

Gezondheid als ruimtelijk systeem

Van wijkpatronen naar regionale structuren van gezondheid en welzijn in Nederland

Vereniging van Nederlandse Gemeenten

Nassaulaan 12
2514 JS Den Haag
070 373 83 93

waarstaatjegemeente@vng.nl

3 april 2026
auteur: Mark Gremmen

Inhoud

| | | |
|------|---|----|
| 1. | Introductie | 3 |
| 1.1. | Van sociale ongelijkheid naar ruimtelijke dynamiek | 3 |
| 1.2. | Gezondheid als samenspel van context en leefomgeving | 3 |
| 1.3. | Cumulatieve en ruimtelijke mechanismen | 3 |
| 1.4. | Het belang van lokale verschillen | 4 |
| 1.5. | Naar een gelaagde systeembenadering | 4 |
| 1.6. | Methodische benadering: AMIGO | 5 |
| 1.7. | Onderzoeksvraag en opzet | 5 |
| 2. | Wijkprofielen van gezondheid en welzijn in Nederland | 7 |
| 2.1. | Wijken als sleutel tot inzicht | 9 |
| 2.2. | Stedelijke fragmentatie: scherpe contrasten op korte afstand | 9 |
| 2.3. | Regionale homogeniteit: concentratie van gelijke omstandigheden | 9 |
| 2.4. | Ruimtelijke logica van gezondheidsverschillen | 10 |
| 2.5. | Onderliggende mechanismen als drijvende krachten | 10 |
| 2.6. | Beschermende factoren als lokaal organiseerbare kracht | 15 |
| 2.7. | Van ontwikkelingsdynamiek naar beleidsopgave | 15 |
| 2.8. | Schaalafhankelijk beleid in een ruimtelijk gezondheidssysteem | 16 |
| 3. | Van wijktypologie naar regionale structuren | 17 |
| 3.1. | Regionale clustering en profielvorming | 17 |
| 3.2. | Typologie van regionale gezondheidsprofielen | 17 |
| 3.3. | Ruimtelijke patronen en beleidsimplicaties | 28 |
| 4. | De ruimtelijke logica van gezondheidsverschillen in Nederland | 30 |
| 4.1. | Gezondheid als gelaagd ruimtelijk systeem | 30 |
| 4.2. | Ruimtelijke patronen en onderliggende mechanismen | 30 |
| 4.3. | Vier hoofdtypen regio's | 31 |
| 5. | Van ruimtelijk inzicht naar gerichte samenwerking | 34 |
| 6. | Bijlagen | 36 |
| 6.1. | Bijlage A: De profielen in het kort | 36 |
| 6.2. | Bijlage B: Diversiteit van wijkprofielen binnen gemeenten | 40 |
| 6.3. | Bijlage C: Drie perspectieven op de ruimtelijke structuur van gezondheid in Nederland | 41 |
| 6.4. | Bijlage D Methodische benadering van ruimtelijke gezondheidsprofielen | 43 |

1. Introductie

1.1. Van sociale ongelijkheid naar ruimtelijke dynamiek

Gezondheidsverschillen worden vaak verklaard vanuit sociaaleconomische ongelijkheid tussen bevolkingsgroepen. Hoewel dit perspectief waardevol is, biedt het slechts een gedeeltelijke verklaring. Deze studie laat zien dat gezondheid zich niet alleen langs sociaaleconomische lijnen ontwikkelt, maar zich ook ruimtelijk organiseert.

Waar mensen wonen beïnvloedt hun kansen op gezondheid en welzijn in fundamentele zin. Verschillen in sociaaleconomische positie, woningvoorraad, voorzieningen, de kwaliteit van de leefomgeving en sociale structuren — zoals netwerken, normen en gewoonten — zorgen ervoor dat buurten en wijken elk hun eigen gezondheidsprofiel ontwikkelen. Deze verschillen zijn geen toevallig neveneffect, maar het resultaat van processen waarin mensen, kansen en omstandigheden zich over de ruimte verdelen en concentreren.

Gezondheidsverschillen hangen daarbij nauw samen met bestaanszekerheid. Zekerheid over inkomen, werk, wonen en toegang tot voorzieningen vormt een essentiële randvoorwaarde voor gezondheid en welzijn. Waar bestaanszekerheid onder druk staat, neemt niet alleen de materiële kwetsbaarheid toe, maar ook de mentale belasting en de ruimte om gezonde keuzes te maken. Omdat deze condities zich ruimtelijk concentreren, ontstaat ook bestaanszekerheid in herkenbare lokale en regionale patronen.

1.2. Gezondheid als samenspel van context en leefomgeving

Gezondheid is daarmee geen geïsoleerde uitkomst van individuele keuzes, maar het resultaat van een samenspel van factoren in de leefomgeving, sociale context en sociaaleconomische positie. Steeds vaker wordt gezondheid opgevat als het vermogen van mensen om met fysieke, sociale en mentale uitdagingen om te gaan binnen hun leefomgeving, in plaats van louter als de afwezigheid van ziekte. In deze benadering staan functioneren en veerkracht centraal.

Deze benadering sluit aan bij een bredere beleidsmatige verschuiving waarin gezondheid wordt gezien als een domeinoverstijgend vraagstuk. Wonen, leefomgeving, mobiliteit en sociale samenhang beïnvloeden elkaar en werken gezamenlijk door in gezondheidsuitkomsten (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2024). De kwaliteit van de leefomgeving speelt hierin een sleutelrol: zij bepaalt niet alleen blootstelling aan risico's, maar vormt ook de dagelijkse context waarbinnen gedrag ontstaat — van bewegen en ontmoeten tot leefstijlkeuzes (Vereniging van Nederlandse Gemeenten, 2023).

1.3. Cumulatieve en ruimtelijke mechanismen

Gezondheidsverschillen ontstaan uit een samenspel van structurele factoren die elkaar versterken. Sociale, economische en omgevingskenmerken grijpen op elkaar in en bouwen zich in de tijd op. Deze dynamiek is zowel cumulatief als ruimtelijk: achterstanden stapelen zich op en concentreren zich in specifieke gebieden, waardoor verschillen verdiepen en hardnekkig worden.

Tegelijkertijd kan algemene gezondheidswinst samengaan met blijvende of zelfs toenemende ongelijkheid. De gezondheid kan in alle groepen verbeteren, terwijl de onderlinge verschillen gelijk blijven of groter worden. Dit onderstreept dat gezondheidsverschillen een structureel karakter hebben en niet vanzelf verdwijnen door algemene vooruitgang.

1.4. Het belang van lokale verschillen

Internationaal onderzoek laat zien dat gezondheidsverschillen nauw samenhangen met kenmerken van de leefomgeving en de lokale sociaaleconomische context (Diez Roux & Mair, 2010; Pickett & Pearl, 2001). Ook in Nederland concentreren deze verschillen zich ruimtelijk en zijn ze sterk verbonden met ongelijkheid in leefomstandigheden en omgevingskwaliteit.

In beleidsanalyses worden deze verschillen echter vaak teruggebracht tot gemeentelijke gemiddelden. Daarmee verdwijnt een belangrijk deel van de werkelijkheid uit beeld. Gemeenten zijn geen homogene eenheden, maar bestaan uit wijken met uiteenlopende omstandigheden en sterk verschillende gezondheidsprofielen.

Binnen gemeenten liggen juist vaak scherpe contrasten op korte afstand van elkaar. Wijken met gunstige leefomstandigheden en sterke sociale structuren grenzen regelmatig aan wijken waar sociaaleconomische kwetsbaarheid, gezondheidsproblemen en beperkte leefomgevingskwaliteit samenkomen. Deze interne variatie is essentieel, omdat juist hier de aanknopingspunten liggen voor vroegsignalering en gerichte interventie.

Beleid dat zich primair richt op gemiddelden sluit daardoor onvoldoende aan op de feitelijke spreiding van problemen. Inzicht in lokale verschillen is noodzakelijk om te begrijpen waar en hoe gezondheidsachterstanden zich manifesteren en welke aanpak daarbij past.

1.5. Naar een gelaagde systeembenadering

Hoewel gezondheidsverschillen in Nederland worden geanalyseerd op wijk-, gemeentelijk en regionaal niveau, worden deze schaalniveaus in onderzoek en beleid vaak afzonderlijk benaderd. Daardoor blijft onzichtbaar hoe lokale verschillen zich samenvoegen tot bredere ruimtelijke patronen, terwijl juist die samenhang bepalend is voor het ontstaan en voortbestaan van gezondheidsverschillen.

De factoren die gezondheid beïnvloeden werken niet geïsoleerd, maar grijpen over schaalniveaus heen op elkaar in. Lokale omstandigheden vormen de basis, maar ontwikkelen zich in wisselwerking met gemeentelijke structuren en regionale context. Daarbij speelt ook de kwaliteit van de leefomgeving een cruciale rol. Factoren zoals woningkwaliteit, toegang tot groen, luchtkwaliteit, geluid, veiligheid en de inrichting van de openbare ruimte beïnvloeden direct gedrag, sociale interactie en herstelvermogen. Zo ontstaan patronen die zich van wijk tot regio opbouwen en elkaar in de tijd versterken.

Deze constatering sluit aan bij een bredere verschuiving in het gezondheidsbeleid, waarin de focus verschuift van zorg en ziekte naar preventie, leefomgeving en structurele condities. Gezondheid wordt niet langer gezien als een afzonderlijk domein, maar als een integraal vraagstuk dat raakt aan wonen, werken en de inrichting van de leefomgeving, in lijn met het principe van *Health in All Policies*. Dit vraagt om beleid dat niet alleen domeinoverstijgend is, maar ook aansluit bij het schaalniveau waarop problemen ontstaan én zich ontwikkelen.

Tegen deze achtergrond benadert dit artikel gezondheid en welzijn als een gelaagd ruimtelijk systeem. Lokale patronen op wijkniveau vormen de bouwstenen van gemeentelijke structuren en regionale configuraties. Deze niveaus zijn onderling verbonden: ontwikkelingen op het ene schaalniveau werken door op andere niveaus en kunnen zich in de tijd versterken en bestendigen. Gezondheidsverschillen zijn daarmee geen losse uitkomsten, maar het resultaat van een samenhangend systeem dat zich ruimtelijk organiseert en ontwikkelt.

1.6. Methodische benadering: AMIGO

Om deze gelaagde en samenhangende structuur zichtbaar te maken, is een benadering nodig die verder gaat dan het analyseren van afzonderlijke indicatoren of schaalniveaus. In deze studie wordt daarom gebruikgemaakt van de AMIGO-methodiek (Algoritmische Matchmaker voor Ideale Gemeentelijke Oriëntatie)¹: een datagedreven, algoritmische benadering die gebieden groepeerd op basis van patronen in gezondheid en welzijn.

De methode is exploratief en bottom-up. Niet vooraf gedefinieerde categorieën bepalen de uitkomst, maar de structuur die zich in de data zelf aftekent. Daarbij staat niet één indicator centraal, maar juist de manier waarop kenmerken samen voorkomen en elkaar versterken. Hierdoor worden onderliggende patronen zichtbaar die in traditionele analyses, gericht op gemiddelden of losse variabelen, vaak verborgen blijven.

Het resultaat is een set herkenbare profielen van gebieden met een eigen dominant karakter. Deze profielen kunnen worden opgevat als empirische ‘vingerafdrukken’ van onderliggende sociale en gezondheidsstructuren: zij laten zien hoe verschillende factoren binnen een gebied samenkomen en gezamenlijk richting geven aan gezondheid en welzijn.

De analyse start op wijkniveau, het schaalniveau waarop verschillen het meest direct zichtbaar zijn. Op basis van een brede set indicatoren uit de ‘Gezondheidsmonitor voor Volwassenen en Ouderen 2024’ (GGD GHOR Nederland, RIVM en CBS, 2024)² wordt een typologie van Nederlandse wijken³ ontwikkeld. Wijken met vergelijkbare patronen van gezondheid en welzijn worden daarbij samengebracht in twintig wijkprofielen, die het dominante patroon van samenhangende indicatoren weergeven.

Vervolgens wordt onderzocht hoe deze lokale patronen zich organiseren op hogere schaalniveaus. Gemeenten worden geanalyseerd op basis van hun interne samenstelling van wijktypen en de mate van diversiteit daarin. Daarna worden gemeenten gegroepeerd op basis van deze interne structuren, wat leidt tot regionale profielen die laten zien hoe lokale patronen samenkomen in bredere ruimtelijke configuraties van gezondheid en welzijn.

Deze benadering maakt het mogelijk om gezondheid niet alleen te beschrijven, maar ook te begrijpen als een ruimtelijk georganiseerd systeem, waarin lokale verschillen doorwerken in gemeentelijke en regionale structuren. Daarmee verschuift het perspectief van het identificeren van afzonderlijke problemen naar het zichtbaar maken van de onderliggende patronen die deze problemen verbinden en bestendigen.

1.7. Onderzoeksvraag en opzet

¹ AMIGO: **Algoritmische Matchmaker voor Ideale Gemeentelijke Oriëntatie**. <https://amigo.waarstaatjegemeente.nl>. Meer informatie over AMIGO is opgenomen in Bijlage D ‘Methodische benadering van ruimtelijke gezondheidsprofielen’.

² GGD GHOR Nederland, RIVM en CBS (2024). Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2024. Beschikbaar via: <https://www.gezondheidsmonitor.nl>

³ Voor cijfers op wijk- en buurniveau maakt deze studie gebruik van het SMAP-model (Small Area Estimates for Policymakers) van het RIVM, waarmee op basis van verrijkte CBS-microdata consistente schattingen op laag schaalniveau worden berekend. De resultaten zijn gebaseerd op de Gezondheidsmonitor 2024 en vormen de basis voor de wijktypologie in deze analyse.

