezondheid in de veertig krachtwijken significant ($p < 0,05$ tweezijdig) slechter dan in de rest van Nederland.

Deze resultaten verschillen van de percentages genoemd in het briefrapport van mei 2007. Dit komt ten eerste doordat twee databestanden aan elkaar zijn gekoppeld: WBO (2002) en WoON (2006), waarmee een groter aantal respondenten is verkregen. In het briefrapport zijn alleen data uit 2006 gebruikt. Ten tweede zijn de percentages in het huidige rapport gewogen naar leeftijd, geslacht, geboorteland en positie in het huishouden om tot representatieve informatie over Nederland te komen. In Bijlage 2 staan de percentages voor de vier gezondheidsindicatoren over alleen 2006, gebaseerd op gewogen data.



^a Het percentage mensen met beperkingen is berekend op basis van gegevens uit alleen WoON 2006.

^b Verschillen zijn bij alle vier de gezondheidsindicatoren significant ($p < 0,05$ tweezijdig).

^c De databestanden zijn gewogen naar leeftijd, geslacht, geboorteland en positie in het huishouden.

Figuur 1. Percentage mensen met een minder goede gezondheid, percentage mensen met langdurige aandoeningen, percentage mensen met beperkingen^a en percentage mensen dat niet sport; de veertig krachtwijken (n = 7.359) vergeleken^b met de rest van Nederland^c (n = 131.689) (bron: WBO 2002 en WoON 2006).

Eenzelfde vergelijking is gemaakt tussen de krachtwijken van de vier grote steden (G4) en de rest van de krachtwijken. De inwoners van de krachtwijken van Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht hebben een iets minder goede gezondheid dan de inwoners van de rest van de krachtwijken, onder bewoners van de G4-krachtwijken zijn meer mensen die een beperking hebben in ADL en HDL en meer mensen sporten niet. Voor langdurige aandoeningen verschillen de krachtwijken van de G4 niet van de overige krachtwijken (zie Bijlage 3).

De gezondheidsverschillen tussen de veertig krachtwijken en de rest van Nederland kunnen we ook uitdrukken met zogenoemde odds ratio's. De odds ratio geeft de verhouding aan tussen de kans dat mensen in de veertig wijken ongezond zijn en de kans dat mensen in de rest van Nederland ongezond zijn (zie Bijlage 4 voor meer uitleg over odds ratio's). De odds ratio voor ervaren gezondheid is 1,7. Dat wil zeggen dat inwoners van de veertig wijken 1,7 keer meer kans hebben op een minder goede gezondheid dan mensen uit de rest van Nederland. De odds ratio's voor langdurige aandoeningen, beperkingen en sportdeelname zijn achtereenvolgens 1,3, 1,6 en 1,8. Hoe groter de odds ratio, hoe groter het verschil tussen de veertig wijken en de rest van Nederland. De grootste verschillen tussen de veertig wijken en de rest van Nederland bestaan dus op het gebied van sportdeelname: inwoners van de veertig wijken hebben bijna tweemaal zoveel kans om niet te sporten dan mensen in de rest van Nederland.

In Bijlage 5 zijn per gezondheidsindicator de wijken afzonderlijk vergeleken met de rest van Nederland². In het merendeel van de wijken ervaren de bewoners hun gezondheid gemiddeld als minder goed dan in de rest van Nederland. In slechts enkele krachtwijken rapporteren de bewoners een betere gezondheid dan in de rest van Nederland (zie Bijlage 5).

² Omdat voor beperkingen alleen gegevens uit het WoON gebruikt zijn, is bij deze indicator het aantal beschikbare gegevens kleiner dan bij de andere drie indicatoren. Bij wijken met minder dan twintig respondenten zijn de afzonderlijke wijkcores voor beperkingen niet getoond in Bijlage 5.

4 Cumulatie van gezondheidsproblemen

In Bijlage 6 staan gezondheidsprofielen per wijk. Per wijk zijn voor elke gezondheidsindicator afzonderlijk, de verschillen ten opzichte van de rest van Nederland weergegeven³. Veel wijken laten op meerdere gezondheidsindicatoren tegelijk een ongunstig beeld zien. Daar waar bijvoorbeeld meer mensen hun gezondheid als minder goed beoordelen, is ook de sportdeelname minder groot. Dat duidt op een cumulatie van gezondheidsproblemen⁴. Sommige wijken scoren ook gunstiger op één of enkele gezondheidsindicatoren dan de rest van Nederland, maar niet op alle vier de indicatoren tegelijk (zie Bijlage 6). Overigens is er in de rest van Nederland ook sprake van cumulatie van gezondheidsproblemen. De mate van cumulatie is ongeveer gelijk in de veertig wijken en in de rest van Nederland. Echter, omdat gezondheidsproblemen gemiddeld meer voorkomen in de krachtwijken is het feit dat gezondheidsproblemen cumuleren nadeliger voor de krachtwijken dan voor de rest van Nederland.

³ Omdat voor beperkingen alleen gegevens uit het WoON gebruikt zijn, is bij deze indicator het aantal beschikbare gegevens kleiner dan bij de andere drie indicatoren. Bij wijken met minder dan twintig respondenten zijn de afzonderlijke wijkcores voor beperkingen niet getoond in Bijlage 6.

⁴ Cumulatie van gezondheidsproblemen op het niveau van wijken komt doordat gezondheidsproblemen binnen individuele respondenten samen voorkomen.

5 De rol van bevolkingskenmerken

Bij de hiervoor beschreven gezondheidsverschillen tussen krachtwijken en de rest van Nederland is geen rekening gehouden met verschillen in de bevolkingssamenstelling tussen de wijken en de rest van Nederland. In het briefrapport van mei 2007, waarop dit rapport voortbouwt, bleek dat wanneer sterftecijfers gecorrigeerd werden voor leeftijd, geslacht, burgerlijke staat en etniciteit, verschillen tussen de veertig wijken en de rest van Nederland nagenoeg verdwenen. De verhoogde sterfte in de krachtwijken bleek dus grotendeels toe te schrijven aan de samenstelling van de bevolking van de wijken.

Hieronder gaan we na in hoeverre de in hoofdstuk 3 beschreven gezondheidsverschillen tussen wijken en de rest van Nederland verband houden met verschillen in de bevolkingssamenstelling. Het gaat om vijf bevolkingskenmerken: leeftijd, geslacht, etniciteit (niet-westerse en westerse allochtonen vergeleken met autochtonen), opleidingsniveau en religie (katholieken, protestanten en mensen met andere religies vergeleken met mensen die zich niet rekenen tot een kerkelijke gezindte) (zie Tabel 1). Per bevolkingskenmerk beschrijven we de invloed ervan op verschillen in ervaren gezondheid tussen de veertig krachtwijken en de rest van Nederland (uitgedrukt met een odds ratio, zie hoofdstuk 3 en Bijlage 4). Er zijn geen grote afwijkingen ten opzichte van de andere drie gezondheidsindicatoren (langdurige aandoeningen, beperkingen in ADL en HDL en sportdeelname).

Leeftijd

Hoe hoger de leeftijd, hoe minder goed de gezondheid. Een bevolking met veel ouderen is daarom ongezonder dan een bevolking met veel jongeren. De krachtwijken hebben gemiddeld een jongere bevolking dan de rest van Nederland (zie Tabel 1). Door rekening te houden met dit verschil in leeftijdsopbouw worden de gezondheidsverschillen tussen wijken en de rest van Nederland groter; de odds ratio voor ervaren gezondheid neemt toe van 1,7 naar 2,0 (zie Figuur 2). Dus ondanks dat de krachtwijken een jongere bevolking hebben, zijn de mensen die er wonen minder gezond dan in de rest van Nederland.

Geslacht

Vrouwen ervaren in vergelijking tot mannen een minder goede gezondheid. Het aandeel mannen en vrouwen in de veertig wijken en de rest van Nederland ligt ongeveer gelijk (zie Tabel 1). Daarom verandert het verschil in ervaren gezondheid tussen de veertig wijken en de rest van Nederland nagenoeg niet als we rekening houden met verschillen in de bevolkingssamenstelling wat betreft geslacht (zie Figuur 2).

Opleidingsniveau

Het hoogst behaalde opleidingsniveau is een veel gebruikte indicator om de sociaaleconomische status van mensen vast te stellen: hoe lager de opleiding, hoe lager de sociaaleconomische status. Mensen met een lagere opleiding hebben gemiddeld een minder goede gezondheid. In de krachtwijken is het opleidingsniveau gemiddeld lager dan in de rest van Nederland (zie Tabel 1). Door rekening te houden met dit verschil in opleidingsniveau, valt een deel van het gezondheidsverschil tussen de veertig wijken en de rest van Nederland weg (zie Figuur 2).

Tabel 1. Beschrijving van bevolkingskenmerken, apart voor de veertig krachtwijken (n = 7.359) en de rest van Nederland (n = 131.689) (bron: WBO 2002 en WoON 2006).

	40 krachtwijken	Rest van Nederland
Geslacht		
Mannen	48	49
Vrouwen	52	51
Leeftijd		
18–34-jarigen	37	28
35–49-jarigen	28	30
50–64-jarigen	19	24
65-plussers	16	17
Opleiding		
Geen	3	1
Alleen lagere school	16	10
Lbo, vmbo, mavo	32	31
Havo, mbo, vwo	29	33
Hbo	12	19
Universiteit	7	7
Etniciteit		
Autochtonen	54,4	84,5
Westerse allochtonen	9,6	8,3
Niet-westerse allochtonen ^a	36,6	7,2
Turks	8,6	1,4
Marokkaans	7,4	1,2
Surinaams	9,0	1,4
Antilliaans	2,5	0,6
Overig	8,5	2,5
Religie		
Geen kerkelijke gezindte	44,3	39,7
Katholieken	16,5	30,8
Protestanten	18,2	22,3
Andere religies ^a	20,0	7,3
Islamieten	12,2	2,0
Hindoes	1,6	0,4
Winti	3,7	2,8
Overig	3,5	2,2

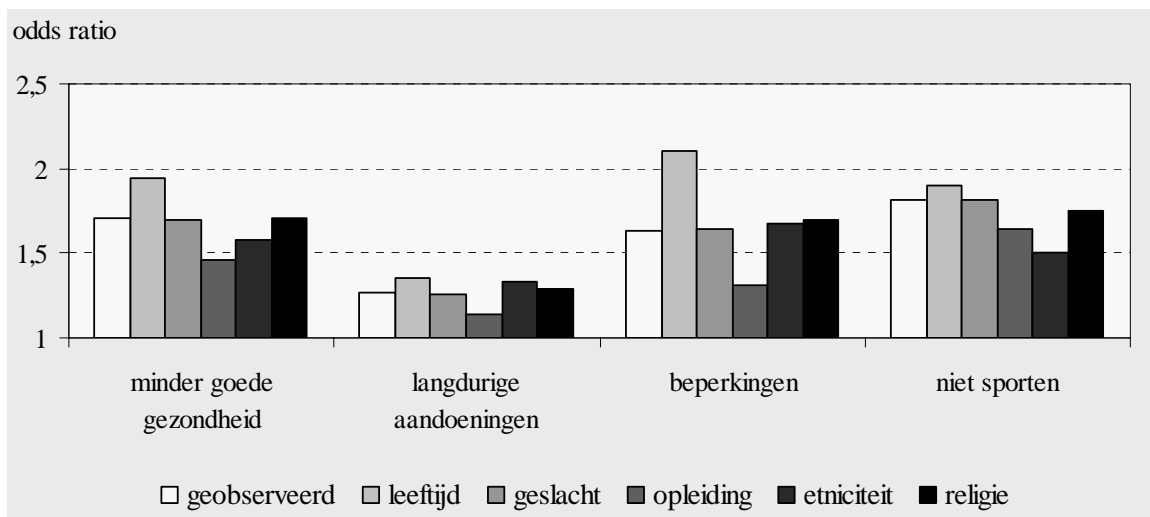
^a De categorieën ‘niet-westerse allochtonen’ en ‘andere religies’ zijn in de analyses niet uitgesplitst naar de hier genoemde subcategorieën.