Dit artikel heeft een tweeledig doel. Enerzijds brengt het de ruimtelijke patronen van gezondheid en welzijn op wijkniveau systematisch in kaart. Anderzijds laat het zien hoe deze lokale patronen zich vertalen naar samenhangende structuren op gemeentelijk en regionaal niveau. Daarmee verschuift het perspectief van 'waar zijn de problemen' naar 'hoe organiseren problemen zich ruimtelijk en structureel'.

De centrale onderzoeksvraag luidt daarom:

Hoe organiseren en structureren gezondheids- en welzijnsverschillen zich ruimtelijk in Nederland, en hoe vertalen lokale wijkpatronen zich naar samenhangende gemeentelijke en regionale structuren?

Om deze vraag te beantwoorden, wordt de analyse uitgewerkt langs drie samenhangende schaalniveaus. Op wijkniveau wordt onderzocht welke typen gezondheids- en welzijnsprofielen voorkomen en hoe deze ruimtelijk zijn geordend. Op gemeentelijk niveau staat centraal hoe gemeenten zijn opgebouwd uit verschillende wijktypen en in welke mate zij intern homogeen of juist gedifferentieerd zijn. Op regionaal niveau wordt geanalyseerd welke structuren ontstaan wanneer gemeenten worden gegroepeerd op basis van hun interne opbouw.

Deze stapsgewijze benadering maakt zichtbaar hoe lokale verschillen zich niet op zichzelf voordoen, maar samenkomen in bredere ruimtelijke patronen. Gezondheid en welzijn worden daarmee begrepen als een gelaagd systeem, waarin processen op verschillende schaalniveaus met elkaar verbonden zijn en elkaar in de tijd beïnvloeden.

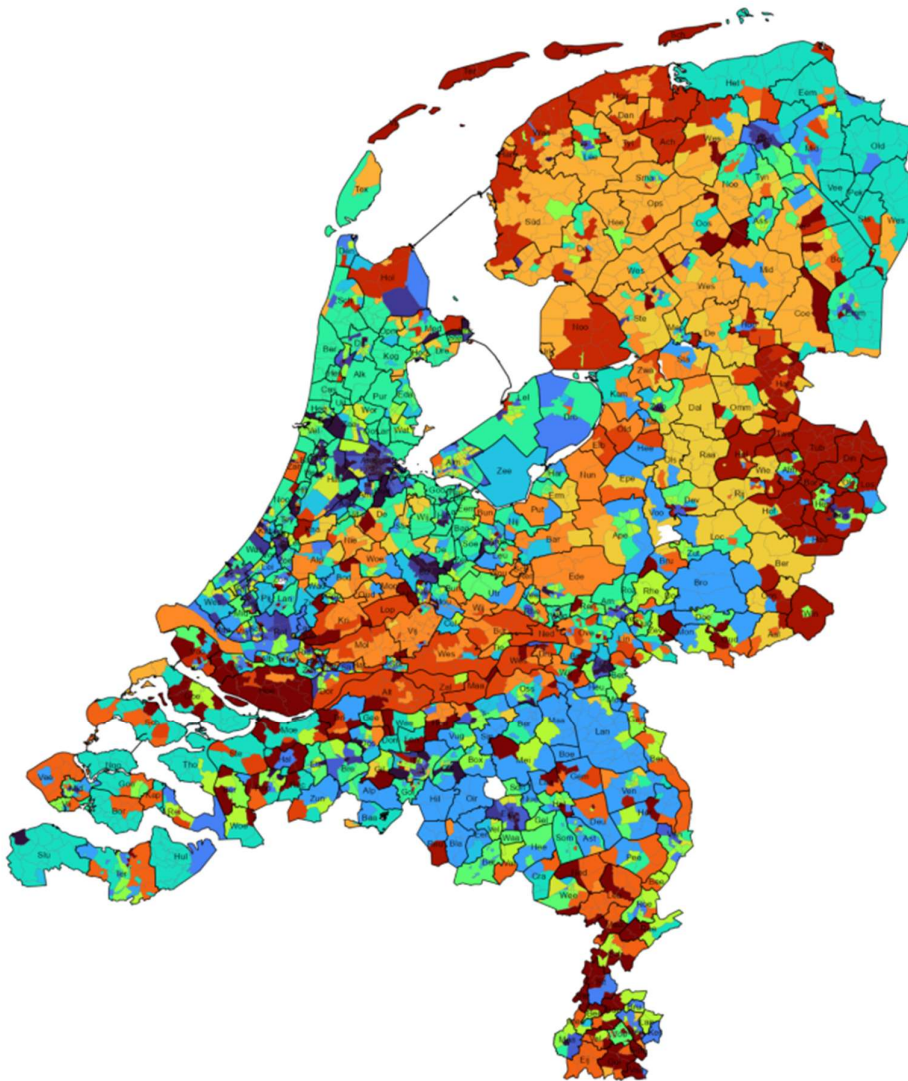
De analyse start daarom bij de basis: het identificeren van samenhangende patronen op wijkniveau als fundament voor het begrijpen van gemeentelijke en regionale structuren.

2. Wijkprofielen van gezondheid en welzijn in Nederland

De analyse start op het schaalniveau waarop verschillen het meest direct zichtbaar zijn: de wijk. Met behulp van de AMIGO-methode worden wijken niet beoordeeld op afzonderlijke indicatoren, maar op samenhangende patronen in gezondheid, leefstijl en sociale context. Deze benadering maakt zichtbaar hoe factoren gelijktijdig optreden en elkaar beïnvloeden, en geeft daarmee inzicht in de onderliggende structuur van gezondheidsverschillen.

Het resultaat is een typologie van twintig wijkprofielen: herkenbare combinaties van kenmerken die in de data zelf naar voren komen (figuur 1). Deze profielen zijn geen bestuurlijke of normatieve indelingen en zijn niet gebaseerd op vooraf gedefinieerde categorieën, maar weerspiegelen patronen die empirisch uit de data worden afgeleid. Ze vormen daarmee een objectieve beschrijving van hoe gezondheid en welzijn zich op wijkniveau organiseren.

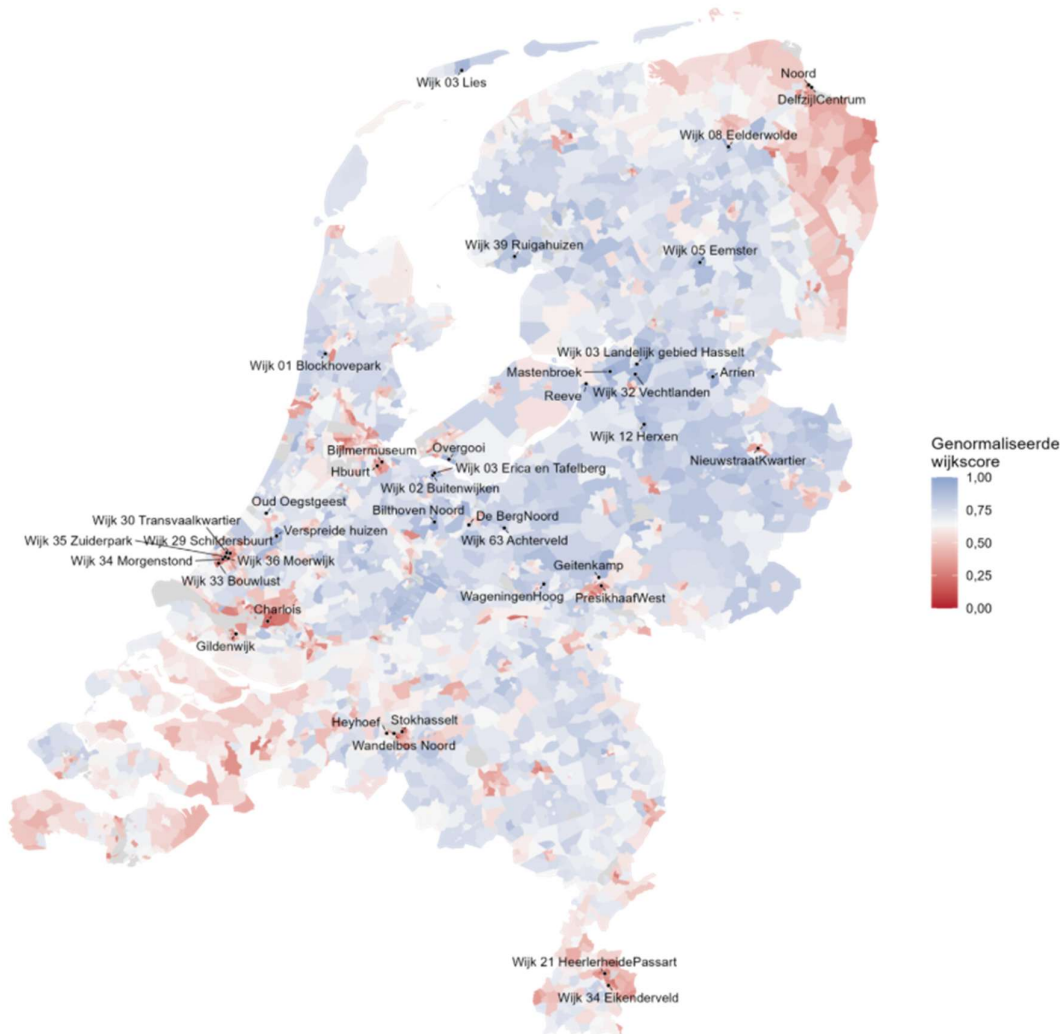
Figuur 1 Wijkprofielen Gezondheid en Welzijn (in 20 typen)



De typologiekaart laat vervolgens zien waar deze profielen voorkomen en hoe zij zich ruimtelijk verdelen over Nederland. Daarmee wordt niet alleen zichtbaar welke typen er zijn, maar vooral hoe gezondheidsverschillen zich concentreren en samenhang vertonen in de ruimte.

Aanvullend is een samengestelde wijkscore ontwikkeld die verschillende dimensies van gezondheid en welzijn — zoals ervaren gezondheid, chronische aandoeningen, mentale gezondheid, leefstijl en sociale steun — bundelt in één integrale maat (*figuur 2*). Deze score is geen optelsom van losse indicatoren, maar geeft inzicht in de mate waarin problematiek zich gelijktijdig op meerdere domeinen voordoet.

*Figuur 2 Samengestelde score Gezondheid en Welzijn per wijk*⁴



Een hogere score duidt daarmee niet alleen op ongunstige uitkomsten, maar vooral op een grotere complexiteit en stapeling van problemen binnen een wijk. Wijken en gemeenten scoren

⁴ Hogere waarden (blauw) duiden op een relatief gunstiger profiel, terwijl lagere waarden (rood) wijzen op een relatief ongunstiger profiel. De 20 wijken met de meest gunstige en minst gunstige scores zijn gelabeld.

slechter wanneer kwetsbaarheden zich op meerdere dimensies tegelijk voordoen, wat duidt op een meer diepgewortelde en samenhangende problematiek.

Waar de typologie inzicht geeft in het karakter en de onderliggende structuur van wijken, laat de wijkscore zien hoe deze structuren doorwerken in de feitelijke uitkomsten: de ervaren gezondheid en het welzijn van inwoners. In samenhang maken beide perspectieven zichtbaar waar problemen zich voordoen én in welke mate zij zich opstapelen en verankeren.

2.1. Wijken als sleutel tot inzicht

Analyse op wijkniveau maakt zichtbaar wat op gemeentelijk niveau verborgen blijft. Gemeentelijke gemiddelden suggereren een zekere uniformiteit, terwijl gemeenten in werkelijkheid bestaan uit een mozaïek van wijken met uiteenlopende structuren en niveaus. Het gemiddelde maskeert daarmee de interne spreiding en kan een vertekend beeld geven van de feitelijke situatie.

2.2. Stedelijke fragmentatie: scherpe contrasten op korte afstand

De typologiekaart laat een fijnmazig ruimtelijk patroon zien waarin binnen veel gemeenten meerdere, duidelijk verschillende wijkprofielen voorkomen, vaak op korte afstand van elkaar. Dit patroon is het resultaat van processen die bepalen hoe bevolkingsgroepen zich over de stad verdelen en hoe leefomstandigheden zich ontwikkelen — en komt vooral scherp naar voren in stedelijke gebieden.

Binnen steden ontstaat zo een mozaïek van wijken met uiteenlopende gezondheidsprofielen. Verschillen liggen niet geleidelijk verspreid, maar direct naast elkaar. Wijken met gunstige sociaaleconomische omstandigheden en sterke gezondheidsuitkomsten grenzen aan wijken waar achterstanden zich juist concentreren. Ongelijkheid krijgt daarmee een compacte en zichtbaar ruimtelijke vorm.

De wijkscores maken duidelijk dat deze verschillen niet alleen zichtbaar, maar ook substantieel zijn. Wijken met verschillende profielen bevinden zich vaak aan tegenovergestelde uiteinden van de verdeling van gezondheid en welzijn. Het gaat daarmee niet om kleine variaties, maar om wezenlijke verschillen in leefomstandigheden, gezondheid en sociale context.

Deze nabijheid van uiteenlopende omstandigheden werkt versterkend. Ongunstige factoren — zoals lagere inkomens, minder gezonde leefstijlen, beperkte sociale netwerken en een minder ondersteunende leefomgeving — komen vaak samen binnen dezelfde wijken. In andere wijken doen juist gunstige condities zich gelijktijdig voor. Hierdoor ontstaan samenhangende patronen waarin verschillen zich niet alleen voordoen, maar zich ook verdiepen.

De directe nabijheid van deze contrasten onderstreept de intensiteit van stedelijke ongelijkheid. Gezondheidsverschillen worden hier niet alleen bepaald door individuele kenmerken, maar vooral door de leefomgeving waarin mensen wonen. Ongelijkheid organiseert zich in steden daarmee in sterke mate ruimtelijk, in scherp afgebakende en dicht bij elkaar gelegen verschillen tussen wijken.

2.3. Regionale homogeniteit: concentratie van gelijke omstandigheden

Tegenover deze stedelijke fragmentatie staat een fundamenteel ander ruimtelijk patroon: regionale homogeniteit. In gebieden zoals Oost-Groningen, Oost-Drenthe en Zeeland komen vergelijkbare

— vaak kwetsbare — wijktypen voor over grote aaneengesloten gebieden. In tegenstelling tot steden, waar contrasten zich op korte afstand afwisselen, verschuift het patroon hier naar een hoger schaalniveau en ontbreekt interne differentiatie. Binnen gemeenten vertonen wijken sterke overeenkomsten, zowel in profiel als in uitkomst.

De wijkcores bevestigen dit beeld. Het merendeel van de wijken bevindt zich in de lagere regionen van gezondheid en welzijn, met nauwelijks uitschieters naar boven. Dit duidt niet op incidentele problematiek, maar op een breed gedragen regionaal patroon waarin achterstanden zich consistent voordoen. De beperkte interne variatie betekent dat er weinig 'sterke' wijken zijn die het totaalbeeld positief beïnvloeden: kwetsbaarheid is hier geen lokaal fenomeen, maar een kenmerk van de regio als geheel.

Aan de andere kant van het spectrum laten regio's zoals de Gooi- en Vechtstreek, de Utrechtse Heuvelrug en de Achterhoek een vergelijkbaar homogeen, maar tegengesteld patroon zien. Ook hier is de interne variatie beperkt, maar domineren juist gunstige wijktypen en liggen de wijkcores consequent hoog. Dit wijst op een stabiele concentratie van positieve sociaaleconomische en gezondheidscondities, die zich breed over de regio uitstrekken.

2.4. Ruimtelijke logica van gezondheidsverschillen

Gezondheidsverschillen zijn niet willekeurig verspreid, maar volgen herkenbare ruimtelijke patronen die zich in de tijd ontwikkelen en bestendigen. In stedelijke gebieden manifesteren verschillen zich vooral binnen gemeenten, in de vorm van scherpe contrasten tussen wijken. In meer homogene regio's verschuift deze dynamiek naar een hoger schaalniveau, waar gezondheid en welzijn juist meer gelijkmatig voorkomen — hetzij overwegend kwetsbaar, hetzij overwegend gunstig.

Deze ruimtelijke logica is cruciaal voor beleid. Zij bepaalt niet alleen waar verschillen zichtbaar worden, maar ook op welk schaalniveau zij ontstaan en zich ontwikkelen. Waar stedelijke gebieden vragen om wijkgerichte interventies, ligt in homogene regio's de nadruk op een regionale aanpak.

Tegelijk laten gebieden met gunstige patronen zien dat gezondheid niet alleen wordt beïnvloed door het beperken van risico's, maar juist ook door de aanwezigheid van versterkende condities. Gemeenten als Rozendaal, Bloemendaal en Oegstgeest illustreren het belang van sociaaleconomische en ruimtelijke kwaliteit, terwijl Tubbergen en Dalfsen het belang van sociale cohesie en gemeenschapskracht zichtbaar maken.

De ruimtelijke logica is daarmee niet alleen beschrijvend, maar ook richtinggevend. Inzicht in hoe patronen zich ontwikkelen en bestendigen, maakt zichtbaar waar en op welk schaalniveau beleid effectief kan ingrijpen.

Deze patronen roepen tegelijkertijd de vraag op waardoor ruimtelijke verschillen ontstaan en in stand blijven. Om dat te begrijpen, is inzicht nodig in de onderliggende mechanismen die de verdeling van gezondheid en welzijn vormgeven.

2.5. Onderliggende mechanismen als drijvende krachten

De geschetste ruimtelijke patronen zijn geen op zichzelf staande observaties, maar het resultaat van samenwerkende mechanismen die bepalen hoe gezondheid en welzijn zich verdelen en

concentreren. Om de ruimtelijke logica van gezondheidsverschillen te begrijpen, is het noodzakelijk deze onderliggende processen expliciet te maken.

2.5.1. Verstedelijking en ruimtelijke segregatie

Een eerste en bepalend mechanisme achter ruimtelijke gezondheidsverschillen is de mate van verstedelijking. In sterk verstedelijkte gebieden ontstaat een context waarin sociaaleconomische verschillen zich niet alleen manifesteren, maar zich ook ruimtelijk ordenen en concentreren. De scherpe contrasten tussen wijken zijn daarmee geen toevallig patroon, maar het resultaat van onderliggende verdelingsprocessen.

Centraal hierin staan processen van selectieve vestiging en ruimtelijke segregatie. Verschillen in woningvoorraad, prijsvorming en toewijzing bepalen in sterke mate welke groepen zich waar vestigen. Hogere inkomens en hoger opgeleiden concentreren zich in aantrekkelijke, goed ontsloten wijken met veel voorzieningen, terwijl lagere inkomensgroepen vaker terechtkomen in wijken met een beperktere leefomgevingskwaliteit en minder toegang tot voorzieningen. Deze sociaaleconomische scheiding vertaalt zich direct in verschillen in gezondheid en welzijn.

Ruimtelijke factoren versterken deze verschillen verder. De aanwezigheid van voorzieningen, de kwaliteit van de openbare ruimte en de sociale infrastructuur beïnvloeden gedrag en gezondheid — van bewegen en sociale interactie tot toegang tot zorg en ondersteuning. Hierdoor ontstaan cumulatieve effecten, waarbij sociaaleconomische en ruimtelijke factoren elkaar versterken en leiden tot duidelijk afgebakende wijkprofielen.

Dit mechanisme is zichtbaar in de grote steden van de Randstad. In Amsterdam bevinden wijken als Oud-Zuid en De Pijp — met een hoog opleidingsniveau en relatief gunstige gezondheidsindicatoren — zich binnen dezelfde stedelijke context als Nieuw-West, waar sociaaleconomische kwetsbaarheid en gezondheidsproblemen vaker samenkomen. In Rotterdam liggen Kralingen en Hillegersberg in de nabijheid van Crooswijk en Feijenoord, waar achterstanden zich concentreren. In Utrecht bevinden Wittevrouwen en Tuindorp zich op korte afstand van Overvecht, waar lagere inkomens, meer chronische aandoeningen en een hogere mentale druk zichtbaar zijn. In Den Haag liggen Benoordenhout en het Statenkwartier in de nabijheid van de Schildersbuurt, waar sociaaleconomische kwetsbaarheid en gezondheidsproblemen sterker samenkomen.

Vergelijkbare contrasten doen zich ook voor in middelgrote steden. In Delft liggen Hof van Delft en Wippolder dicht bij Poptahof, waar kwetsbaarheid duidelijker aanwezig is. In Tilburg bevinden Zorgvlied en De Blaak zich op korte afstand van Stokhasselt, waar lagere inkomens, meer gezondheidsproblemen en een hogere mentale belasting samenkomen.

Deze voorbeelden laten zien dat stedelijke ongelijkheid zich niet geleidelijk verdeelt, maar zich ruimtelijk concentreert in nabijgelegen, maar sterk verschillende leefomgevingen. Gezondheidsverschillen ontstaan hier niet los van elkaar, maar stapelen zich op binnen specifieke wijken en verdiepen zich in de tijd.

Voor beleid betekent dit dat het relevante schaalniveau in steden primair het wijkniveau is. De opgave ligt niet op het stedelijk gemiddelde, maar in het doorbreken van mechanismen die verschillen tussen wijken produceren en in stand houden — zoals ongelijke toegang tot voorzieningen, verschillen in woningvoorraad en de kwaliteit van de leefomgeving.

2.5.2. Regionale sociaaleconomische ontwikkelingsgeschiedenis

Een belangrijke verklaring voor de ruimtelijke patronen van gezondheid en welzijn ligt in de sociaaleconomische ontwikkelingsgeschiedenis van regio's. De clustering van wijktypen en bijbehorende verschillen in uitkomsten zijn niet alleen het gevolg van actuele omstandigheden, maar weerspiegelen processen die zich over langere tijd hebben opgebouwd en zich ruimtelijk hebben vastgezet. Gezondheid is daarmee geen momentopname, maar het resultaat van historisch gegroeide structuren waarin economie, demografie en leefomgeving samenkomen.

In deze context speelt bestaanszekerheid een centrale rol. De mate waarin inwoners beschikken over stabiele inkomens, werk, passende huisvesting en toegang tot voorzieningen volgt deze historische en ruimtelijke patronen. Waar sociaaleconomische structuren onder druk staan, neemt ook de bestaanszekerheid af, wat direct doorwerkt in gezondheid en welzijn. Gezondheidsverschillen zijn daarmee nauw verweven met verschillen in bestaanszekerheid die zich in de tijd hebben opgebouwd en regionaal zijn verankerd.

Binnen deze ontwikkeling zijn grofweg twee dynamieken te onderscheiden. In sommige regio's zijn huidige patronen terug te voeren op ingrijpende economische omslagen met langdurige gevolgen. In andere gebieden ontstaat een vergelijkbaar patroon geleidelijk, door een opeenstapeling van kleinere veranderingen. Beide routes leiden tot concentratie van kwetsbaarheid, maar verschillen in tempo, zichtbaarheid en beleidsopgave.

2.5.2.1. Structurele omslagen en langdurige doorwerking

In een aantal regio's komen huidige patronen voort uit ingrijpende economische veranderingen in het verleden die hun sporen nog altijd zichtbaar nalaten in economie, bevolking en leefomgeving.

Zuid-Limburg vormt hiervan een duidelijk voorbeeld. De sluiting van de mijnen markeert een kantelpunt dat nog steeds zichtbaar is in de regionale structuur. De economische terugval ging gepaard met vergrijzing en selectieve migratie, waardoor de sociaaleconomische basis duurzaam is verzwakt en gezondheidsachterstanden zijn verdiept. In gemeenten als Heerlen en Kerkrade vertaalt dit zich in een concentratie van kwetsbare wijktypen en duidelijk minder gunstige gezondheidsuitkomsten.

Een vergelijkbare dynamiek is zichtbaar in Oost-Groningen en de Veenkoloniën. Hier ligt de oorsprong in de overgang van veenontginning naar een agrarisch en industrieel systeem met beperkte economische diversificatie. De combinatie van afnemende werkgelegenheid, bevolkingskrimp en een zwakke arbeidsmarkt heeft geleid tot een opeenstapeling van sociaaleconomische en gezondheidsachterstanden, onder meer in gemeenten als Veendam, Pekela en Stadskanaal. Hoewel geen scherp omslagmoment aanwijsbaar is, hebben historische ontwikkelingspaden geleid tot een vergelijkbaar patroon van diep verankerde kwetsbaarheid.

Vergelijkbare mechanismen zijn zichtbaar in andere industriële regio's, waar economische structuur en leefomgeving direct doorwerken in gezondheid en welzijn. In het Rijnmondgebied rond de Botlek komt dit samen in gemeenten als Schiedam en Vlaardingen, waar sociaaleconomische kwetsbaarheid, leefomgevingsdruk en gezondheidsachterstanden zich concentreren. In de IJmond, met Velsen, IJmuiden en Beverwijk als kern, speelt een vergelijkbare dynamiek rond zware industrie, waarbij arbeidsmarktstructuur, fysieke leefomgeving en sociaaleconomische positie samenhangen met minder gunstige gezondheidsuitkomsten. Ook in de Kanaalzone van Zeeland leidt de combinatie van industriële afhankelijkheid, perifere ligging en demografische ontwikkelingen tot een vergelijkbaar patroon van kwetsbaarheid.

Kenmerkend voor deze regio's is dat achterstanden niet alleen zijn ontstaan, maar zich ook blijven reproduceren. Arbeidsmarkt, woningvoorraad en bevolkingssamenstelling grijpen op elkaar in.

Jongere en hoger opgeleide groepen trekken relatief vaker weg, terwijl kwetsbaardere groepen achterblijven. Hierdoor versmalt de sociaaleconomische basis en neemt niet alleen het niveau van gezondheid en welzijn af, maar ook het vermogen van de regio om zich te herstellen.

2.5.2.2. Geleidelijke verzwakking en achterstandsopbouw

Naast deze duidelijke omslagen zijn er regio's waar een vergelijkbaar patroon ontstaat via een geleidelijk proces. In delen van West-Brabant en Oost-Zeeland, zoals rond Bergen op Zoom en in Zeeuws-Vlaanderen, ontbreekt een scherp kantelpunt. Hier heeft een langdurige combinatie van beperkte economische dynamiek, vergrijzing en een relatief eenzijdige economische structuur geleid tot een geleidelijke verzwakking. In gemeenten als Terneuzen, Hulst, Bergen op Zoom en Roosendaal vertaalt dit zich in een concentratie van minder gunstige wijktypen en lagere scores op gezondheid en welzijn.

De afhankelijkheid van traditionele sectoren, zoals industrie en landbouw, beperkt hier de veerkracht van de regionale economie. In en rond Bergen op Zoom is de economie sterk verbonden met industriële activiteiten, terwijl in Zeeuws-Vlaanderen en omliggende gebieden de afhankelijkheid van landbouw en seizoensgebonden werk de economische dynamiek remt. In combinatie met bevolkingskrimp en vergrijzing — die in Zeeuws-Vlaanderen de leefbaarheid en arbeidsmarkt verder onder druk zet — ontstaan beperkingen in kansen op werk, inkomen en participatie, die doorwerken in gezondheid en welzijn.

Vergelijkbare patronen zijn zichtbaar in andere perifere en semi-perifere gebieden, zoals delen van de Achterhoek en Noord-Limburg. Ook hier leidt een combinatie van vergrijzing, beperkte instroom van jongere bevolkingsgroepen en een minder diverse economie tot een geleidelijke versmalling van kansen. Er is geen abrupt omslagpunt, maar een proces waarin sociaaleconomische en gezondheidsverschillen zich langzaam verdiepen.

Net als in regio's met een duidelijke omslag spelen ook hier selectieve migratie en ruimtelijke structuren een rol in het bestendigen van deze patronen. Het verschil zit daarmee niet in de uitkomst, maar in de weg waarlangs deze tot stand komt.