Etniciteit

Niet-westerse allochtonen hebben in vergelijking tot autochtonen een minder goede gezondheid. Dit geldt ook voor westerse allochtonen, zij het in mindere mate. Het aandeel allochtonen (westerse en niet-westerse) is in de veertig wijken groter dan in de rest van Nederland (zie Tabel 1). Wanneer we rekening houden met het feit dat er in de veertig wijken meer allochtonen wonen dan in de rest van Nederland verminderen de verschillen in gezondheid tussen de krachtwijken en de rest van Nederland (zie Figuur 2).

Religie

Protestanten, katholieken en mensen met een ander geloof zijn ongezonder dan mensen die zich niet tot een kerkelijke gezindte rekenen, maar de onderlinge verschillen zijn niet groot. In de veertig krachtwijken wonen meer mensen met een andere religie dan in de rest van Nederland (zie Tabel 1). Omdat religie niet veel invloed heeft op de gezondheidsindicatoren, veranderen de gezondheidsverschillen tussen de veertig wijken en de rest van Nederland weinig (zie Figuur 2).



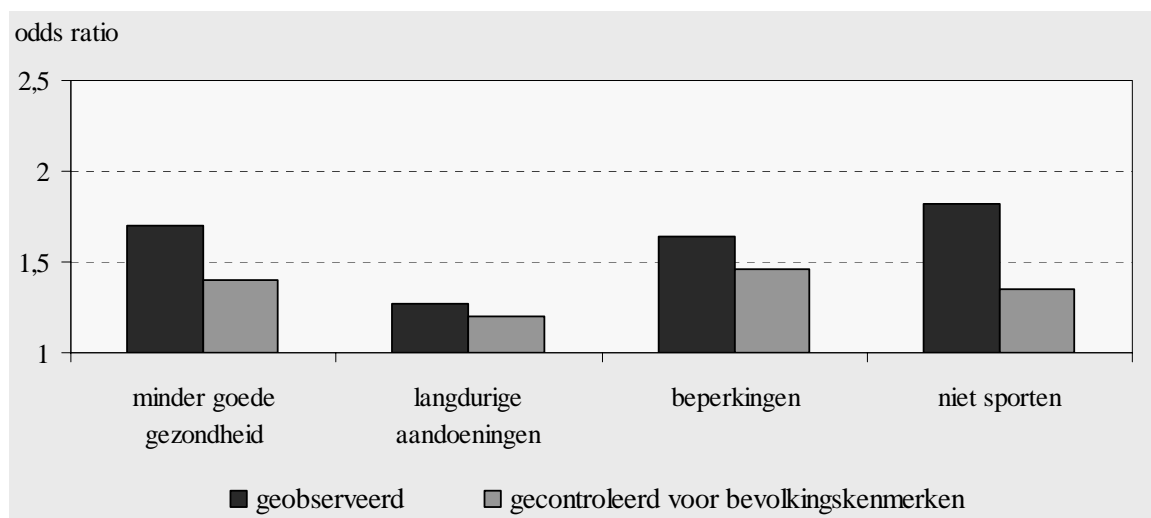
^a Deze odds ratio's zijn gecorrigeerd voor het jaar waaruit de data komen. Overigens verschillen de odds ratio's bijna niet van de niet voor jaartal gecorrigeerde odds ratio's.

^b Odds ratio's over beperkingen zijn berekend op basis van gegevens uit alleen WoON 2006.

Figuur 2. Per bevolkingskenmerk (leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, etniciteit en religie) de invloed ervan op gezondheidsverschillen tussen de veertig wijken en de rest van Nederland uitgedrukt in odds ratio's^a (bron: WBO 2002 en WoON 2006)^b.

Invloed van bevolkingskenmerken samen

De volgende stap is om te kijken wat er overblijft van de gezondheidsverschillen tussen de wijken en de rest van Nederland als rekening gehouden wordt met verschillen tussen de wijken en de rest van Nederland in de vijf bevolkingskenmerken tegelijk. Het blijkt dat ook dan verschillen blijven bestaan in de gezondheid van de inwoners van de krachtwijken en de bevolking van de rest van Nederland. De inwoners van de veertig wijken hebben 1,4 keer meer kans op een minder goede gezondheid dan mensen uit de rest van Nederland. De odds ratio's voor langdurige aandoeningen, beperkingen en sportdeelname zijn achtereenvolgens 1,2, 1,5 en 1,4 (zie Figuur 3). Mogelijk zijn er ook andere factoren in de wijken, zoals sociale en fysieke omgevingskenmerken, die ongunstig zijn voor de gezondheid van mensen.



^a Odds ratio's zijn gecorrigeerd voor het jaar waaruit de data komen.

^b Odds ratio's over beperkingen zijn berekend op basis van gegevens uit alleen WoON 2006.

Figuur 3. Geobserveerde gezondheidsverschillen^a tussen de veertig krachtwijken en de rest van Nederland en gezondheidsverschillen gecontroleerd voor de bevolkingskenmerken leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, etniciteit en religie, uitgedrukt in odds ratio's (bron: WBO 2002 en WoON 2006)^b

6 Krachtwijken zijn niet de ongezondste wijken van Nederland

De veertig wijken die als aandachtswijken zijn aangemerkt, zijn op een aantal criteria geselecteerd, zoals het aandeel werkenden, het aandeel huishoudens met een lage opleiding, het aandeel kleine, oude en goedkope woningen, overlast, vandalisme en onveiligheid (VROM, 2007b). Wijken die het minst gunstig scoorden op deze factoren zijn aangemerkt als krachtwijken. Gezondheid is niet één van de criteria geweest om wijken te selecteren. Hieronder vergelijken we de geselecteerde wijken met de ongezondste wijken.

Vanwege verschillen tussen steden in de indeling en de omvang van wijken en het feit dat de krachtwijken niet aansluiten bij bestaande wijkindelingen, kunnen deze niet worden gebruikt om bovenstaande vraag te beantwoorden. Analyses vinden daarom plaats op basis van afzonderlijke postcodegebieden en niet op basis van de wijkindeling. De veertig wijken zijn omgezet naar 89 vierpositiepostcodegebieden. Dit komt neer op ongeveer 5% van alle postcodegebieden die beschikbaar zijn in de gebruikte databronnen. Overigens zijn hier alleen postcodegebieden meegenomen met meer dan twintig respondenten om te voorkomen dat een gezondheidsscore van een postcodegebied gebaseerd kan zijn op informatie afkomstig van slechts één of enkele respondenten (zie ook de kanttekeningen die beschreven staan in hoofdstuk 8). Tien postcodegebieden van de krachtwijken met minder dan twintig respondenten zijn daartoe geëxcludeerd.

De selectie van de ongezondste wijken van Nederland is gemaakt door de 5% meest ongezonde postcodegebieden te nemen op basis van ervaren gezondheid. Het blijkt dat een vijfde van deze ongezondste postcodegebieden, gebieden zijn die in de krachtwijken liggen. Het merendeel van de ongezondste postcodegebieden maakt dus deel uit van andere wijken. In de 5% ongezondste postcodegebieden beoordeelt 35% van de inwoners zijn of haar gezondheid als minder goed. Ter vergelijking: in de krachtwijken beoordeelt 25% van de inwoners zijn of haar gezondheid als minder goed en in de rest van Nederland is dat 17% (zie ook hoofdstuk 3). Naast de krachtwijken blijken er in Nederland dus ook andere wijken te zijn waar de gezondheid van de bewoners te wensen overlaat.

7 Conclusie

De gezondheid in de veertig krachtwijken tezamen is minder goed dan de gezondheid in de rest van Nederland. Wanneer we meer in detail naar de verschillende wijken kijken, blijken er afwisselende patronen te bestaan. De meerderheid van de wijken laat een minder goede gezondheid zien. Er zijn echter ook enkele krachtwijken waar de gezondheid relatief goed is, de zogenoemde uitzonderingen op de regel. Ook in eerder onderzoek zijn dergelijke uitzonderingen geconstateerd (Van Hooijdonk et al., 2007).

In vergelijking met de rest van Nederland kenmerken de veertig wijken zich door een jonge bevolking, met meer westerse en niet-westerse allochtonen en een gemiddeld lager opleidingsniveau. Leeftijd, etniciteit en opleiding zijn belangrijke voorspellers van gezondheid. Wanneer we rekening houden met deze verschillen in bevolkingskenmerken, verdwijnt er een deel van de gezondheidsverschillen tussen de veertig krachtwijken en de rest van Nederland. Het feit dat er nog wel verschillen blijven bestaan, duidt erop dat er ook nog andere, niet meegenomen, factoren zijn die verantwoordelijk zijn voor de verschillen in gezondheid tussen de krachtwijken en de rest van Nederland. Te denken valt bijvoorbeeld aan de sociale en de fysieke omgevingskenmerken van wijken.

Achterstanden op allerlei gebieden vertalen zich vaak in gezondheidsachterstanden. Dit wordt voor een deel bevestigd bij de geselecteerde veertig wijken. De veertig wijken zijn niet geselecteerd op grond van een gemiddeld minder goede gezondheid, maar er is wel degelijk overlap tussen de aandachtswijken en de meest ongezonde wijken. Het verdient daarom aanbeveling om de wijkenaanpak mede te beoordelen op hun effect op gezondheid.

Tegelijk zijn er in Nederland ook niet-geselecteerde wijken waar de gezondheidstoestand minder goed dan of vergelijkbaar is met die in de krachtwijken. In de ongezondste wijken ligt de gemiddelde gezondheid opmerkelijk lager dan in de krachtwijken. Vanuit het oogpunt van de volksgezondheid is aandacht voor deze wijken evenzeer nodig als voor de krachtwijken.

Het is belangrijk dat de in dit rapport gepresenteerde informatie over de gezondheid in de krachtwijken wordt geïnterpreteerd in het licht van de lokale context door lokale mensen met ervaring in de wijken. Zij kunnen vaak prima duiden waarom in sommige wijken de mensen een betere of slechtere gezondheid blijken te hebben dan verwacht.

8 Belangrijke kanttekeningen bij de gebruikte methoden en resultaten

- De in dit rapport gepresenteerde gegevens betreffen de volwassen bevolking. Het Woning Behoeftte Onderzoek (WBO) en het Woon Onderzoek Nederland (WoON) zijn uitgevoerd onder de bevolking van achttien jaar en ouder. We kunnen daarom geen uitspraken doen over de situatie bij jongeren.
- De analyse van de gezondheidstoestand is gebaseerd op informatie op vierpositiepostcodeniveau. Daarvoor zijn de wijken omgezet naar postcodegebieden. Niet overal komen de grenzen van de krachtwijken overeen met de grenzen van de postcodegebieden. Hierbij kunnen zich twee situaties voordoen. Situatie 1: een geselecteerd postcodegebied ligt slechts voor een deel binnen de krachtwijk. Situatie 2: een deel van de krachtwijk ligt buiten de geselecteerde postcodegebieden. De conversie is zodanig uitgevoerd dat beide situaties zo min mogelijk voorkomen.
- Een tweede kanttekening over het gebruik van informatie op vierpositiepostcodeniveau gaat over de gedetailleerdheid van de uitspraken. Er kunnen (grote) gezondheidsverschillen bestaan binnen postcodegebieden. Problemen op het gebied van bijvoorbeeld de gezondheid kunnen geconcentreerd zijn in een paar straten, terwijl in de rest van de wijk daarvan niets merkbaar is.
- Door het samenvoegen van databestanden uit twee jaren, is het aantal respondenten per wijk verhoogd ten opzichte van het aantal respondenten uit het briefrapport uit mei 2007. Toch is het aantal respondenten per wijk in veel gevallen te klein om te kunnen vaststellen dat de gevonden gezondheidsverschillen tussen de afzonderlijke wijken en de rest van Nederland statistisch significant zijn (bij $p < 0,05$). Bij wijken waar *oversampling* heeft plaatsgevonden, is het aantal respondenten wel groot genoeg om verschillen aan te tonen.