2.5.2.3. Cultuur, gedrag en overdracht

Naast sociaaleconomische en ruimtelijke factoren speelt ook de cultuur-historische context een belangrijke rol. Gezondheidsgedrag is niet los te zien van sociale normen, gewoonten en gezondheidsvaardigheden die zich in de tijd hebben ontwikkeld en binnen gemeenschappen worden doorgegeven.

In regio's met een lange geschiedenis van economische achterstand en beperkte arbeidsmarktkansen, zoals delen van Oost-Groningen, Zuid-Limburg en Zeeuws-Vlaanderen, speelt intergenerationele overdracht een belangrijke rol. Normen en verwachtingen rond arbeid, leefstijl en gezondheid worden van generatie op generatie doorgegeven, waardoor sociaaleconomische posities en gedragspatronen zich bestendigen. Kinderen die opgroeien in huishoudens met langdurige uitkeringsafhankelijkheid hebben een grotere kans om zelf in een vergelijkbare positie terecht te komen, los van hun formele opleidingsniveau.

Deze dynamiek kan worden begrepen als een 'context van beperkte kansen', waarin gedrag en verwachtingen zich aanpassen aan structurele omstandigheden, maar deze tegelijkertijd ook in stand houden. Lagere arbeidsparticipatie gaat bijvoorbeeld samen met minder sociale contacten, minder dagelijkse structuur en minder toegang tot werk en netwerken, wat indirect samenhangt met een minder gunstige ervaren gezondheid.

Vergelijkbare patronen doen zich ook voor binnen stedelijke gebieden, waar sociaaleconomische achterstanden zich concentreren op wijkniveau. Dit is zichtbaar in wijken zoals Rotterdam-Zuid (bijvoorbeeld Feijenoord en Charlois), Den Haag Zuidwest (zoals Moerwijk en Morgenstond) en Amsterdam Nieuw-West (zoals Slotervaart). In deze wijken komen lagere inkomens, beperkte arbeidsmarktkansen en gezondheidsrisico's vaker samen en spelen vergelijkbare mechanismen van sociale overdracht en normvorming.

Daartegenover staan regio's zoals delen van het Gooi, de regio rond Leiden en Twente, waar sociale normen juist gericht zijn op participatie, gezondheid en preventie en worden ondersteund door sterke netwerken en voorzieningen. Deze verschillen in cultureel kapitaal beïnvloeden hoe mensen omgaan met gezondheid en in hoeverre zij gebruikmaken van beschikbare ondersteuning.

Gezamenlijk laten deze processen zien dat gezondheid niet alleen wordt bepaald door individuele keuzes of actuele omstandigheden, maar door een samenspel van historische, structurele en sociale factoren. Gezondheidsverschillen zijn daarmee geen toevallige uitkomsten, maar het resultaat van ruimtelijk ingebedde en zichzelf versterkende systemen.

2.5.3. Demografische en perifere regionale context

Een derde belangrijke driver betreft de demografisch-ruimtelijke context, met name in perifere en landelijke regio's. In gebieden zoals Noord- en Noordoost-Friesland, Zuidoost-Drenthe, Oost-Groningen, Midden-Limburg en delen van Zeeland is het ruimtelijke patroon van gezondheid en welzijn wezenlijk anders georganiseerd dan in stedelijke gebieden.

De typologiekaart laat zien dat binnen gemeenten relatief weinig verschillende wijktypen voorkomen. De wijkcores vertonen daardoor beperkte interne spreiding. Dit wijst niet op gunstigere omstandigheden, maar op een grotere mate van homogeniteit in de onderliggende structuur.

Waar in stedelijke gebieden verschillen zich vooral binnen gemeenten manifesteren, verschuift de dynamiek in perifere regio's naar het regionale niveau. Gezondheidsverschillen zijn hier minder gefragmenteerd, maar juist geconcentreerd. In delen van Zeeland, Oost-Groningen en Zuidoost-Drenthe heeft een groot aandeel van de wijken vergelijkbare, vaak minder gunstige scores, in combinatie met een dominantie van kwetsbare wijktypen. Het gaat daarmee niet om lokale afwijkingen, maar om een breed gedragen regionaal patroon.

Aan deze structuur liggen samenhangende demografische en ruimtelijke processen ten grondslag. Vergrijzing en bevolkingskrimp veranderen de bevolkingssamenstelling, terwijl selectieve migratie — met vertrek van jongere en hoger opgeleide groepen — de sociaaleconomische basis verder onder druk zet. Tegelijk leiden grotere afstanden tot voorzieningen, beperktere bereikbaarheid en een kleinere schaal van voorzieningen tot verminderde toegang tot zorg, ondersteuning en sociale infrastructuur. Deze factoren grijpen op elkaar in en versterken elkaar.

Perifere regio's laten daarmee een andere ruimtelijke logica van gezondheid zien dan stedelijke gebieden. Waar steden worden gekenmerkt door scherpe interne contrasten, wordt in perifere regio's juist een regionale concentratie van vergelijkbare omstandigheden zichtbaar. De beleidsopgave verschuift daarmee van het verkleinen van verschillen binnen gemeenten naar het versterken van regionale structuren en voorzieningen die gezondheid en welzijn ondersteunen.

2.6. Beschermende factoren als lokaal organiseerbare kracht

Naast mechanismen die achterstanden concentreren, laten de resultaten ook gebieden zien waar gezondheid en welzijn zich juist gunstig ontwikkelen. Deze gebieden maken zichtbaar welke factoren gezondheid niet alleen ondersteunen, maar ook stabiliseren en in stand houden.

Gunstige uitkomsten blijken voort te komen uit een samenhang van versterkende condities. In gemeenten als Rozendaal, Bloemendaal, Oegstgeest, Wassenaar en Blaricum zorgt een sterke sociaaleconomische basis voor selectieve vestiging van hoger opgeleide en financieel sterke huishoudens. Dit vertaalt zich in een hoogwaardige leefomgeving, goede voorzieningen en een relatief gezonde bevolkingssamenstelling. Deze factoren versterken elkaar en leiden tot een stabiel en duurzaam patroon van gunstige gezondheidsuitkomsten.

In andere gemeenten ligt het mechanisme minder in sociaaleconomische selectie, maar juist in sociale structuur. Gemeenten als Tubbergen, Dinkelland, Voorst, Staphorst en Dalfsen laten zien hoe sterke sociale cohesie, een actief verenigingsleven en hechte netwerken bijdragen aan sociale steun, informele zorg en mentale veerkracht. Hierdoor worden risico's op eenzaamheid en mentale problematiek gedempt en werkt de sociale context als beschermende factor.

Ook in suburbane gemeenten zoals Houten, De Bilt en Heemstede is sprake van een samenhangend mechanisme, waarin ruimtelijke kwaliteit, bereikbaarheid van voorzieningen en een beweegvriendelijke leefomgeving gezond gedrag faciliteren. De inrichting van de leefomgeving werkt hier direct door in leefstijl en welzijn.

Wat deze uiteenlopende gemeenten gemeen hebben, is dat meerdere factoren gelijktijdig optreden en elkaar versterken: sociaaleconomische positie, sociale cohesie, ruimtelijke kwaliteit en toegang tot voorzieningen. Gezondheid is hier geen geïsoleerde uitkomst, maar het resultaat van een robuuste lokale structuur waarin deze factoren samenkomen.

Deze inzichten maken duidelijk dat beschermende factoren in belangrijke mate beïnvloedbaar zijn, maar niet los van elkaar functioneren. Effectief beleid vraagt daarom niet om geïsoleerde interventies, maar om het versterken van samenhangende condities die elkaar ondersteunen. Daarmee verschuift de opgave van het beperken van risico's naar het doelgericht ontwikkelen van omgevingen waarin gezondheid zich duurzaam kan ontwikkelen en bestendigen.

2.7. Van ontwikkelingsdynamiek naar beleidsopgave

De combinatie van economische ontwikkeling, demografie en cultuur-historische context leidt tot ruimtelijk geconcentreerde patronen van gezondheid en welzijn. Deze patronen zijn geen momentopname, maar het resultaat van processen die zich in de tijd opbouwen en bestendigen.

Dat betekent dat gezondheidsverschillen niet vanzelf verdwijnen met generiek beleid. In regio's waar achterstanden diep zijn verankerd, is een langdurige en integrale aanpak nodig die zich richt op de sociaaleconomische basis, de leefomgeving én de sociale context. Tegelijk vraagt dit om beleid dat aansluit bij regionale verschillen in normen, gedrag en gezondheidsvaardigheden, en bij de leefwereld van bewoners (WRR, 2018).

Gezondheid en welzijn moeten daarmee niet alleen worden gezien als uitkomst, maar als onderdeel van een breder systeem waarin structuur en gedrag elkaar wederzijds versterken. Dit vraagt om beleid dat ingrijpt op die onderliggende samenhang, in plaats van zich te beperken tot afzonderlijke interventies.

2.8. Schaalafhankelijk beleid in een ruimtelijk gezondheidssysteem

Zonder inzicht in de ruimtelijke samenhang van gezondheidsverschillen bestaat het risico dat beleid zich richt op symptomen in plaats van oorzaken. Een uniforme aanpak schiet daarom tekort: het passende schaalniveau voor interventie verschilt per type gebied en onderliggend mechanisme.

In sterk verstedelijkte gebieden domineren interne differentiatie en sociaal-ruimtelijke segregatie, wat leidt tot scherpe contrasten tussen wijken. Hier is een fijnmazige, wijkgerichte aanpak noodzakelijk. In perifere en structureel kwetsbare regio's hangen gezondheidsverschillen juist samen met demografie, economische structuur en voorzieningen. Daar ligt de opgave op regionaal niveau.

Gemeenten spelen hierin een sleutelrol, omdat op dit schaalniveau verschillende determinanten van gezondheid samenkomen. Zij kunnen integraal en gebiedsgericht werken aan een leefomgeving die aansluit bij de behoeften van bewoners.

Effectief beleid is daarmee per definitie schaalafhankelijk: de aard van het probleem bepaalt waar interventies moeten aangrijpen. Dit vraagt om een verschuiving van symptoombestrijding naar het beïnvloeden van onderliggende structuren, zoals leefomgeving, sociaaleconomische positie en toegang tot voorzieningen. Gezondheid wordt daarmee een expliciet afwegingscriterium in ruimtelijke en sociaaleconomische keuzes.

De analyse biedt daarmee niet alleen inzicht in waar verschillen optreden, maar ook hoe zij zijn opgebouwd en op welk schaalniveau interventies het meest effectief zijn. Dit vormt een concreet handelingsperspectief voor gebiedsontwikkeling en beleidsprioritering.

Tegelijk roept dit een vervolgvraag op: hoe verhouden lokale patronen zich tot bredere ruimtelijke structuren? Als gezondheidsverschillen zich gelaagd organiseren, is inzicht nodig in de manier waarop wijkpatronen zich binnen gemeenten combineren en doorwerken naar regionaal niveau. Juist op dit tussenniveau wordt zichtbaar hoe lokale verschillen zich opstapelen, versterken of uitmiddelen en zo de basis vormen voor regionale patronen.

3. Van wijktypologie naar regionale structuren

De analyse op wijkniveau laat zien dat gezondheid en welzijn sterk lokaal variëren, maar tegelijkertijd onderdeel zijn van een breder ruimtelijk systeem. Dit bevestigt de centrale these van dit artikel: gezondheidsverschillen ontstaan niet op één schaalniveau, maar organiseren zich gelaagd, van wijken naar gemeenten en uiteindelijk naar regio's.

Als deze gelaagdheid bepalend is, volgt daaruit dat lokale wijkpatronen zich ook moeten vertalen naar hogere schaalniveaus. De centrale vraag is dan hoe deze lokale verschillen zich binnen gemeenten samenvoegen tot herkenbare structuren, en in welke mate gemeenten intern homogeen of juist sterk gedifferentieerd zijn.

3.1. Regionale clustering en profielvorming

Om dit te analyseren is de wijktypologie geaggregeerd naar gemeenteniveau. Per gemeente is vastgesteld uit welke mix van wijktypen zij bestaat en hoe divers deze interne structuur is. Daarmee verschuift de focus van gemiddelde indicatoren naar de interne opbouw van gemeenten: de manier waarop wijktypen samenkomen bepaalt in hoeverre lokale verschillen worden gebundeld, versterkt of juist afgevlakt.

Vervolgens zijn gemeenten gegroepeerd met behulp van constrained Ward-clustering⁵, waarbij inhoudelijke overeenkomst en geografische nabijheid worden gecombineerd. Dit resulteert in ruimtelijk samenhangende regio's waarin gemeenten vergelijkbare patronen van gezondheid en welzijn delen.

De regionale indeling is gebaseerd op drie componenten: gezondheidsuitkomsten (45%), de samenstelling van wijktypen (40%) en de structurele diversiteit van deze mix (15%) (zie bijlage C). Hiermee weerspiegelt de indeling niet alleen verschillen in niveau, maar ook de onderliggende ruimtelijke organisatie.

De regionale kaart biedt daarmee een verdiepend perspectief: waar de wijkanalyse lokale contrasten zichtbaar maakt en de gemeentelijke analyse interne structuren blootlegt, laat deze stap zien hoe deze samenkomen in bredere regionale patronen. Gezondheid en welzijn blijken daarmee niet alleen lokaal bepaald, maar ook regionaal georganiseerd.

3.2. Typologie van regionale gezondheidsprofielen

De constrained Ward-clustering resulteert in tien samenhangende regioprofielen. Dit aantal biedt een goed evenwicht: het maakt ruimtelijke variatie zichtbaar en blijft tegelijk overzichtelijk en interpreteerbaar. De profielen laten zien dat gezondheidsverschillen in Nederland geen uniform patroon volgen. Sommige regio's zijn relatief veerkrachtig en gezond, terwijl andere worden gekenmerkt door mentale druk, sociale kwetsbaarheid of structurele fysieke achterstanden.

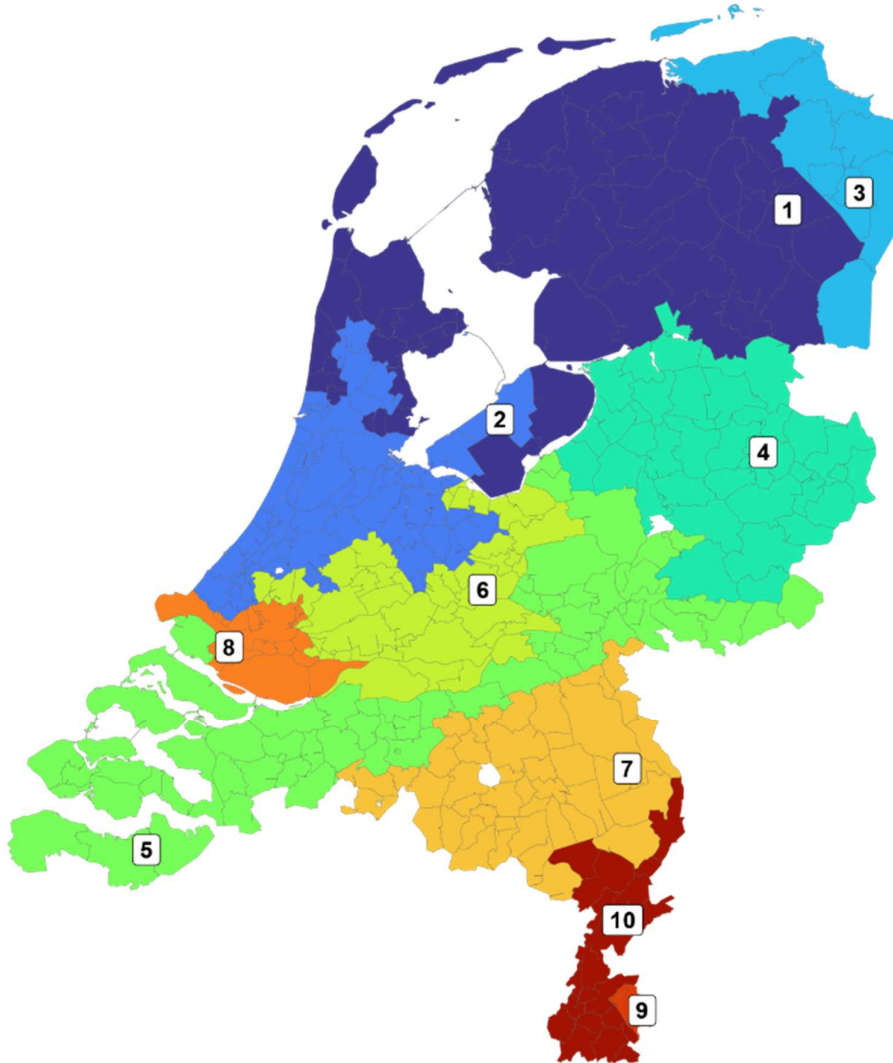
Deze patronen maken duidelijk dat verschillen niet alleen in niveau variëren, maar ook in onderliggende structuur (*figuur 3*). Gezondheid weerspiegelt daarmee bredere ruimtelijke en

⁵ Constrained Ward's Hierarchical Agglomerative Clustering is een variant van de traditionele hiërarchische clusteringmethode (Ward's methode) waarbij externe beperkingen (constraints) of ruimtelijke contiguitet worden opgelegd tijdens het samenvoegingsproces.

sociaaleconomische condities die zich over meerdere schaalniveaus manifesteren en elkaar versterken. De focus verschuift daarmee van gezondheid als uitkomst naar gezondheid als ruimtelijk georganiseerd systeem.

Juist deze variatie geeft de typologie beleidsmatige betekenis. Regio's met vergelijkbare uitkomsten kunnen een fundamenteel verschillend probleemprofiel hebben en vragen daarom om een andere aanpak: van het versterken van bestaande veerkracht en preventie tot sociale versterking, mentale ondersteuning of een langdurige integrale inzet.

Figuur 3 Regionale samenhang Gezondheid en Welzijn (in 10 typen)



Tegelijk zijn de profielen niet deterministisch. Binnen elk profiel bestaan duidelijke verschillen tussen gemeenten, die wijzen op het belang van lokale context, sociale structuren en leefomgevingskenmerken. Deze variatie vormt een belangrijk aangrijpingspunt voor gericht beleid.

3.2.1. Regio 1: Veerkrachtig en relatief gezond profiel

Regio 1 laat een overwegend gunstig en veerkrachtig gezondheidsbeeld zien. Gemeenten binnen dit profiel kenmerken zich door een relatief goede ervaren gezondheid en een hoge mentale veerkracht, terwijl stress en angst- en depressieklachten minder vaak voorkomen. Ook sportdeelname ligt relatief hoog en sociale problematiek blijft doorgaans beperkt. Daarmee vormt dit profiel een van de meest gunstige gezondheidspatronen binnen de regionale typologie.

Dit profiel manifesteert zich vooral in Friesland, West-Groningen, de Kop van Noord-Holland en Oost-Flevoland. Het gaat veelal om middelgrote gemeenten met een stabiele sociaal-ruimtelijke context, waarin sociale betrokkenheid, gemeenschapsverbanden en een actieve leefstijl een belangrijke rol spelen. Ook cultuurgebonden factoren dragen hieraan bij. In veel van deze gebieden zijn normen rond participatie, onderlinge betrokkenheid en gezondheid stevig verankerd in het dagelijks leven. Verenigingsleven, informele netwerken en lokale tradities ondersteunen daarmee niet alleen sociale cohesie, maar versterken ook gedrag en verwachtingen die bijdragen aan gezondheid en welzijn.

Representatieve gemeenten binnen dit profiel zijn De Fryske Marren, Waadhoeke en Steenwijkerland. Binnen dit profiel springen Urk, Castricum en Heiloo eruit als relatief sterke voorbeelden. Tegelijk laten gemeenten als Den Helder, Groningen en Enkhuizen zien dat ook binnen een gunstig regionaal profiel stedelijke druk en mentale belasting lokaal sterker kunnen doorwerken. Een gunstig profiel heft interne verschillen dus niet op: ook in relatief sterke regio's kunnen stedelijke kernen fungeren als lokale drukpunten waar gezondheidsvraagstukken zich scherper manifesteren.

In deze regio ligt de opgave minder bij herstel dan bij het behouden en versterken van bestaande beschermende factoren. Het gaat om gebieden waar mentale veerkracht, sociale verbondenheid en een actieve leefstijl relatief sterk aanwezig zijn en elkaar versterken. Tegelijk vraagt de aanwezigheid van lokale drukpunten om alertheid op interne verschillen, zodat ook binnen gunstige regio's beginnende kwetsbaarheid tijdig wordt gesignaleerd.

Beleid kan zich daarom richten op preventie, het stimuleren van bewegen, vitaal ouder worden en het in stand houden van sterke lokale netwerken en verenigingsstructuren. Daarbij is het van belang om ook de onderliggende sociale en culturele structuren te behouden die deze veerkracht dragen. De kern van de opgave is hier niet het wegwerken van achterstanden, maar het voorkomen dat een gunstige uitgangspositie geleidelijk onder druk komt te staan.

3.2.2. Regio 2: Verstedelijkt profiel met mentale druk

In tegenstelling tot regio 1, waar veerkracht en sociale stabiliteit centraal staan, wordt regio 2 gekenmerkt door een andere dynamiek: een relatief gunstige fysieke gezondheid gecombineerd met een duidelijke mentale en sociale belasting.

Dit profiel laat een opvallende spanning zien. Stress, angst- en depressieklachten en psychische druk komen in deze regio's vaker voor dan gemiddeld, terwijl overgewicht en obesitas juist minder voorkomen en de sportdeelname relatief hoog ligt. De fysieke leefstijl is daarmee overwegend gunstig, maar gaat niet samen met een vergelijkbare mentale veerkracht. Dit laat zien dat gezondheidsdimensies niet altijd parallel lopen, maar dat gunstige fysieke uitkomsten gepaard kunnen gaan met een verhoogde mentale belasting.

Deze combinatie hangt samen met een specifieke stedelijke context. Dit profiel tekent zich ruimtelijk vooral af in sterk verstedelijkte gebieden, met name in de Noordelijke Randstad. Grote steden zoals Amsterdam, Almere en Den Haag vormen duidelijke voorbeelden, maar ook

omliggende suburbane gemeenten vallen binnen dit profiel. Dit laat zien dat mentale druk niet uitsluitend een grootstedelijk fenomeen is, maar zich ook manifesteert in stedelijke randgebieden en middelgrote stedelijke contexten.

De onderliggende dynamiek wordt gevormd door een samenspel van factoren. Hoge woonkosten, beperkte woonruimte en onzekerheid op de woningmarkt vergroten de druk op huishoudens. Tegelijk leidt een concurrerende arbeidsmarkt en een sterk prestatiegerichte omgeving tot hogere verwachtingen en minder herstelruimte. In dichtbebouwde gebieden versterken daarnaast omgevingsfactoren zoals geluid, luchtkwaliteit, beperkte toegang tot groen en een hoge gebruiksdruk van de openbare ruimte de dagelijkse belasting.

Ook sociale processen spelen een belangrijke rol. Ondanks een hoge bevolkingsdichtheid is de sociale samenhang vaak minder sterk en zijn netwerken minder stabiel. Individualisering, mobiliteit en tijdelijke woonvormen maken dat sociale steun minder vanzelfsprekend is. Hierdoor kan mentale belasting minder goed worden opgevangen, wat zich vertaalt in hogere niveaus van stress, eenzaamheid en psychische klachten.

Binnen dit profiel zijn de verschillen bovendien scherp. Gemeenten als Bloemendaal, Oegstgeest en Heemstede laten een relatief gunstig beeld zien, terwijl in Amsterdam, Den Haag en Beverwijk mentale druk en sociale kwetsbaarheid sterker naar voren komen. In deze gemeenten gaan hogere niveaus van stress, angst en depressie vaak samen met meer eenzaamheid en een zwakkere sociale steunstructuur.

Hier ligt een duidelijke beleidsopgave in het versterken van mentale en sociale veerkracht. Niet fysieke gezondheidsproblemen staan centraal, maar de manier waarop mentale belasting samenhangt met stedelijke dichtheid, prestatiedruk, woonomstandigheden en sociale fragmentatie. Tegelijk is de kwaliteit van de leefomgeving een bepalende factor. Het verbeteren van omgevingskwaliteit — bijvoorbeeld door vergroening, het verminderen van milieudruk en het creëren van rust en ruimte — draagt direct bij aan herstelvermogen en mentale gezondheid.

Deze regio vraagt daarom om een integrale en langetermijnaanpak waarin mentale gezondheid, sociale context en de fysieke leefomgeving in samenhang worden benaderd. Mentale problematiek is hier niet alleen een uitkomst van stedelijke dynamiek, maar ook een belangrijk aangrijpingspunt voor duurzame gezondheidswinst.

3.2.3. Regio 3: Breed fysiek en sociaal kwetsbaar profiel

Regio 3 behoort tot de meest kwetsbare gezondheidsprofielen van Nederland en concentreert zich ruimtelijk in Oost-Groningen en Oost-Drenthe. Gemeenten binnen dit profiel laten een consistent ongunstig beeld zien op meerdere dimensies van gezondheid en welzijn. Chronische aandoeningen, gezondheidsbeperkingen, overgewicht en obesitas komen relatief vaak voor, terwijl ervaren gezondheid en sportdeelname juist achterblijven. Ook roken ligt boven het gemiddelde. Tegelijk is de sociale context minder gunstig: eenzaamheid komt vaker voor en sociale steun is relatief zwak.

Deze fysieke en sociale kwetsbaarheid gaat gepaard met een verhoogde mentale belasting. Angst- en depressieve klachten en ervaren stress komen in deze regio structureel vaker voor. Binnen Groningen is daarbij sprake van een duidelijk ruimtelijk patroon: in Oost-Groningen ligt de mentale druk consequent hoger dan in het westen van de provincie. Dit laat zien dat de problematiek zich niet willekeurig voordoet, maar zich ruimtelijk concentreert en in samenhang optreedt.

Wat dit profiel onderscheidt, is niet alleen de breedte van de problematiek, maar vooral de manier waarop deze zich ruimtelijk organiseert. In tegenstelling tot stedelijke gebieden, waar sterke verschillen tussen wijken bestaan, is hier sprake van een opvallend homogeen patroon. Zowel binnen gemeenten als tussen gemeenten is de variatie beperkt: veel wijken bevinden zich op een vergelijkbaar, structureel laag niveau van gezondheid en welzijn. Achterstanden zijn daarmee geen optelsom van lokale probleemgebieden, maar vormen een samenhangend regionaal systeem waarin kwetsbaarheid de dominante norm is.

Binnen dit systeem bestaan wel gradaties. Emmen, Midden-Groningen en Eemsdelta zijn kenmerkende voorbeelden van gemeenten waar de problematiek breed en zichtbaar aanwezig is. Tegelijk nemen Schiermonnikoog en Het Hogeland een relatief gunstigere positie in, terwijl Pekela, Eemsdelta en Oldambt juist de sterkste concentraties van achterstanden laten zien. Binnen Oost-Groningen behoren de aardbevingsgemeenten tot de meest kwetsbare groep. Gemeenten als Midden-Groningen, Eemsdelta en Oldambt bevinden zich merendeels in de bovenste regionen van mentale problematiek, waarbij de zwaarst getroffen gemeenten tot de top tien à vijftien procent behoren.