Literatuur

Hollander AEM de, Hoeymans N, Melse JM, Oers JAM van, Polder JJ (2006). Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. RIVM-rapport 270061003. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Hooijdonk C van, Droomers M, van Loon JA, van der Lucht F, Kunst AE (2007). Exceptions to the rule: healthy deprived areas and unhealthy wealthy areas. Soc Sci Med, 64(6):1326-42.

Verweij A, Hooijdonk C van, Deuning C, Droomers M, Lucht F van der, Zwakhals L (2007). Gezondheid in 40 probleemwijken. Briefrapport 089/2007/cVTV. Bilthoven: RIVM.

VROM (2007a). Actieplan Krachtwijken. Van Aandachtswijk naar Krachtwijk. Den Haag: Ministerie VROM.

VROM (2007b). Indicatoren voor selectie van de wijken. Website:
http://www.vrom.nl/get.asp?file=docs/kamerstukken/Thu22Mar20071531150100/DGWS2007027019b_indicatoren.pdf.

WBO (2003). Onderzoeksverantwoording. Woningbehoefte Onderzoek 2002. Dongen: GFK Panelservices Benelux BV, Intomart BV, R & M.

WHO (2006). Engaging for health. Eleventh General Programme of Work 2006-2015. A Global Health Agenda. Genève: WHO.

WoON (2007). Woon Onderzoek Nederland 2006. Onderzoeksdocumentatie module Woningmarkt. Delft: ABF Research.

Dankwoord

Dit rapport is deels gebaseerd op het briefrapport 'Gezondheid in 40 probleemwijken' uit 2007 (089/2007/cVTV). We willen de auteurs van dat briefrapport die niet hebben bijgedragen aan het huidige rapport bedanken voor het voorwerk dat ze gedaan hebben: Cindy Deuning en Laurens Zwakhals van het centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (RIVM) en Carolien van Hooijdonk, toen werkzaam bij het centrum voor Preventie en Zorg Onderzoek (RIVM). Voor resultaten uit analyses, uitgevoerd door Carolien van Hooijdonk, over sterfteverschillen tussen de 40 wijken en de rest van Nederland verwijzen we naar het briefrapport. Ten slotte danken we Frank den Hertog van het centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenningen voor zijn commentaar op een eerdere versie van dit rapport.

Bijlage 1. Gebruikte enquêtevragen voor gezondheidsindicatoren

Variabele ‘Minder goede gezondheid’:

Hoe is over het algemeen uw gezondheid. Is deze:

- 1 zeer goed
- 2 goed
- 3 gaat wel
- 4 soms goed en soms slecht
- 5 of slecht?

Codering: 1 en 2 = 0; 3, 4 en 5 = 1 (minder gezond).

Variabele ‘Langdurige ziekten, aandoeningen of handicaps’:

Heeft u last van een of meer langdurige ziekten, aandoeningen of handicaps?

- 1 ja
- 2 nee

Codering: 2 = 0; 1 = 1 (langdurige aandoeningen).

Variabele ‘Beperkingen in algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) en huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen (HDL)’:

Ik noem u nu een aantal activiteiten. Kunt u aangeven of u deze activiteiten in het algemeen zonder moeite, met moeite of alleen met hulp van anderen kunt doen?

De eerste activiteit is trap op- en aflopen.

Kunt u een halfuur lang staan of zitten?

Kunt u gaan zitten en opstaan?

Kunt u de woning verlaten en binnengaan?

Kunt u zich volledig wassen?

Kunt u tien minuten lopen zonder te stoppen?

1 zonder moeite

2 met moeite

3 alleen met hulp van anderen

Kunt u de dagelijkse boodschappen doen?

1 zonder moeite

2 met moeite

3 niet vanwege mijn gezondheid

4 niet vanwege andere redenen

En klussen waarbij een huishoudtrap nodig is, kunt u die:

- 1 zonder moeite
- 2 met moeite
- 3 niet vanwege mijn gezondheid
- 4 niet vanwege andere redenen

Variabele is geconstrueerd tot:

- 1. Geen beperkingen
- 2. Lichte beperkingen
- 3. Matige beperkingen
- 4. Ernstige beperkingen

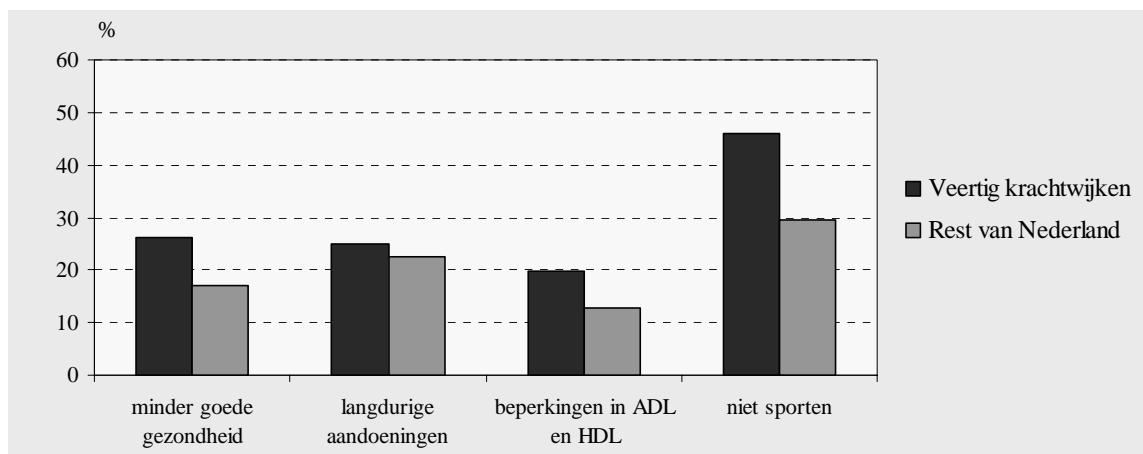
Codering: 1 = 0; 2, 3 en 4 = 1 (beperkingen).

Variabele ‘Niet sporten’:

Hoeveel uur per week besteedt u aan lichaamsbeweging of sport?
..... uren

Codering: 1 of meer uur = 0; 0 = 1 (niet sporten).

Bijlage 2. Veertig krachtwijken versus de rest van Nederland (alleen WoON 2006)

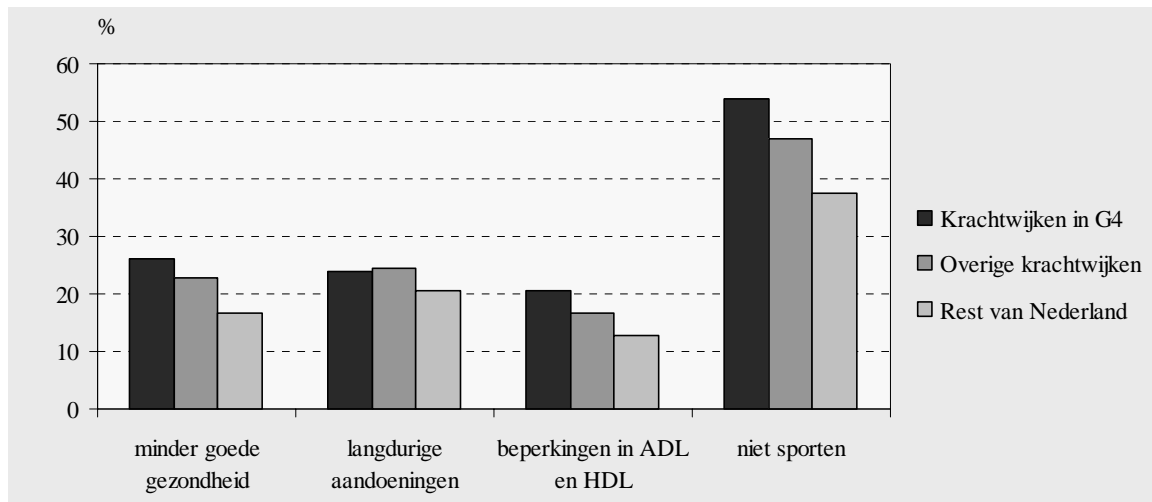


^a Verschillen zijn bij alle vier de gezondheidsindicatoren significant ($p < 0,05$ tweezijdig).

^b De databestanden zijn gewogen naar leeftijd, geslacht, geboorteland en positie in het huishouden.

Figuur B2.1. Percentage mensen met een minder goede gezondheid, percentage mensen met langdurige aandoeningen, percentage mensen met beperkingen en percentage mensen dat niet sport; de veertig krachtwijken ($n = 7.359$) vergeleken^a met de rest van Nederland^b ($n = 131.689$) (bron: WoON 2006).

Bijlage 3. Krachtwijken van de G4 (Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht)



- ^a Het percentage mensen met beperkingen is berekend op basis van gegevens uit alleen WoON 2006.
- ^b De databestanden zijn gewogen naar leeftijd, geslacht, geboorteland en positie in het huishouden.

Figuur B3.1. Percentage mensen met een minder goede gezondheid, percentage mensen met langdurige aandoeningen, percentage mensen met beperkingen^a en percentage mensen dat niet sport; de krachtwijken behorende tot de G4 (n = 5.403) vergeleken met de overige krachtwijken (n = 1.956) en met de rest van Nederland^b (n = 131.689) (bron: WBO 2002 en WoON 2006).

Bijlage 4. Beschrijving van methoden

Verschillen in gezondheid tussen de veertig krachtwijken en de rest van Nederland kunnen worden uitgedrukt in odds ratio's. De odds ratio voor een twee-bij-tweetabel van het wel of niet wonen in een krachtwijk tegen het wel of niet ongezond zijn, is de kans dat mensen in een krachtwijk ongezond zijn tegenover de kans dat mensen in een krachtwijk gezond zijn gedeeld door de kans dat mensen in de rest van Nederland ongezond zijn tegenover de kans dat mensen in de rest van Nederland gezond zijn. Een odds ratio heeft een bereik van 0 (de kans om ongezond te zijn is nul) tot oneindig (de kans om ongezond te zijn is één). In hoofdstuk 3 zijn odds ratio's berekend in een logistisch regressiemodel, waarbij is nagegaan in hoeverre het wonen in een krachtwijk van invloed is op de kans op ongezondheid:

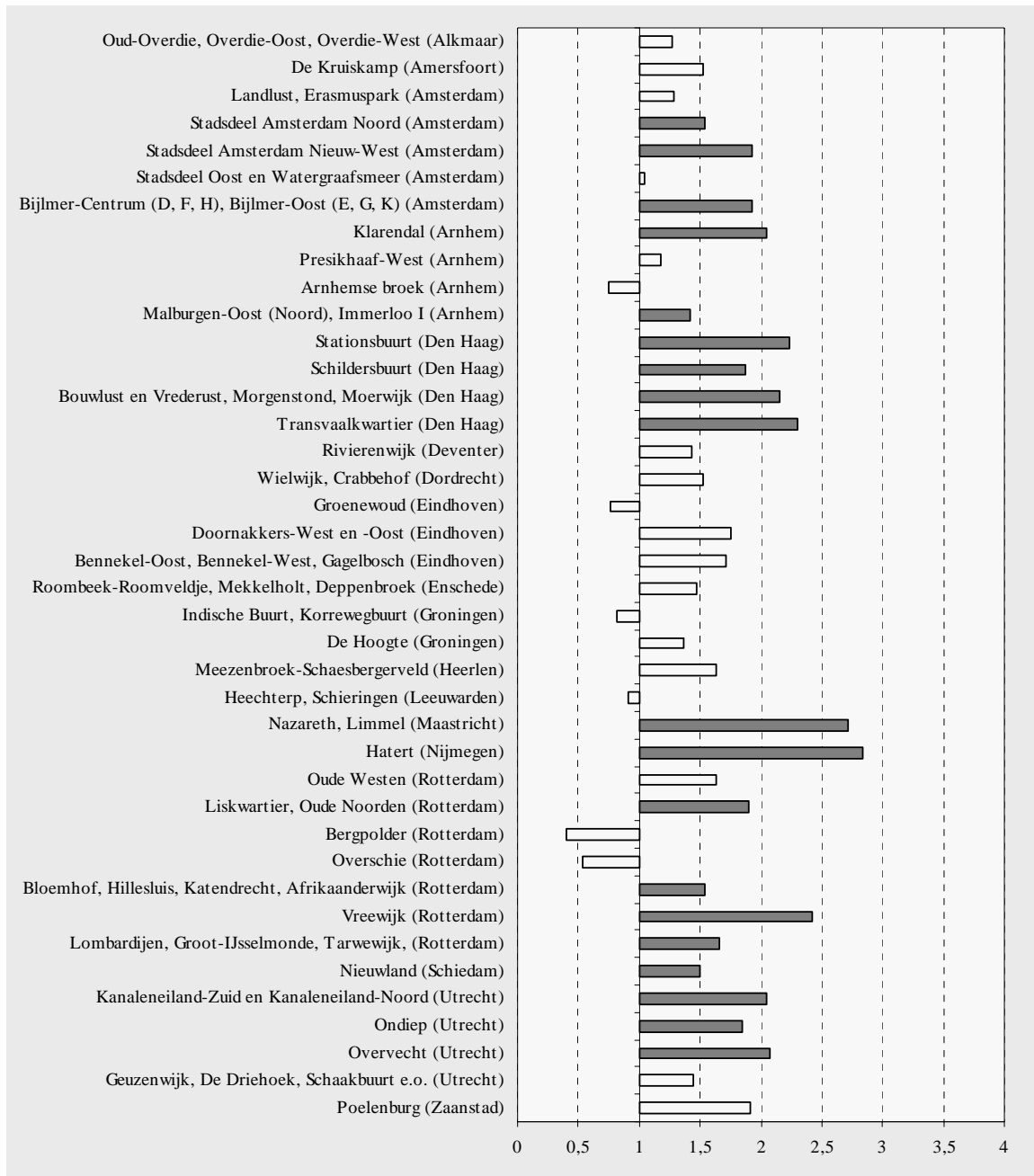
$$(1) \quad L_n (p_{\text{ongezond}} / p_{\text{gezond}}) = \beta_0 + \beta_1 * \text{krachtwijk} + e$$

Het binomiale model gaat uit van kansverhoudingen (odds), waarvan de natuurlijke logaritme is genomen: log odds. De grootte van de logistische kansverhouding al dan niet ongezond te zijn (log odds) is de afhankelijke variabele. In de regressievergelijking is het intercept β_0 de kansverhouding (log odds) van mensen die in de rest van Nederland wonen omdat zij de referentiecategorie vormen. De kansverhouding van mensen die in de veertig wijken wonen kan berekend worden door: $\beta_0 - \beta_1$. De mate waarin het wonen in een krachtwijk invloed heeft, kan dan weergegeven worden door: $(\beta_0 - \beta_1) / \beta_0$, of gewoon β_1 . De regressiecoëfficiënt β_1 geeft het verschil weer tussen mensen die in de krachtwijken wonen en de mensen die in de rest van Nederland wonen in hun ongezondheid. De e is de residuele errorterm.

Naast het effect van het wonen in een krachtwijk worden bevolkingskenmerken in het model opgenomen omdat verwacht wordt dat deze bevolkingskenmerken samenhangen met verschillen in gezondheid tussen de wijken en de rest van Nederland. De resultaten hiervan staan beschreven in hoofdstuk 5. Toevoeging van de bevolkingskenmerken aan het model levert de volgende vergelijking op:

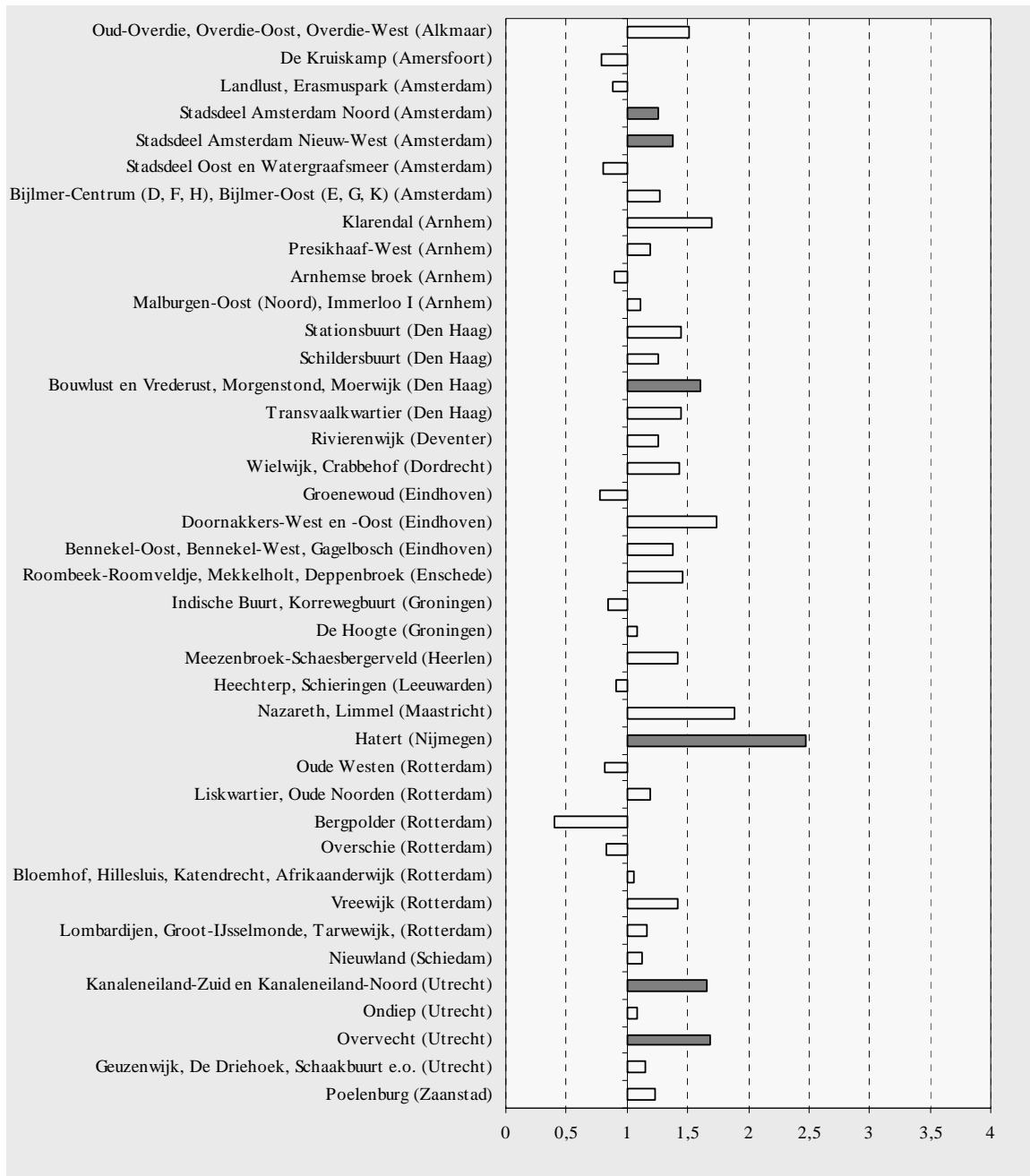
$$(2) \quad L_n (p_{\text{ongezond}} / p_{\text{gezond}}) = \beta_0 + \beta_1 * \text{krachtwijk} + \beta_2 * \text{bevolkingskenmerken} + e$$

Bijlage 5. Veertig krachtwijken versus Nederland per gezondheidsindicator



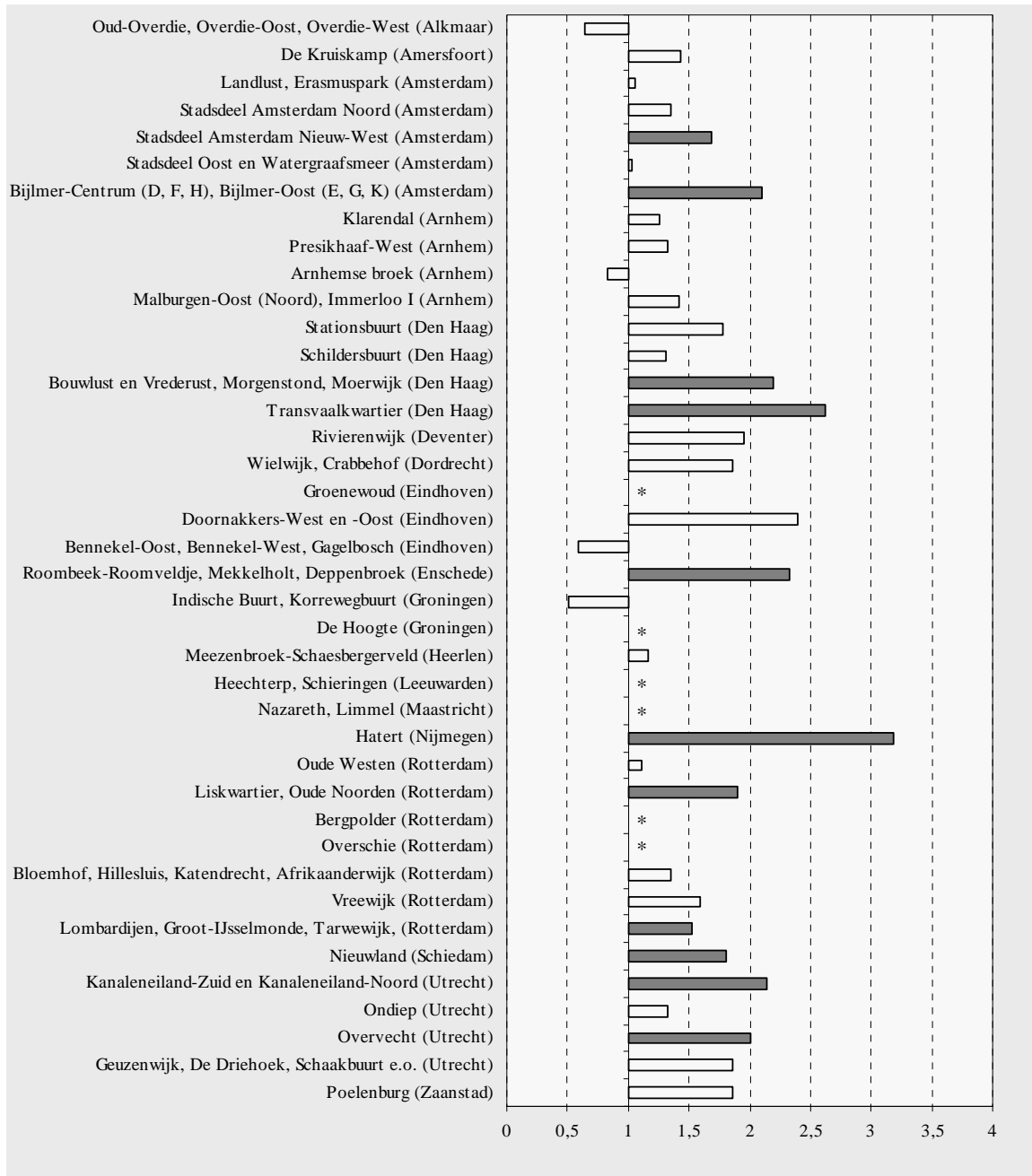
- Significant verschil ten opzichte van rest van Nederland ($p < 0,05$ tweezijdig).
- Niet significant verschillend.