In dit deel van de regio speelt de impact van aardbevingen een aanvullende, versterkende rol. Fysieke schade, onzekerheid over woningen en langdurige spanningen werken direct door in het dagelijks leven van inwoners. Deze omstandigheden vergroten de mentale belasting en verdiepen bestaande gezondheids- en welzijnsproblemen. Aardbevingen vormen daarmee geen op zichzelf staande oorzaak, maar versterken een reeds kwetsbare regionale structuur.

De onderliggende dynamiek van dit profiel is geworteld in langdurige sociaaleconomische en demografische ontwikkelingen. Economische krimp, een relatief zwakke en weinig diverse arbeidsmarkt, lagere inkomens en vergrijzing vormen een structurele context waarbinnen gezondheid zich ontwikkelt. Deze factoren grijpen op elkaar in en versterken elkaar. Beperkte arbeidsmarktkansen leiden tot minder perspectief en lagere inkomens, wat doorwerkt in leefstijl, mentale belasting en sociale participatie. Tegelijk beperken gezondheidsproblemen de mogelijkheden om te werken en actief deel te nemen aan de samenleving. Hierdoor ontstaat een zelfversterkend patroon waarin achterstanden niet alleen ontstaan, maar zich ook in stand houden en verdiepen.

Kenmerkend is dat deze dynamiek zich niet lokaal concentreert, maar regionaal is verankerd. In tegenstelling tot verstedelijkte gebieden ontbreekt een scherp contrast tussen sterke en zwakke wijken. Kwetsbaarheid manifesteert zich hier als een breed gedragen structuur, waarin meerdere risicofactoren samenkomen en elkaar versterken. Binnen Groningen is deze dynamiek het meest uitgesproken in het oostelijke deel, waar sociaaleconomische kwetsbaarheid, perifere ligging en de impact van aardbevingen samen een cumulatief risicoprofiel vormen.

De aard van de problematiek vraagt om een integrale en langdurige aanpak die zich richt op het doorbreken van deze onderliggende samenhang. Een eenzijdige focus op leefstijl is onvoldoende. Effectief beleid vraagt om een gecombineerde inzet op gezondheidsbevordering, ondersteuning bij chronische aandoeningen, versterking van sociale netwerken en verbetering van sociaaleconomische omstandigheden. Gezondheid kan hierbij niet los worden gezien van bestaanszekerheid, leefomgeving en participatiekansen. De kern van de opgave is dat gezondheidsproblemen in deze regio onderdeel zijn van een regionaal verankerd systeem van cumulatieve kwetsbaarheden, dat alleen via een samenhangende en structurele aanpak kan worden doorbroken.

3.2.4. Regio 4: Sociaal sterk en relatief gezond profiel

Regio 4 wordt gekenmerkt door een overwegend gunstig gezondheidsbeeld, waarin vooral de sociale dimensie bepalend is. Gemeenten binnen dit profiel kennen relatief veel sociale steun, een actief verenigingsleven en een hoge deelname aan vrijwilligerswerk, terwijl eenzaamheid en psychische klachten minder vaak voorkomen. Ook mentale veerkracht ligt bovengemiddeld. De sociale structuur fungeert daarmee als een krachtige beschermende factor voor gezondheid en welzijn.

Deze kracht is geworteld in een sociaal-culturele context waarin betrokkenheid, participatie en onderlinge hulp stevig zijn verankerd. Verenigingen, kerken en informele netwerken spelen een centrale rol in het dagelijks leven en bieden structuur, zingeving en sociale steun. Hierdoor wordt mentale belasting sneller opgevangen en minder snel problematisch.

Tegelijk laat dit profiel zien dat sociale kracht niet automatisch leidt tot gezond gedrag. Alcoholgebruik ligt relatief hoog en ook fysieke indicatoren, zoals chronische aandoeningen en overgewicht, zijn minder gunstig dan het sociale profiel doet vermoeden. Binnen hechte gemeenschappen kunnen leefstijlpatronen zich juist versterken en normaliseren. Sociale samenhang werkt daarmee beschermend voor mentale gezondheid, maar kan tegelijkertijd ongezond gedrag bestendigen.

Dit patroon is zichtbaar in gemeenten in en rond Zwolle, Twente en Salland, zoals Hardenberg, Zwolle en Deventer. Voorst, Staphorst en Tubbergen laten een consistent gunstig beeld zien, terwijl in Almelo, Enschede en Deventer de uitkomsten minder sterk zijn. In deze stedelijke kernen komen meer chronische aandoeningen, hogere mentale druk en meer eenzaamheid voor. Dit laat zien dat ook binnen sociaal sterke regio's verschillen blijven bestaan, waarbij risico's zich vooral concentreren in stedelijke omgevingen waar sociale samenhang minder vanzelfsprekend is.

De dynamiek is daarmee tweezijdig. Sociale samenhang biedt bescherming tegen mentale belasting, maar kan ongezond gedrag versterken. Waar deze samenhang ontbreekt — zoals in stedelijke kernen — neemt de kwetsbaarheid juist toe.

De beleidsopgave ligt in het gericht benutten en versterken van bestaande sociale kracht. Netwerken, verenigingsleven en vrijwilligerswerk vormen een stevige basis waarop kan worden voortgebouwd. Tegelijk vraagt het relatief hoge alcoholgebruik om gerichte, contextgevoelige interventies, juist omdat dit gedrag sociaal is ingebed en minder snel als problematisch wordt ervaren.

Daarnaast is een fijnmazige aanpak nodig in stedelijke kernen zoals Almelo, Enschede en Deventer, waar gezondheidsproblemen zich sterker concentreren. Effectief beleid combineert hier regionale versterking van sociale samenhang met gerichte interventies op wijkniveau.

De kern is dat gezondheidswinst in dit profiel niet ligt in het opbouwen van nieuwe structuren, maar in het doelgericht benutten van bestaande kracht, terwijl tegelijkertijd wordt ingegrepen waar risico's zich blijven ophopen.

3.2.5. Regio 5: Mentaal belast profiel met brede gezondheidsdruk

Regio 5 wordt gekenmerkt door een stapeling van mentale, fysieke en sociale gezondheidsdruk, met een duidelijke nadruk op mentale belasting. In tegenstelling tot regio 2 (Noordelijke Randstad), waar mentale druk samengaat met een relatief gunstige fysieke gezondheid, is hier sprake van een profiel waarin mentale klachten, fysieke problemen en sociale kwetsbaarheid gelijktijdig optreden en elkaar versterken. Dit wijst op een andere onderliggende dynamiek, waarin

gezondheidsproblemen niet alleen breder voorkomen, maar ook dieper verankerd zijn in de leefomgeving.

Binnen dit profiel springen vooral indicatoren rond mentale gezondheid eruit. Angst- en depressieklachten komen relatief vaak voor, terwijl mentale veerkracht lager ligt dan gemiddeld. Tegelijk is ook de ervaren gezondheid minder gunstig en komen chronische aandoeningen en gezondheidsbeperkingen vaker voor. De sociale context versterkt dit beeld: eenzaamheid en sociale isolatie liggen hoger dan gemiddeld, terwijl sociale steun en deelname aan vrijwilligerswerk juist lager zijn. Leefstijlkenmerken zoals roken, overgewicht en beperkte sportdeelname dragen verder bij aan deze brede gezondheidsdruk.

Dit profiel is zichtbaar in uiteenlopende typen gebieden, waaronder gemeenten als Tilburg, Arnhem en Terneuzen. Daarmee manifesteert het zich zowel in stedelijke contexten als in industriële en perifere regio's. Binnen deze groep vallen Rozendaal, Veere en Ermelo relatief positief op, terwijl Terneuzen, Vlissingen en Tilburg juist duidelijk hogere gezondheidsdruk laten zien.

De onderliggende omstandigheden verschillen, maar leiden tot vergelijkbare uitkomsten. In stedelijke gemeenten zoals Tilburg en Arnhem spelen factoren als sociaaleconomische verschillen, stedelijke fragmentatie en mentale druk een belangrijke rol. In perifere en industriële regio's, zoals Zeeuws-Vlaanderen, is de dynamiek anders van aard, maar vergelijkbaar in effect. In gemeenten als Terneuzen en Vlissingen zorgt een relatief oudere bevolkingssamenstelling — in combinatie met het vertrek van jongere generaties — voor een versmalling van sociale netwerken en een toenemende druk op voorzieningen. Dit versterkt gevoelens van eenzaamheid en vergroot de kwetsbaarheid, met name onder oudere inwoners.

Kenmerkend voor dit profiel is dat problemen zich niet alleen opstapelen, maar elkaar wederzijds versterken. Mentale klachten hangen samen met eenzaamheid en beperkte sociale steun, wat doorwerkt in leefstijl en fysieke gezondheid. Tegelijk beperken chronische aandoeningen de mogelijkheden om sociaal actief te blijven, waardoor isolatie en mentale belasting verder toenemen. Zo ontstaat een zichzelf versterkend patroon waarin verschillende dimensies van gezondheid elkaar negatief beïnvloeden en bestendigen.

De beleidsopgave ligt in het doorbreken van deze samenhang. Een sectorale benadering — gericht op afzonderlijk leefstijl, zorg of welzijn — is onvoldoende. Effectief beleid vraagt om een integrale aanpak waarin mentale gezondheid, sociale verbinding, vergrijzing en leefstijl in samenhang worden benaderd. Dit betekent investeren in laagdrempelige ondersteuning, het versterken van sociale netwerken — met name voor oudere inwoners — en het beter verbinden van zorg, welzijn en preventie op lokaal niveau.

Juist omdat de problematiek zich in samenhang ontwikkelt, ligt het grootste effect in interventies die meerdere dimensies tegelijk raken. Het versterken van sociale verbondenheid kan bijdragen aan zowel mentale gezondheid als leefstijlverbetering, terwijl gerichte ondersteuning bij gezondheid en participatie het sociaal functioneren kan verbeteren. De kern van de opgave is daarmee niet het verminderen van afzonderlijke risico's, maar het doorbreken van het systeem waarin deze risico's elkaar in stand houden.

3.2.6. Regio 6: Relatief vitaal profiel met beperkte sociale en gezondheidsproblematiek

Regio 6 wordt gekenmerkt door een relatief vitaal en stabiel gezondheidsprofiel, dat vooral voorkomt onder welvarende inwoners in meer landelijke en suburbane woongemeenten. Sociale en mentale problematiek is hier beperkt: eenzaamheid en overmatig alcoholgebruik liggen onder

het gemiddelde, terwijl ervaren gezondheid, sociale steun en participatie juist relatief gunstig zijn. Dit wijst op een stevige sociale basis in combinatie met sociaaleconomische stabiliteit.

Tegelijk blijven fysieke gezondheidsindicatoren achter bij dit positieve beeld. Chronische aandoeningen en gezondheidsbeperkingen komen relatief vaker voor dan op basis van het sociaaleconomische profiel verwacht zou worden. Dit hangt samen met vergrijzing en verschillen in voorzieningen, met name in kleinere kernen. Het profiel wordt daarmee gekenmerkt door een combinatie van sociale stabiliteit en een minder uitgesproken fysieke gezondheid.

Dit patroon komt vooral voor in overgangszones tussen stad en platteland, zoals de oostflank van Utrecht en de oostflank van Zuid-Holland en delen van West-Gelderland. Gemeenten als Vijfheerenlanden, Molenlanden en Gorinchem illustreren dit profiel. Binnen de groep vallen Bunnik, Laren en Renswoude op door een consistent gunstig beeld, terwijl in Tiel, Gorinchem en Sliedrecht eerste signalen zichtbaar zijn van meer gezondheidsbeperkingen en een iets lagere sociale steun. Deze verschillen zijn beperkt, maar wijzen op beginnende differentiatie binnen een ogenschijnlijk stabiel profiel.

De onderliggende dynamiek ligt in de combinatie van economische verbondenheid en lokale sociale structuren. Veel inwoners zijn economisch verbonden met stedelijke arbeidsmarkten zoals Utrecht en Rotterdam, wat zorgt voor inkomenszekerheid en stabiliteit. Tegelijk dragen kleinschalige gemeenschappen, verenigingsleven en informele netwerken bij aan sterke sociale samenhang. De relatief groene en ruim opgezette leefomgeving biedt daarnaast mogelijkheden voor ontspanning en recreatie, wat bijdraagt aan de gunstige mentale en sociale uitkomsten.

De kwetsbaarheid zit vooral in de fysieke dimensie en de lange termijn. Vergrijzing en verschillen in voorzieningen kunnen ertoe leiden dat gezondheidsproblemen zich geleidelijk opstapelen, zonder direct zichtbaar te zijn in het algemene beeld. Juist doordat de sociale basis sterk is, blijven deze ontwikkelingen langer onder de radar.

De beleidsopgave ligt daarom in het behouden van deze sterke uitgangspositie, gecombineerd met gerichte en vroegtijdige preventie. Dit vraagt om het versterken van sociale netwerken, het toegankelijk houden van voorzieningen — met name voor oudere inwoners — en het tijdig signaleren van beginnende gezondheidsproblemen.

De kern is dat gezondheidsbeleid hier niet reactief, maar anticiperend moet zijn. Juist in deze relatief sterke regio's bepaalt vroegtijdig ingrijpen of de huidige stabiliteit behouden blijft of verschuift naar een minder gunstig patroon.

3.2.7. Regio 7: Sociaal stabiel profiel met leefstijlrisico's

Regio 7 wordt gekenmerkt door een sociaal stabiel en overwegend gunstig gezondheidsprofiel, waarin mentale en sociale problematiek relatief beperkt voorkomt. Stress, psychische klachten en eenzaamheid liggen onder het gemiddelde, terwijl sociale steun en participatie juist sterk zijn. Ook roken en ernstige fysieke beperkingen komen minder vaak voor en de sportdeelname ligt iets hoger. Dit wijst op een solide sociale basis en een gunstige uitgangspositie.

Binnen dit positieve beeld valt echter één patroon op: zwaar alcoholgebruik komt relatief vaak voor en de alcoholrichtlijn wordt minder goed nageleefd. Alcoholgebruik is daarmee geen bijkomend risico, maar een structureel onderdeel van het profiel.