Figuur B5.1. Minder goede gezondheid: vergelijking tussen veertig krachtwijken en de rest van Nederland (odds ratio's). Scores rechts van de 1-lijn betekenen dat de bewoners van wijken een minder goede gezondheid hebben dan de inwoners van de rest van Nederland (bron: WBO 2002 en WoON 2006).



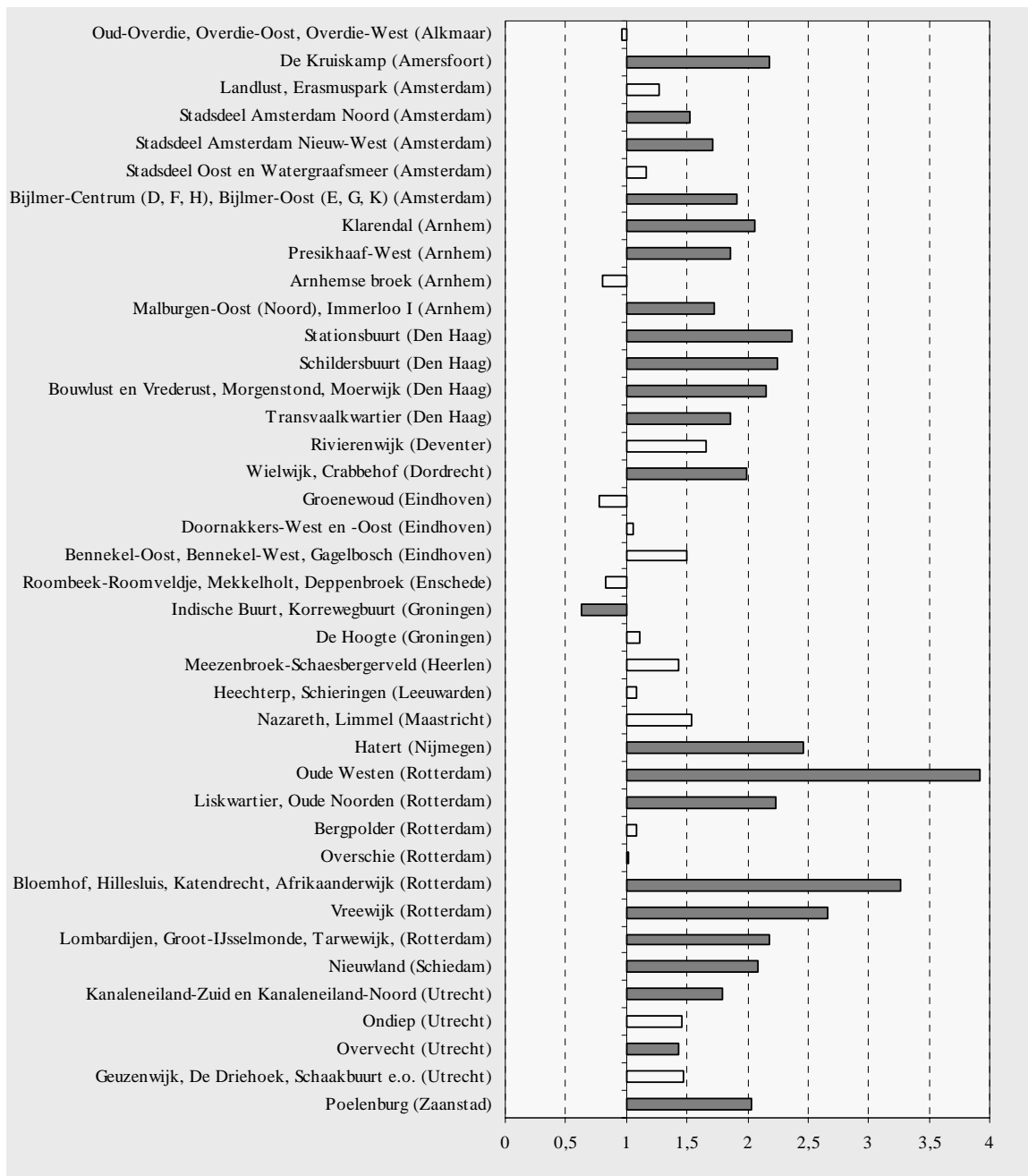
- Significant verschil ten opzichte van rest van Nederland ($p < 0,05$ tweezijdig).
- Niet significant verschillend.

Figuur B5.2. Langdurige aandoeningen: vergelijking tussen veertig krachtwijken en de rest van Nederland (odds ratio's). Scores rechts van de 1-lijn betekenen dat in wijken relatief meer mensen langdurige aandoeningen hebben dan in de rest van Nederland (bron: WBO 2002 en WoON 2006).



- Significant verschil ten opzichte van rest van Nederland ($p < 0,05$ tweezijdig).
- Niet significant verschillend.
- * Wijk met minder dan 20 respondenten.

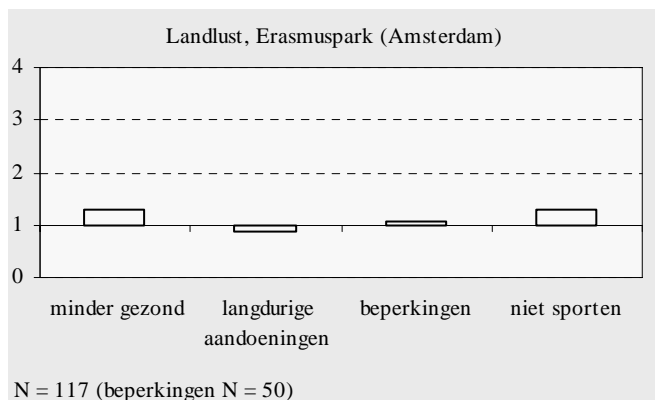
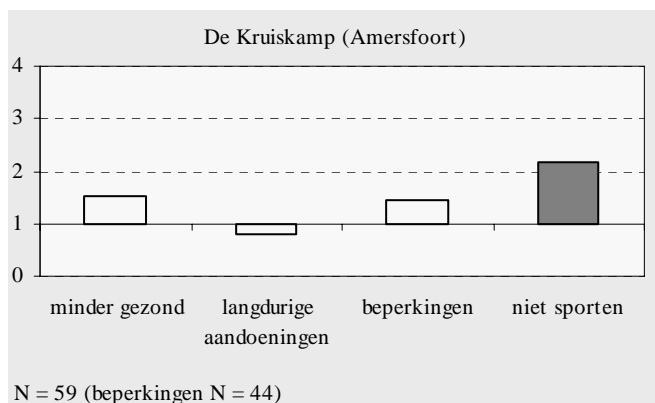
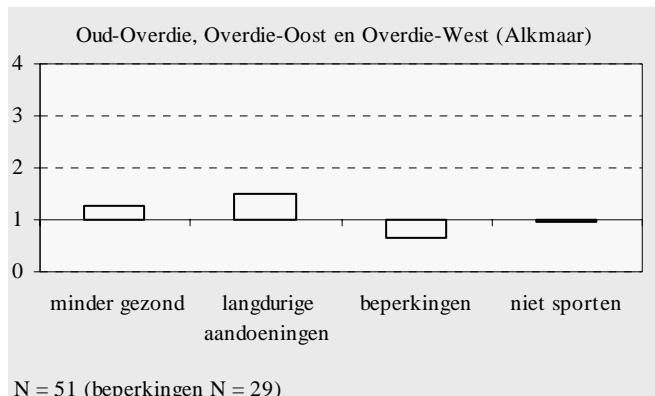
Figuur B5.3. Beperkingen in ADL en HDL: vergelijking tussen veertig krachtwijken en de rest van Nederland (odds ratio's). Scores rechts van de 1-lijn betekenen dat in wijken relatief meer bewoners beperkingen hebben dan in de rest van Nederland (bron: WBO 2002 en WoON 2006).



- Significant verschil ten opzichte van rest van Nederland ($p < 0,05$ tweezijdig).
- Niet significant verschillend.

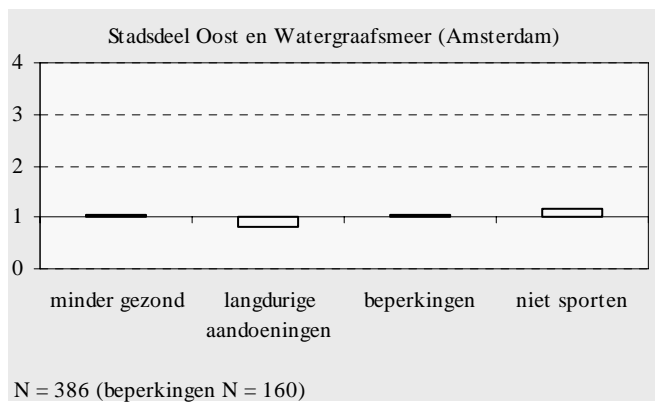
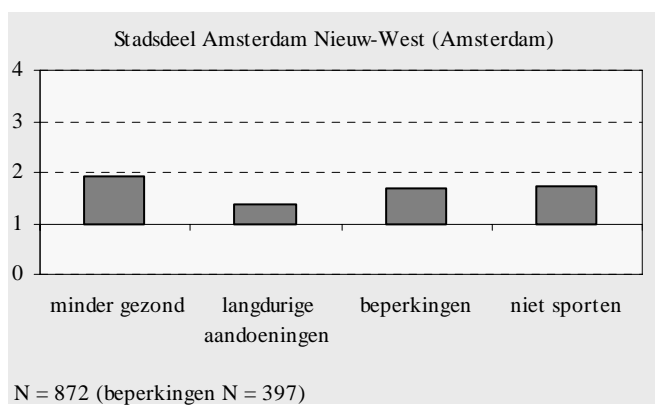
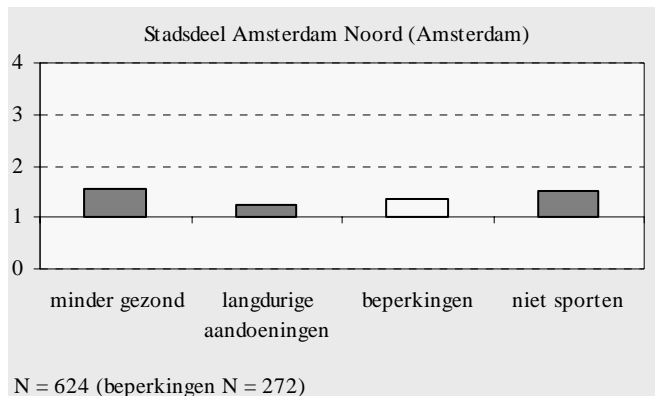
Figuur B5.4. Sportdeelname: vergelijking tussen veertig krachtwijken en de rest van Nederland (odds ratio's). Scores rechts van de 1-lijn betekenen dat in wijken relatief minder mensen sporten (vanaf een uur per week) dan in de rest van Nederland (bron: WBO 2002 en WoON 2006).

Bijlage 6. Gezondheidsprofielen per wijk



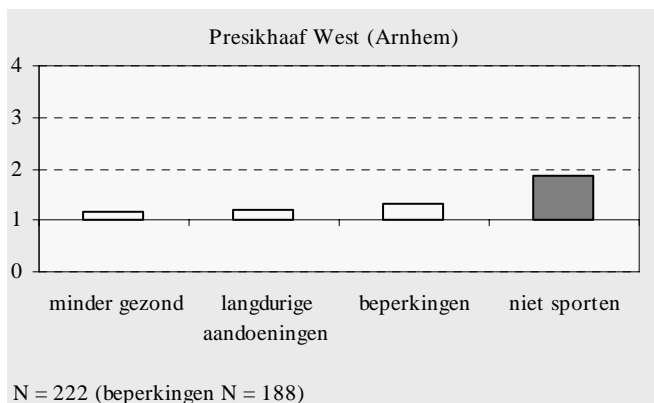
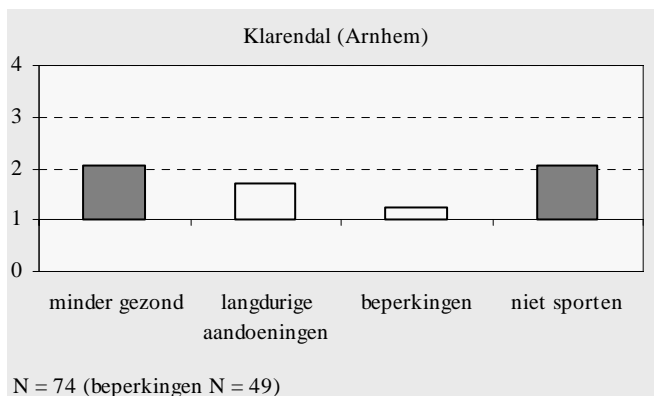
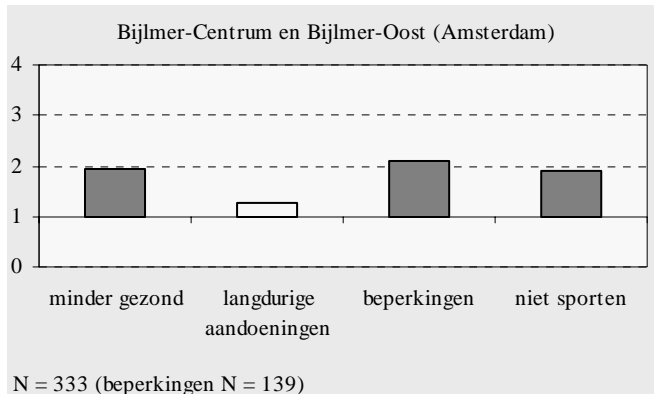
- Significant verschil ten opzichte van rest van Nederland ($p < 0,05$ tweezijdig).
- Niet significant verschillend.

Figuren B6.1 t/m B6.3. Vergelijking tussen wijk en de rest van Nederland (odds ratio's). Scores boven de 1-lijn betekenen dat de wijk op deze gezondheidsindicator een minder gunstig beeld geeft dan de rest van Nederland (bron: WBO 2002 en WoON 2006, gegevens over beperkingen op basis van alleen WoON 2006).



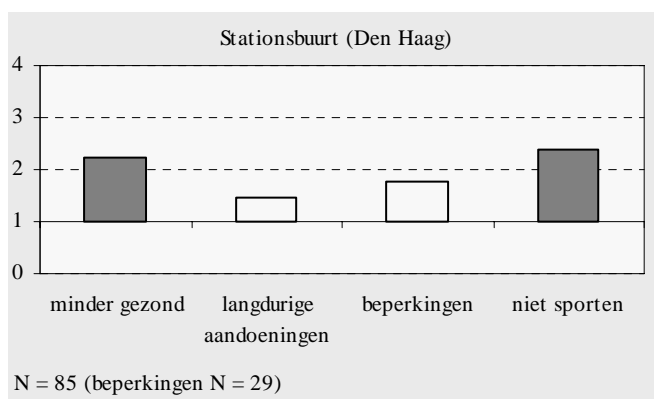
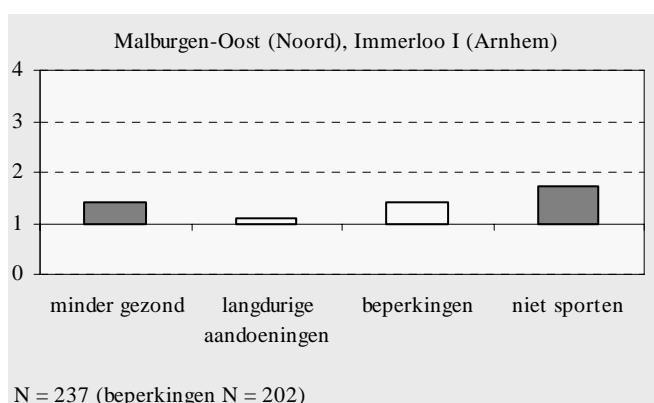
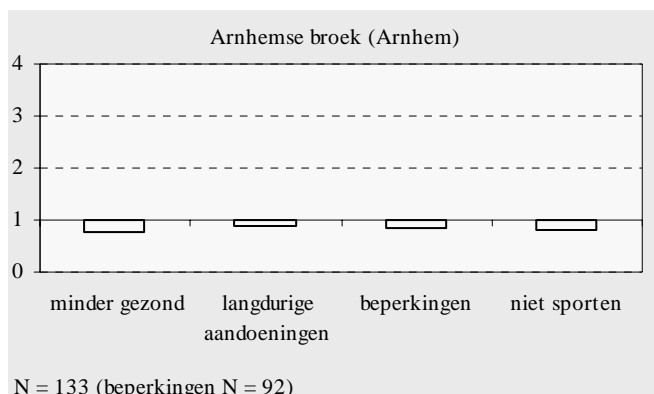
- Significant verschil ten opzichte van rest van Nederland ($p < 0,05$ tweezijdig).
- Niet significant verschillend.

Figuren B6.4 t/m B6.6. Vergelijking tussen wijk en de rest van Nederland (odds ratio's). Scores boven de 1-lijn betekenen dat de wijk op deze gezondheidsindicator een minder gunstig beeld geeft dan de rest van Nederland (bron: WBO 2002 en WoON 2006, gegevens over beperkingen op basis van alleen WoON 2006).



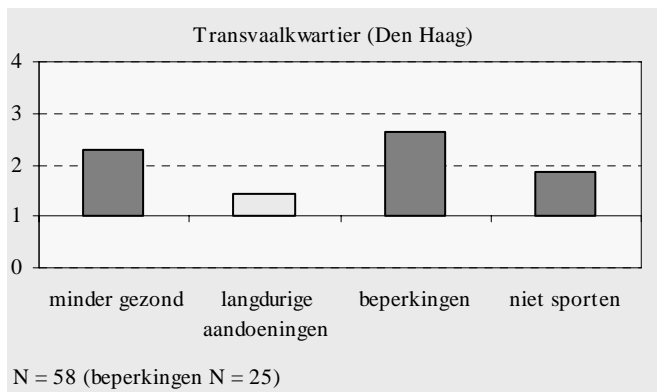
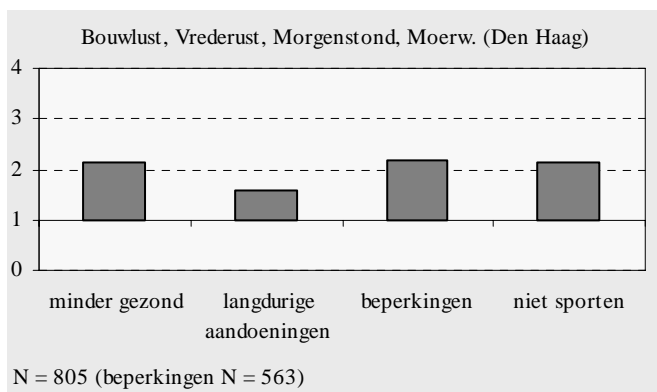
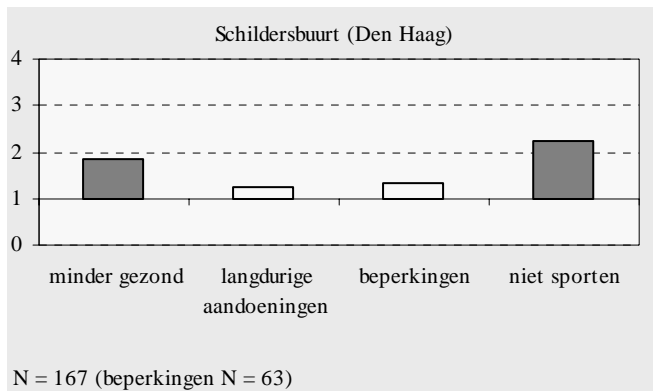
- Significant verschil ten opzichte van rest van Nederland ($p < 0,05$ tweezijdig).
- Niet significant verschillend.

Figuren B6.7 t/m B6.9. Vergelijking tussen wijk en de rest van Nederland (odds ratio's). Scores boven de 1-lijn betekenen dat de wijk op deze gezondheidsindicator een minder gunstig beeld geeft dan de rest van Nederland (bron: WBO 2002 en WoON 2006, gegevens over beperkingen op basis van alleen WoON 2006).



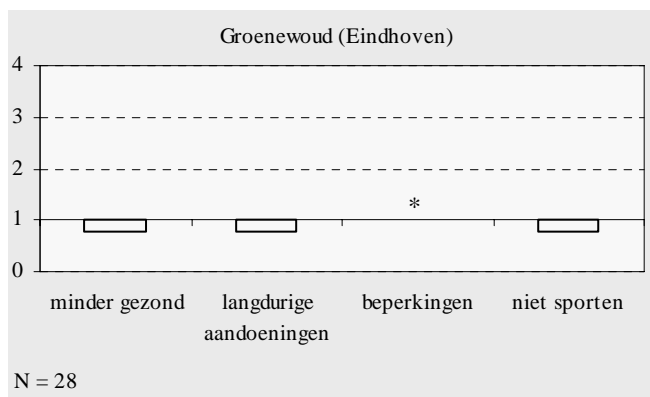
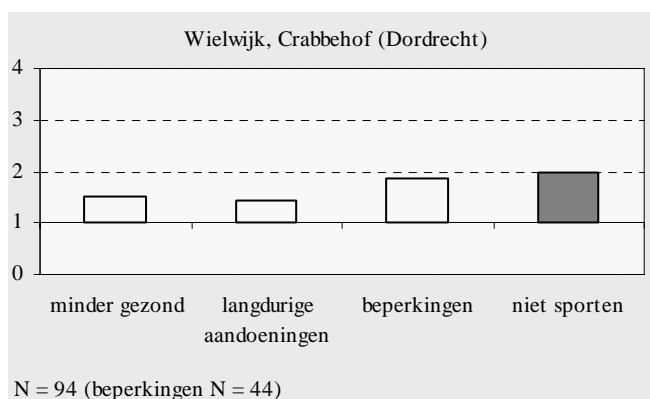
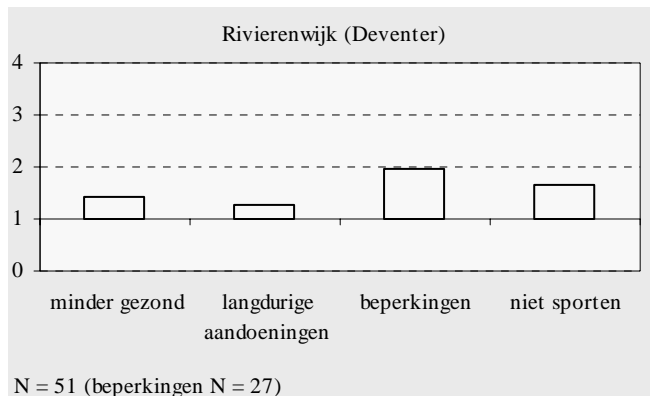
- Significant verschil ten opzichte van rest van Nederland ($p < 0,05$ tweezijdig).
- Niet significant verschillend.

Figuren B6.10 t/m B6.12. Vergelijking tussen wijk en de rest van Nederland (odds ratio's). Scores boven de 1-lijn betekenen dat de wijk op deze gezondheidsindicator een minder gunstig beeld geeft dan de rest van Nederland (bron: WBO 2002 en WoON 2006, gegevens over beperkingen op basis van alleen WoON 2006).