Dit patroon concentreert zich in Midden- en Oost-Brabant en Noord-Limburg, met gemeenten zoals Land van Cuijk, Venray en delen van de regio Eindhoven. Mook en Middelaar, Heeze-Leende en Nuenen laten een relatief gunstig totaalbeeld zien, terwijl in Helmond, Valkenswaard en

delen van Eindhoven leefstijlrisico's sterker zichtbaar zijn. In deze meer stedelijke contexten neemt ook de mentale druk licht toe en is sociale samenhang minder vanzelfsprekend, wat wijst op een overgang naar andere profielen.

De verklaring ligt in de combinatie van sociale cohesie en lokale cultuur. Sterke gemeenschapsverbanden, een actief verenigingsleven en informele netwerken bieden sociale steun en versterken mentale stabiliteit. Tegelijk is alcoholgebruik nauw verweven met sociale interactie en lokale gewoonten. Hierdoor ontstaan breed gedeelde gedragspatronen die sociaal worden versterkt en minder snel als risicovol worden gezien.

Deze dynamiek wordt versterkt door de demografische en economische context. De bevolking is relatief jong en de regionale economie stabiel, met veel middelbaar opgeleide werkenden en een sterke lokale verankering. Dit beperkt zware problematiek, maar gaat samen met leefstijlpatronen waarin sociale normen leidend zijn. Gezondheid krijgt daardoor minder urgentie als individueel vraagstuk, terwijl gedrag juist wordt gestuurd door collectieve gewoonten.

Beschermende factoren werken hier selectief. Ze versterken de sociale en mentale basis, maar bieden geen automatische bescherming tegen leefstijlrisico's. Gezondheid ontwikkelt zich langs dimensies die niet vanzelf dezelfde richting volgen.

De beleidsopgave ligt in het gericht bijsturen van deze genormaliseerde patronen. Juist de bestaande sociale infrastructuur — verenigingen, gemeenschappen en lokale netwerken — biedt hiervoor concrete aanknopingspunten. Effectieve interventies sluiten aan bij de sociale context en richten zich op gedragsverandering binnen bestaande verbanden, in plaats van uitsluitend op individuele voorlichting.

De kern is dat niet het ontbreken van gezondheid het probleem vormt, maar het bestaan van breed gedragen gedragspatronen die op termijn risico's met zich meebrengen. Juist in deze relatief sterke regio's ligt de uitdaging in het tijdig bijsturen van deze patronen, voordat zij zich vertalen in meer structurele gezondheidsproblemen.

3.2.8. Regio 8: Stedelijk kwetsbaar profiel

Regio 8 vormt het meest uitgesproken voorbeeld van stedelijke gezondheidsdruk, waarin mentale belasting, sociale kwetsbaarheid en leefstijlproblemen zich ruimtelijk concentreren. Stress, angst- en depressieklachten en psychische belasting liggen duidelijk boven het gemiddelde, terwijl mentale veerkracht juist lager is. Tegelijk is de sociale basis zwakker: sociale steun en vrijwilligerswerk zijn beperkter en eenzaamheid komt vaker voor. Ook fysieke en leefstijlindicatoren zijn minder gunstig, met hogere niveaus van overgewicht en een lagere sportdeelname. Dit profiel laat daarmee een duidelijke samenhang zien van mentale druk, sociale kwetsbaarheid en leefstijlgerelateerde gezondheidsrisico's.

In tegenstelling tot regio 5, waar deze problematiek meer verspreid voorkomt, concentreert zij zich hier sterk binnen stedelijke gebieden en vaak zelfs binnen specifieke wijken. Het profiel is daarmee niet alleen meervoudig, maar ook ruimtelijk scherp afgebakend.

Dit patroon komt vooral voor in de zuidelijke Randstad, met gemeenten als Rotterdam, Schiedam en Vlaardingen als duidelijke kern. Ook Nissewaard en delen van Barendrecht vallen binnen dit profiel, terwijl meer perifere gemeenten zoals Albrandswaard en Hoeksche Waard een relatief gunstiger beeld laten zien. Binnen de stedelijke kernen zijn de verschillen bovendien groot: wijken met hoge gezondheidsdruk liggen vaak direct naast wijken met een gunstiger profiel. Deze directe nabijheid onderstreept de intensiteit en ruimtelijke concentratie van de problematiek.

De onderliggende dynamiek wordt gevormd door een samenloop van sociaaleconomische ongelijkheid, stedelijke dichtheid en leefomgevingskwaliteit. In deze gebieden komen lagere inkomens, onzeker werk en beperkte bestaanszekerheid relatief vaak samen. Tegelijk leidt hoge dichtheid tot ruimtedruk, minder privacy en een intensiever gebruik van de leefomgeving. Factoren zoals geluid, luchtkwaliteit, beperkte toegang tot groen en een lagere woonkwaliteit verhogen de dagelijkse belasting en beperken het herstelvermogen.

Daarnaast speelt sociale fragmentatie een belangrijke rol. In veel van deze wijken zijn netwerken minder stabiel en is sociale samenhang minder vanzelfsprekend, onder meer door hoge mobiliteit en een grotere diversiteit aan huishoudens en leefstijlen. Hierdoor is er minder sociale buffering van stress en minder informele ondersteuning. Sociaaleconomische druk, leefomgevingsfactoren en sociale kwetsbaarheid versterken elkaar, waardoor een stedelijk systeem ontstaat waarin gezondheidsproblemen zich niet alleen opstapelen, maar zich ook ruimtelijk concentreren en verdiepen.

De beleidsopgave is hier nadrukkelijk gebiedsgericht en integraal, met een sterke focus op de leefomgeving en de dagelijkse context waarin gezondheid ontstaat. Effectief beleid richt zich niet alleen op individuele gedragsverandering, maar op het verbeteren van de omstandigheden waarin mensen leven. Dit betekent investeren in de kwaliteit van de woon- en leefomgeving, het vergroten van toegang tot groen en ruimte, het versterken van sociale netwerken en het verminderen van sociaaleconomische druk, in samenhang met gerichte gezondheidsinterventies.

De kern is dat gezondheidsverschillen in dit profiel niet verspreid zijn, maar zich concentreren in specifieke stedelijke gebieden. Juist daarom ligt de sleutel niet in generiek beleid, maar in intensieve, wijkgerichte aanpakken die meerdere dimensies tegelijk adresseren. Alleen door het verbeteren van de stedelijke context zelf kan de stapeling van gezondheidsproblemen duurzaam worden doorbroken.

3.2.9. Regio 9: Profiel met extreme gezondheidsachterstanden

Regio 9 vormt het meest uitgesproken en geconcentreerde kwetsbaarheidsprofiel binnen de analyse. Chronische aandoeningen, gezondheidsbeperkingen en een zeer lage ervaren gezondheid komen hier in uitzonderlijke mate samen. Daarnaast zijn ook eenzaamheid en een gebrek aan sociale steun duidelijk verhoogd. Gezondheid manifesteert zich hier niet als een optelsom van afzonderlijke problemen, maar als een samenhangend systeem van cumulatieve achterstanden, waarin fysieke beperkingen direct doorwerken in dagelijks functioneren, participatie en kwaliteit van leven.

In vergelijking met regio 3, waar kwetsbaarheid breed regionaal voorkomt, is dit profiel sterker geconcentreerd en intensiever van aard. Het gaat hier niet om een algemeen lager niveau van gezondheid, maar om een extreme stapeling van problemen binnen een beperkt aantal gemeenten.

Opvallend is de scherpe ruimtelijke afbakening. Het profiel beperkt zich tot vier gemeenten in Zuid-Limburg: Heerlen, Kerkrade, Brunssum en Landgraaf. Daarmee is sprake van een uitzonderlijk homogeen regionaal patroon, waarin gezondheidsachterstanden zich niet verspreid voordoen, maar sterk geografisch geconcentreerd zijn. Binnen deze groep nemen Landgraaf en Brunssum een iets gunstigere positie in, terwijl in Heerlen en Kerkrade een zeer zware combinatie zichtbaar is van chronische aandoeningen, lage ervaren gezondheid, eenzaamheid, overgewicht en beperkte sociale steun.

Deze concentratie wijst op diep verankerde structurele factoren. De regio wordt gekenmerkt door de langdurige doorwerking van economische transitie, met name de mijnsluitingen, die hebben geleid tot een blijvend zwakkere arbeidsmarkt en een versmalling van de sociaaleconomische

basis. In combinatie met vergrijzing, lagere inkomens en beperkte instroom van jongere generaties ontstaat een context waarin bestaanszekerheid structureel onder druk staat. Deze omstandigheden werken direct door in gezondheid: beperkte inkomenszekerheid, minder stabiele leefomstandigheden en lagere participatiekansen vergroten zowel fysieke als mentale kwetsbaarheid.

Kenmerkend is dat deze problematiek zichzelf in stand houdt. Gezondheidsproblemen beperken de mogelijkheden om te werken en sociaal actief te blijven, waardoor de sociaaleconomische positie verder verzwakt. Tegelijk beperken lagere inkomens en minder perspectief de mogelijkheden om in gezondheid te investeren. Zo ontstaat een gesloten systeem waarin achterstanden zich wederzijds versterken en zich over generaties kunnen bestendigen.

De beleidsopgave reikt hier verder dan klassieke preventie. Dit profiel vraagt om herstelgericht en structureel beleid, gericht op het doorbreken van deze cumulatieve dynamiek. Toegankelijke zorg, ondersteuning bij chronische aandoeningen, versterking van bestaanszekerheid, participatie en verbetering van de leefomgeving moeten in samenhang worden georganiseerd.

Juist omdat de problematiek zowel diepgeworteld als ruimtelijk geconcentreerd is, ligt de sleutel in langdurige inzet en intensieve regionale samenwerking. Kortcyclische of gefragmenteerde interventies zijn hier onvoldoende. Alleen een consistente, integrale en gebiedsgerichte aanpak kan deze structurele achterstanden duurzaam doorbreken.

3.2.10. Regio 10: Fysiek kwetsbaar regionaal profiel

Regio 10 wordt gekenmerkt door een overwegend fysiek kwetsbaar gezondheidsprofiel, waarin chronische aandoeningen, gezondheidsbeperkingen en een lagere ervaren gezondheid duidelijk vaker voorkomen dan gemiddeld. Ook overgewicht ligt hoger en sportdeelname blijft achter. De sociale dimensie is minder uitgesproken: eenzaamheid ligt iets hoger en sociale steun iets lager, terwijl mentale problematiek minder dominant aanwezig is dan in stedelijke kwetsbare profielen.

In vergelijking met regio 9 is hier geen sprake van extreme concentratie, maar van een breder regionaal patroon waarin fysieke gezondheidsproblemen relatief consistent voorkomen. Tegelijk onderscheidt dit profiel zich van regio 3, waar kwetsbaarheid sterker sociaal-economisch is verankerd. In regio 10 ligt het zwaartepunt bij fysieke gezondheid en functioneren. Het profiel kan daarmee worden getypeerd als een vorm van gematigde maar structurele kwetsbaarheid: minder intens dan in de zwaarste profielen, maar wel duurzaam aanwezig.

Geografisch concentreert dit profiel zich in Limburg, met gemeenten zoals Venlo, Leudal en Echt-Susteren als kenmerkende voorbeelden. Binnen het profiel zijn ook hier verschillen zichtbaar: Eijsden-Margraten en Nederweert laten een relatief gunstiger beeld zien, terwijl in Vaals, Maastricht en Sittard-Geleen fysieke gezondheidsproblemen sterker naar voren komen. Deze variatie laat zien dat, ondanks het regionale karakter, lokale en stedelijke factoren het profiel mede beïnvloeden.

De onderliggende dynamiek wordt in belangrijke mate bepaald door demografische en structurele kenmerken. Een relatief oudere bevolkingssamenstelling zorgt voor een hogere prevalentie van chronische aandoeningen en beperkingen. Tegelijk spelen verschillen in bereikbaarheid van voorzieningen, spreiding van zorg en de inrichting van de leefomgeving een rol in het dagelijks functioneren van inwoners. In meer verspreid bebouwde gebieden kunnen grotere afstanden en beperkte toegankelijkheid van voorzieningen het moeilijker maken om gezond gedrag vol te houden of tijdig zorg te ontvangen.

Hierdoor ontstaat een patroon waarin fysieke gezondheidsproblemen zich geleidelijk ontwikkelen en langdurig aanwezig blijven. In tegenstelling tot meer acute of geconcentreerde profielen

ontbreekt hier een duidelijke piek, maar is sprake van een stabiele, aanhoudende druk op gezondheid en functioneren.

Kenmerkend is dat deze problematiek minder zichtbaar en minder urgent oogt, maar juist daardoor hardnekkig kan zijn. De combinatie van een relatief stabiel sociaal beeld en aanhoudende fysieke gezondheidsproblemen maakt dat risico's minder snel worden herkend en aangepakt.

De beleidsopgave ligt in het gericht versterken van fysieke gezondheid en functioneren, met nadruk op vroegsignalering en preventie. Dit vraagt om inzet op het voorkomen en beperken van chronische aandoeningen, het ondersteunen van inwoners met gezondheidsbeperkingen en het verbeteren van de toegankelijkheid van voorzieningen, met name voor oudere inwoners.

Juist doordat de problematiek minder geconcentreerd en minder acuut is dan in andere profielen, ligt hier veel potentieel voor effectieve interventie. De kern is dat tijdige en consistente inzet kan voorkomen dat deze gematigde kwetsbaarheid zich ontwikkelt tot meer uitgesproken en moeilijker te doorbreken gezondheidsachterstanden.