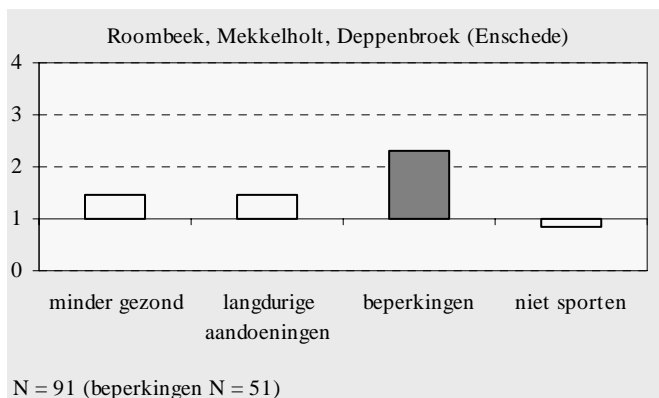
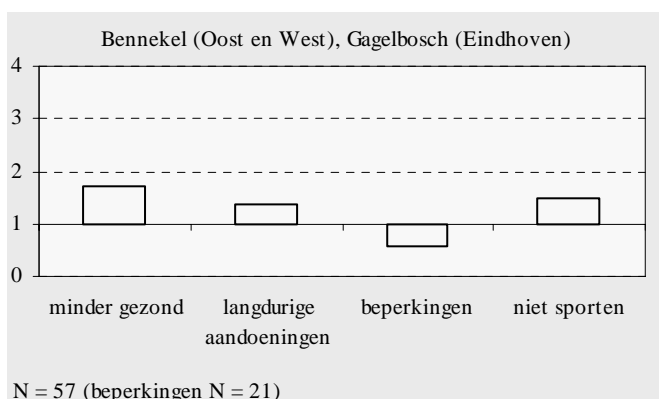
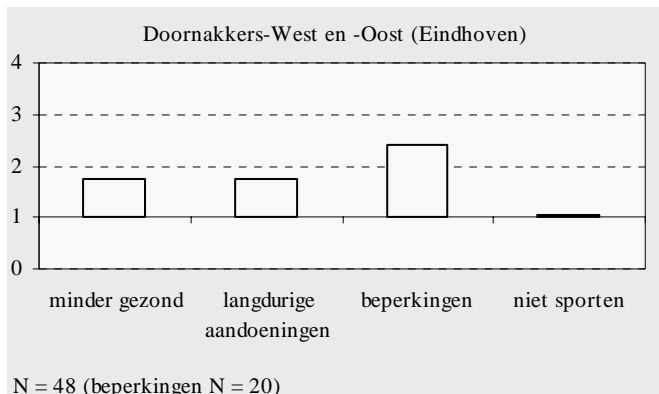
- Significant verschil ten opzichte van rest van Nederland ($p < 0,05$ tweezijdig).
- Niet significant verschillend.

Figuren B6.13 t/m B6.15. Vergelijking tussen wijk en de rest van Nederland (odds ratio's). Scores boven de 1-lijn betekenen dat de wijk op deze gezondheidsindicator een minder gunstig beeld geeft dan de rest van Nederland (bron: WBO 2002 en WoON 2006, gegevens over beperkingen op basis van alleen WoON 2006).



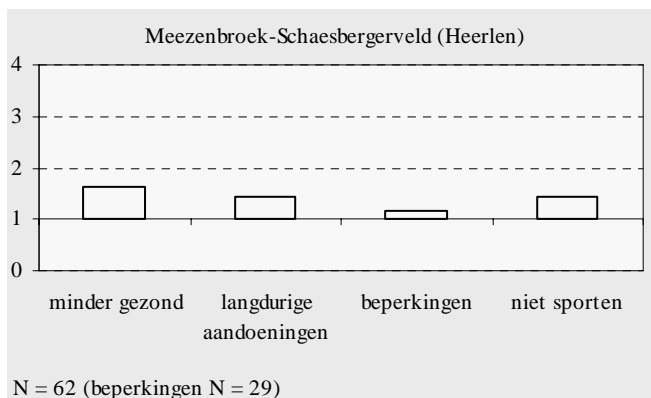
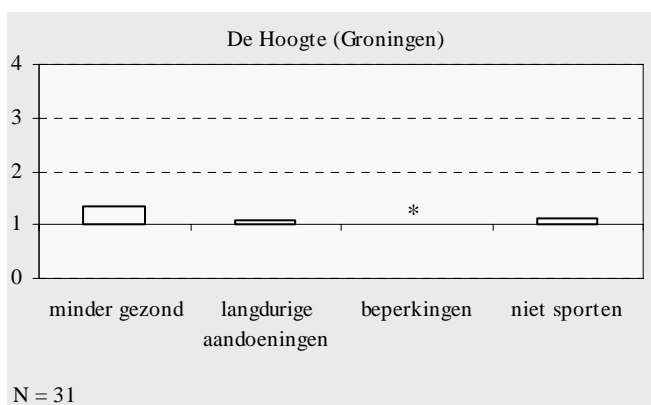
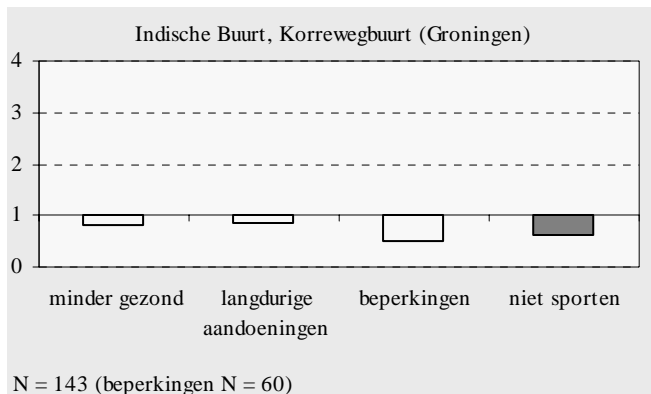
- Significant verschil ten opzichte van rest van Nederland ($p < 0,05$ tweezijdig).
- Niet significant verschillend.
- * Wijk met minder dan 20 respondenten.

Figuren B6.16 t/m B6.18. Vergelijking tussen wijk en de rest van Nederland (odds ratio's). Scores boven de 1-lijn betekenen dat de wijk op deze gezondheidsindicator een minder gunstig beeld geeft dan de rest van Nederland (bron: WBO 2002 en WoON 2006, gegevens over beperkingen op basis van alleen WoON 2006).



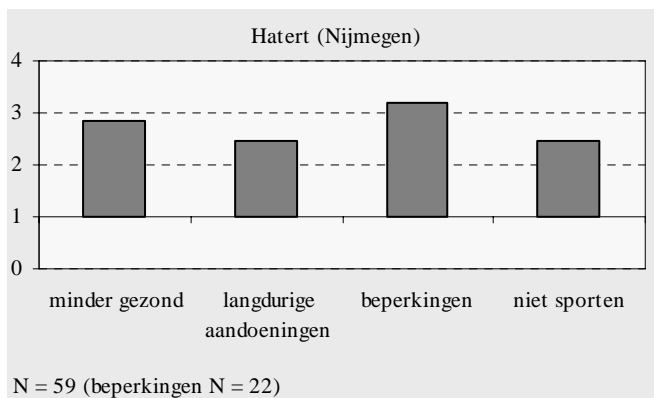
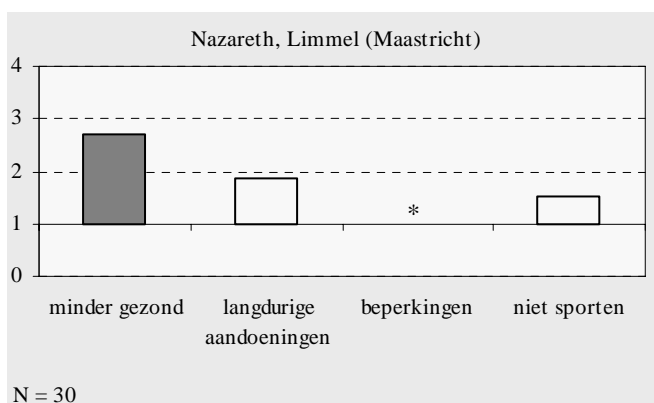
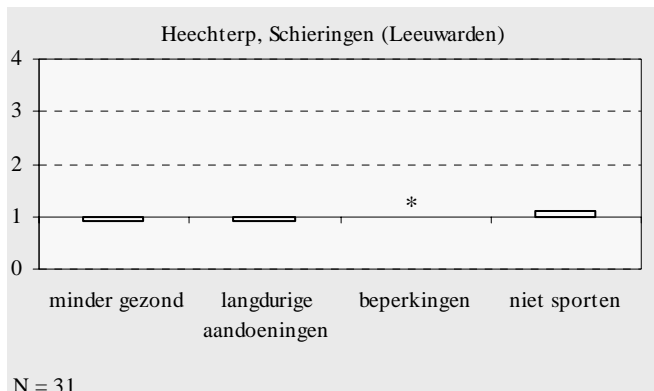
- Significant verschil ten opzichte van rest van Nederland ($p < 0,05$ tweezijdig).
- Niet significant verschillend.

Figuren B6.19 t/m B6.21. Vergelijking tussen wijk en de rest van Nederland (odds ratio's). Scores boven de 1-lijn betekenen dat de wijk op deze gezondheidsindicator een minder gunstig beeld geeft dan de rest van Nederland (bron: WBO 2002 en WoON 2006, gegevens over beperkingen op basis van alleen WoON 2006).



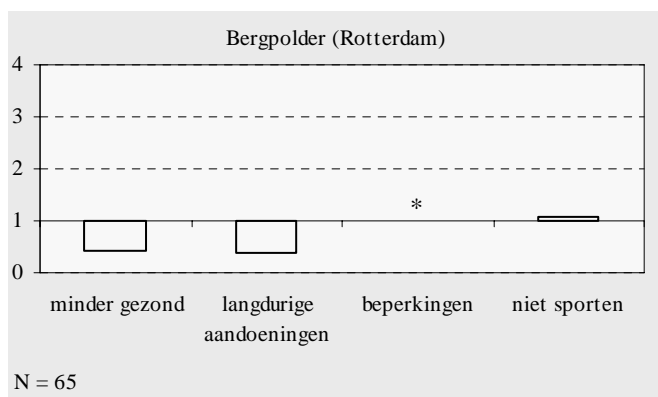
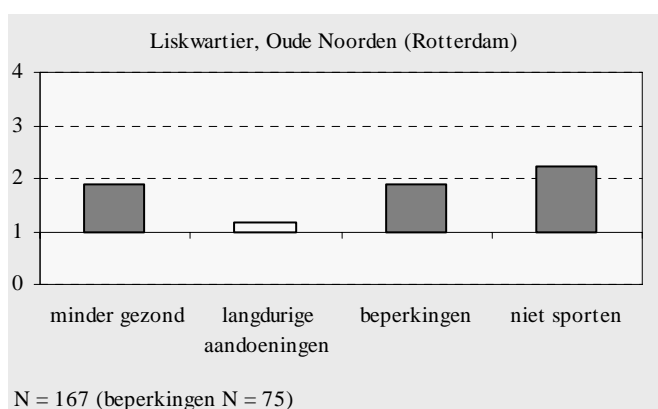
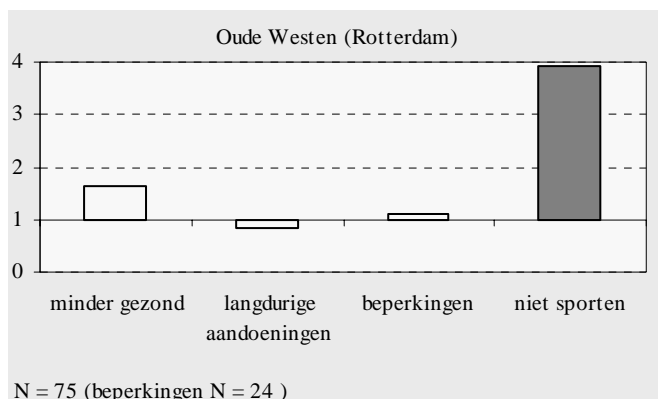
- Significant verschil ten opzichte van rest van Nederland ($p < 0,05$ tweezijdig).
- Niet significant verschillend.
- * Wijk met minder dan 20 respondenten.

Figuren B6.22 t/m B6.24. Vergelijking tussen wijk en de rest van Nederland (odds ratio's). Scores boven de 1-lijn betekenen dat de wijk op deze gezondheidsindicator een minder gunstig beeld geeft dan de rest van Nederland (bron: WBO 2002 en WoON 2006, gegevens over beperkingen op basis van alleen WoON 2006).