3.3. Ruimtelijke patronen en beleidsimplicaties

De analyse van de tien regioprofielen laat zien dat gezondheidsverschillen in Nederland niet primair variëren in niveau, maar in structuur. Verschillen manifesteren zich in ruimtelijke configuraties met een eigen schaal en dynamiek, die bepalen hoe zij ontstaan, zich ontwikkelen en bestendigen. Daarmee verschuift de focus van waar verschillen zichtbaar zijn naar de manier waarop zij ruimtelijk zijn georganiseerd.

Een eerste onderscheid betreft de mate van interne differentiatie. In verstedelijkte regio's domineren scherpe contrasten tussen wijken: gebieden met gunstige sociaaleconomische omstandigheden en relatief sterke gezondheidsuitkomsten liggen hier op korte afstand van wijken waar achterstanden zich concentreren. Gezondheidsverschillen krijgen in deze context vooral vorm als ongelijkheid binnen gemeenten. Dit patroon beperkt zich niet tot de grote steden, maar komt ook voor in middelgrote steden en stedelijke randgemeenten, waar mentale druk en leefstijlriscico's zich lokaal concentreren binnen een verder gematigd of zelfs gunstig regionaal profiel. Zelfs in sterke regio's kunnen stedelijke kernen zo fungeren als lokale drukpunten.

Daartegenover staan regio's met een meer homogene structuur, waarin vergelijkbare — vaak minder gunstige — omstandigheden zich breed uitstrekken. Hier manifesteren gezondheidsachterstanden zich niet als scherpe contrasten, maar als een regionaal patroon dat diep verankerd is in sociaaleconomische en demografische ontwikkelingen. De problematiek is minder zichtbaar, maar daardoor niet minder persistent.

Deze verschillen maken duidelijk dat vergelijkbare uitkomsten uit uiteenlopende structuren voortkomen. Een gemiddeld gezondheidsniveau kan het resultaat zijn van interne contrasten tussen sterke en zwakke wijken, maar ook van een homogeen patroon van middelmatige of structureel kwetsbare omstandigheden. Met name in ogenschijnlijk stabiele regio's kan onderliggende kwetsbaarheid zich geleidelijk opbouwen zonder direct zichtbaar te zijn in gemiddelden. Bovendien organiseren verschillende dimensies van gezondheid zich niet altijd op dezelfde manier: fysieke en mentale kwetsbaarheid vallen niet vanzelf samen. Gebieden met gunstige fysieke indicatoren kunnen tegelijkertijd hogere mentale druk kennen, terwijl elders fysieke en sociale achterstanden juist samenvallen. Dit onderstreept dat gezondheid niet eendimensionaal is en dat vergelijkbare gemiddelden uiteenlopende realiteiten kunnen verhullen.

Tegelijk zijn regioprofielen niet deterministisch. Binnen vrijwel elk profiel bestaan afwijkingen die wijzen op het belang van lokale condities, zoals sociale cohesie, leefomgeving en sociaaleconomische structuur. Gemeenten als Rozendaal, Bloemendaal, Tubbergen, Voorst en Oegstgeest laten zien dat beschermende factoren elkaar kunnen versterken en leiden tot relatief gunstige uitkomsten, zelfs binnen minder gunstige regionale contexten. Waar risico's zich kunnen opstapelen, kunnen dergelijke condities juist robuuste patronen van gezondheid en welzijn ondersteunen. Omdat deze factoren deels lokaal beïnvloedbaar zijn, bieden zij concrete aanknopingspunten voor beleid dat niet alleen gericht is op het verminderen van achterstanden, maar ook op het versterken van wat werkt.

Kwetsbaarheid manifesteert zich daarmee in verschillende ruimtelijke vormen: als stedelijke clustering, als brede regionale concentratie of als meer diffuse perifere patronen. Deze variatie hangt samen met uiteenlopende mechanismen — van sociaaleconomische structuur en arbeidsmarkt tot demografie en leefomgeving — en leidt tot verschillende typen gezondheidsrisico's. Kwetsbaarheid is daarmee geen uniform verschijnsel, maar contextafhankelijk en ruimtelijk georganiseerd.

Voor beleid betekent dit dat een uniforme benadering tekortschiet. In regio's met sterke interne contrasten ligt de opgave primair op wijkniveau, gericht op het verkleinen van ongelijkheid in de directe leefomgeving. In homogene en structureel kwetsbare regio's vraagt de problematiek juist om een regionale, langdurige aanpak gericht op de sociaaleconomische en ruimtelijke basis. Regio's met een ogenschijnlijk stabiel profiel vereisen vroegtijdige en selectieve preventie, met oog voor lokale drukpunten en latente risico's.

Gezondheidsverschillen blijken daarmee niet alleen een vraagstuk van waar problemen zich voordoen, maar vooral van hoe zij zich ruimtelijk organiseren. Effectief beleid vraagt om een benadering die aansluit bij de onderliggende structuur, schaal en dynamiek van verschillen. De aard van het dominante mechanisme bepaalt daarbij het passende schaalniveau van interventie — en daarmee waar beleid het meest effectief kan ingrijpen.

4. De ruimtelijke logica van gezondheidsverschillen in Nederland

4.1. Gezondheid als gelaagd ruimtelijk systeem

De voorgaande analyse laat zien dat gezondheidsverschillen niet alleen variëren in niveau, maar vooral in structuur en onderliggende dynamiek. Gezondheid en welzijn moeten daarom worden begrepen als het resultaat van een ruimtelijk systeem dat zich in de tijd ontwikkelt, en niet als een momentopname.

De woonomgeving speelt hierin een centrale rol. Sommige regio's kenmerken zich door gunstige sociaaleconomische omstandigheden, sterke netwerken en hoge veerkracht, terwijl elders mentale druk, sociale kwetsbaarheid of fysieke achterstanden domineren. Deze verschillen doen zich niet alleen tussen regio's voor, maar ook binnen regio's en gemeenten.

De systemische aard van gezondheid wordt ook zichtbaar in empirisch onderzoek waarin ruimtelijke context expliciet wordt meegenomen. Zo blijkt dat bewoners in de nabijheid van industriegebieden, zoals in delen van Zuid-Limburg en het in Rijnmondgebied, structureel slechter scoren op ervaren gezondheid dan vergelijkbare groepen elders (Nivel, 2023). Dit wijst erop dat gezondheid niet los kan worden gezien van de fysieke en sociale omgeving, maar voortkomt uit een samenspel van contextuele factoren die zich ruimtelijk clusteren en versterken.

Deze dynamiek wordt zichtbaar wanneer gezondheid wordt benaderd als een gelaagd systeem. De AMIGO-methodiek onderscheidt drie niveaus: uitkomsten (zoals ervaren gezondheid), compositie (de mix van wijkprofielen) en structuur (de ruimtelijke ordening daarvan). Gezondheidsverschillen ontstaan in de wisselwerking tussen deze niveaus: ruimtelijke structuren sturen de verdeling van groepen en hulpbronnen en werken via de compositie door in concrete uitkomsten, die zich in de tijd kunnen bestendigen en versterken.

Dit impliceert dat vergelijkbare uitkomsten verschillende structuren kunnen hebben. Een gemiddeld gezondheidsniveau kan voortkomen uit een balans tussen sterke en zwakke wijken, of uit een homogeen patroon van middelmatige omstandigheden. In het eerste geval is sprake van interne ongelijkheid, in het tweede van bredere, minder zichtbare kwetsbaarheid. Dit onderscheid is essentieel voor het begrijpen van de aard en hardnekkigheid van verschillen.

4.2. Ruimtelijke patronen en onderliggende mechanismen

De analyse laat zien dat regio's worden gevormd door uiteenlopende, gebiedsspecifieke processen. In verstedelijkte gebieden domineren interne differentiatie en sociaal-ruimtelijke ongelijkheid, wat leidt tot scherpe contrasten tussen wijken. Mentale druk speelt hierin een centrale rol en hangt nauw samen met sociaal-ruimtelijke fragmentatie en sociaaleconomische verschillen. Deze dynamiek concentreert zich op wijkniveau, waar gezondheidsverschillen ontstaan en zich het sterkst manifesteren.

In perifere en voormalige industriële regio's is het patroon anders. Hier is minder interne variatie, maar juist een brede aanwezigheid van vergelijkbare omstandigheden. Gezondheidsproblemen zijn minder gefragmenteerd en sterker verankerd in de regionale structuur, waarin factoren zoals vergrijzing, economische transitie en beperkte voorzieningen elkaar versterken.

Daarnaast zijn er regio's met ogenschijnlijk gemiddelde of gunstige uitkomsten, maar met een onderliggende structuur die wijst op latente kwetsbaarheid. Dit type komt vaak voor in suburbane en overgangsgebieden, waar stabiliteit en kwetsbaarheid naast elkaar bestaan. Verschillen kunnen zich hier geleidelijk opbouwen of zich verdiepen binnen specifieke groepen, zonder direct zichtbaar te zijn in gemiddelden.

De aard van deze processen bepaalt daarmee waar en hoe effectief kan worden ingegrepen.

4.3. Vier hoofdtypen regio's

Wanneer de tien regioprofielen in samenhang worden beschouwd, ontstaat een overkoepelend beeld van vier hoofdtypen regio's. Deze hoofdtypen brengen ordening aan in de variatie tussen regio's en maken zichtbaar dat gezondheidsverschillen niet willekeurig zijn, maar volgen uit onderliggende ruimtelijke en sociale structuren. Door deze clustering wordt niet alleen duidelijk waar verschillen optreden, maar vooral welke mechanismen daarachter liggen en op welk schaalniveau zij zich manifesteren.

Figuur 4 visualiseert deze vier hoofdtypen en laat zien hoe zij zich ruimtelijk over Nederland verdelen. De figuur fungeert daarmee als samenvattend raamwerk van de analyse: zij verbindt de afzonderlijke regioprofielen tot herkenbare patronen en maakt inzichtelijk hoe verschillende vormen van gezondheid en welzijn zich ruimtelijk organiseren.

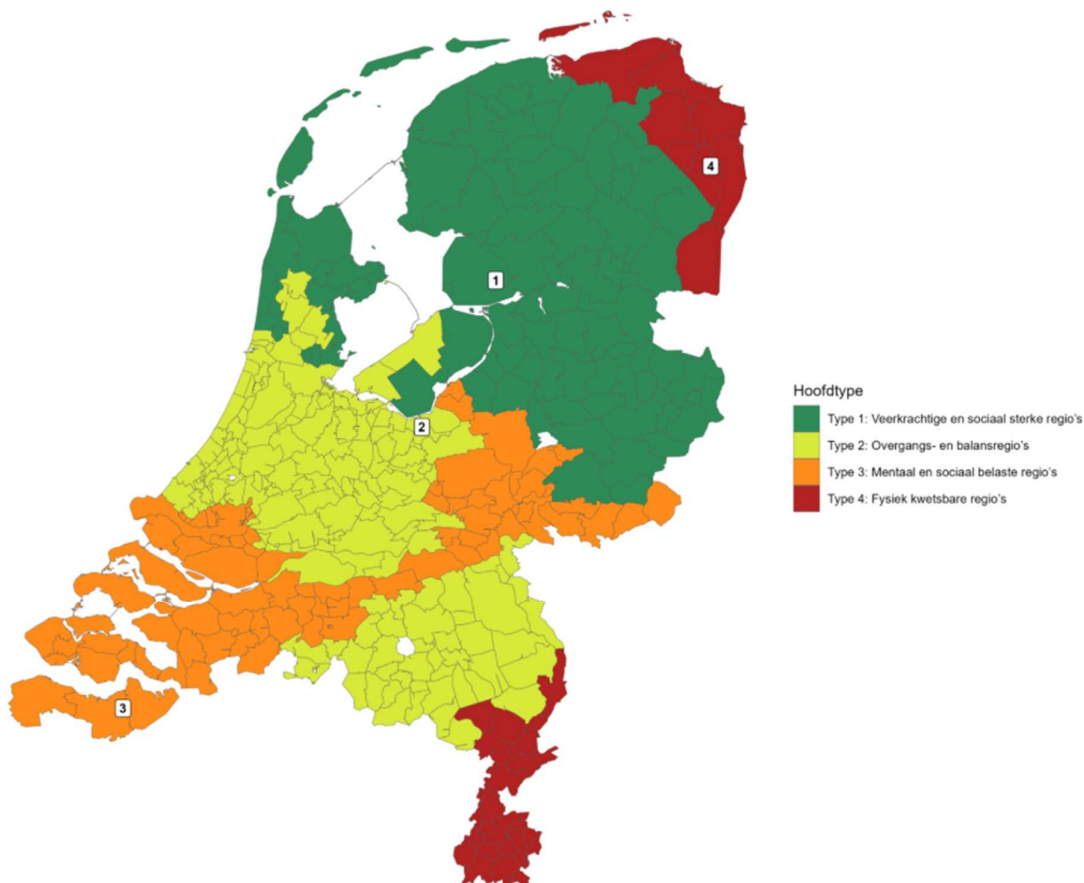
De ruimtelijke logica achter deze hoofdtypen ligt in het samenspel van verstedelijking, sociaaleconomische ontwikkeling en demografische structuur. Deze factoren bepalen hoe risico's, kansen en sociale samenhang zich verdelen en hoe gezondheid zich in verschillende contexten ontwikkelt. Gezondheid moet daarmee niet alleen worden gezien als een individuele of sociale uitkomst, maar als een ruimtelijk georganiseerd fenomeen dat voortkomt uit de structuur van de leefomgeving.

4.3.1. Type 1: Veerkrachtige en sociaal sterke regio's

Dit type omvat regio's waarin gezondheid en welzijn structureel gunstig zijn en waarin sociale samenhang een duidelijke beschermende rol speelt (met name regio 1 en 4). Deze regio's komen relatief vaak voor in delen van Noord- en Oost-Nederland en in middelgrote gemeenten met een stabiele sociaal-ruimtelijke structuur. Kenmerkend zijn een goede ervaren gezondheid, relatief weinig chronische aandoeningen en een hoge mentale veerkracht, gecombineerd met sterke sociale netwerken en een actief