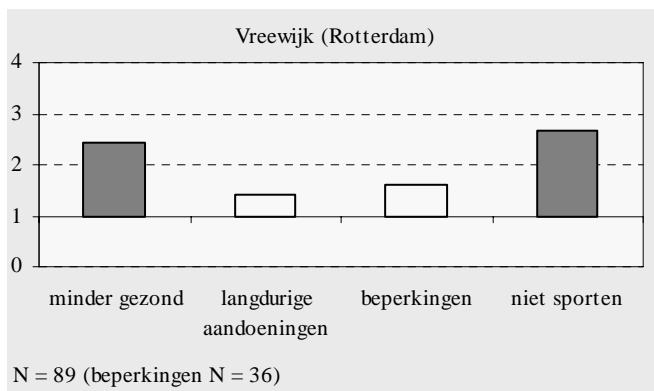
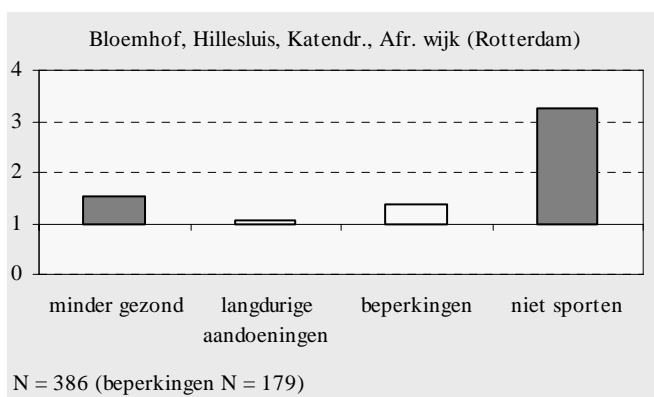
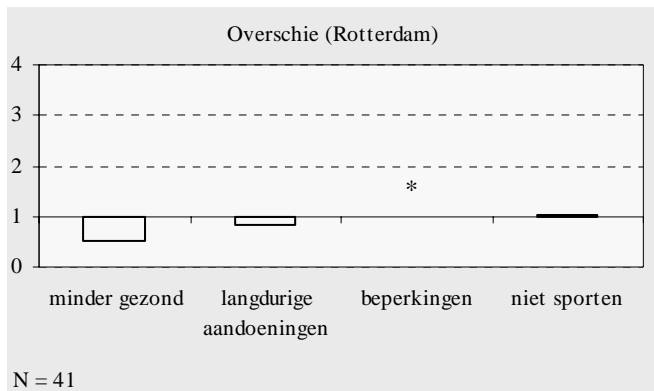
- Significant verschil ten opzichte van rest van Nederland ($p < 0,05$ tweezijdig).
- Niet significant verschillend.
- * Wijk met minder dan 20 respondenten.

Figuren B6.25 t/m B6.27. Vergelijking tussen wijk en de rest van Nederland (odds ratio's). Scores boven de 1-lijn betekenen dat de wijk op deze gezondheidsindicator een minder gunstig beeld geeft dan de rest van Nederland (bron: WBO 2002 en WoON 2006, gegevens over beperkingen op basis van alleen WoON 2006).



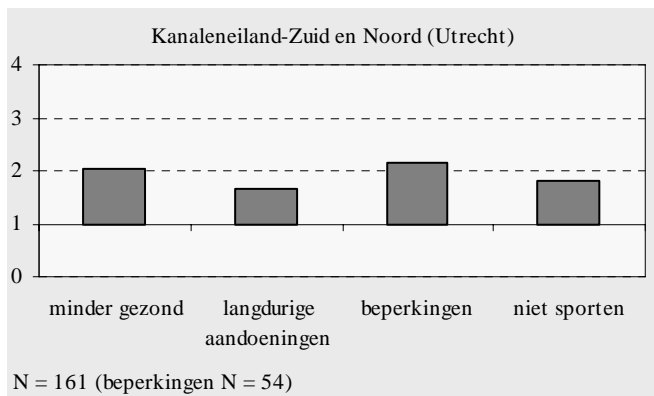
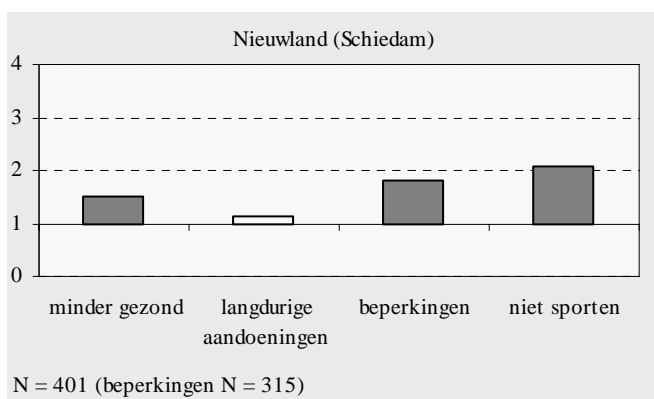
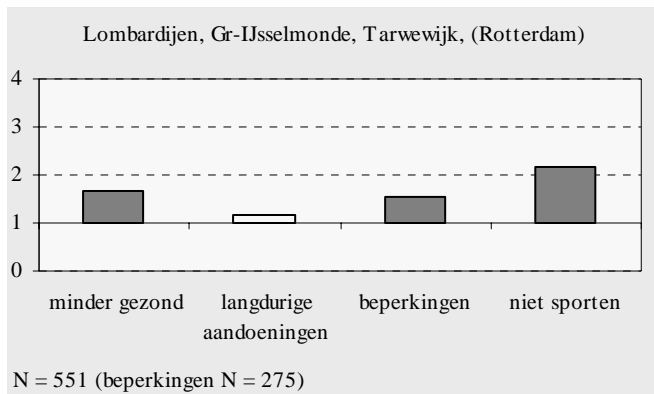
- Significant verschil ten opzichte van rest van Nederland (p < 0,05 tweezijdig).
- Niet significant verschillend.
- * Wijk met minder dan 20 respondenten.

Figuren B6.28 t/m B6.30. Vergelijking tussen wijk en de rest van Nederland (odds ratio's). Scores boven de 1-lijn betekenen dat de wijk op deze gezondheidsindicator een minder gunstig beeld geeft dan de rest van Nederland (bron: WBO 2002 en WoON 2006, gegevens over beperkingen op basis van alleen WoON 2006).



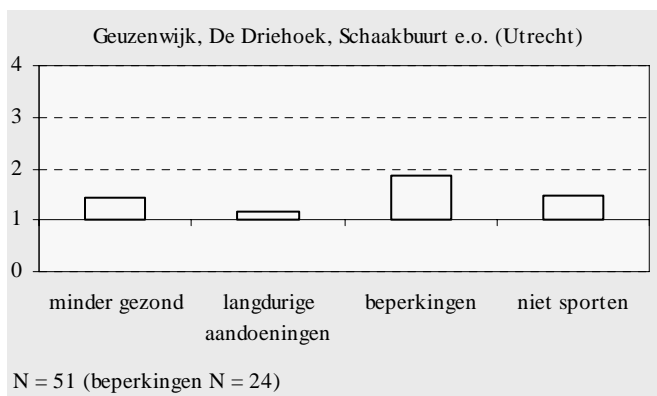
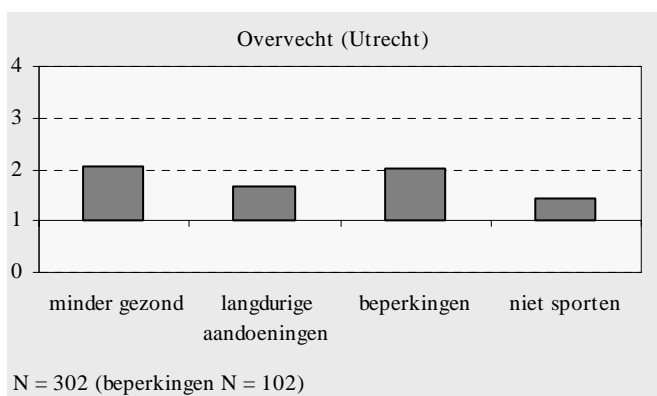
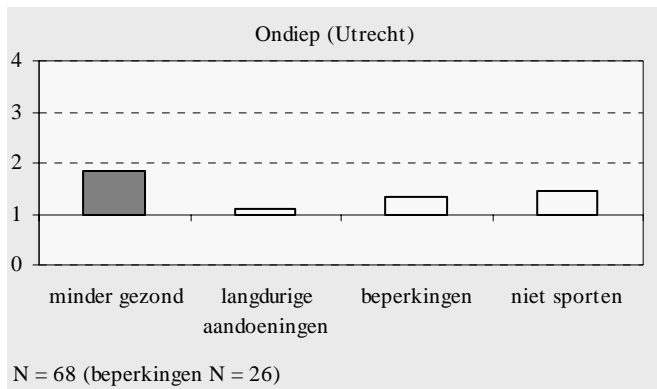
- Significant verschil ten opzichte van rest van Nederland ($p < 0,05$ tweezijdig).
- Niet significant verschillend.
- * Wijk met minder dan 20 respondenten.

Figuren B6.31 t/m B6.33. Vergelijking tussen wijk en de rest van Nederland (odds ratio's). Scores boven de 1-lijn betekenen dat de wijk op deze gezondheidsindicator een minder gunstig beeld geeft dan de rest van Nederland (bron: WBO 2002 en WoON 2006, gegevens over beperkingen op basis van alleen WoON 2006).



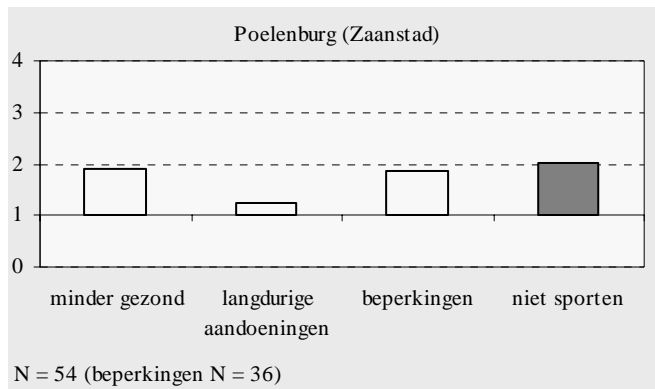
- Significant verschil ten opzichte van rest van Nederland ($p < 0,05$ tweezijdig).
- Niet significant verschillend.

Figuren B6.34 t/m B6.36. Vergelijking tussen wijk en de rest van Nederland (odds ratio's). Scores boven de 1-lijn betekenen dat de wijk op deze gezondheidsindicator een minder gunstig beeld geeft dan de rest van Nederland (bron: WBO 2002 en WoON 2006, gegevens over beperkingen op basis van alleen WoON 2006).



- Significant verschil ten opzichte van rest van Nederland ($p < 0,05$ tweezijdig).
- Niet significant verschillend.

Figuren B6.37 t/m B6.39. Vergelijking tussen wijk en de rest van Nederland (odds ratio's). Scores boven de 1-lijn betekenen dat de wijk op deze gezondheidsindicator een minder gunstig beeld geeft dan de rest van Nederland (bron: WBO 2002 en WoON 2006, gegevens over beperkingen op basis van alleen WoON 2006).



- Significant verschil ten opzichte van rest van Nederland ($p < 0,05$ tweezijdig).
- Niet significant verschillend.

Figuur B6.40. Vergelijking tussen wijk en de rest van Nederland (odds ratio's). Scores boven de 1-lijn betekenen dat de wijk op deze gezondheidsindicator een minder gunstig beeld geeft dan de rest van Nederland (bron: WBO 2002 en WoON 2006, gegevens over beperkingen op basis van alleen WoON 2006).

RIVM

Rijksinstituut
voor Volksgezondheid
en Milieu

Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl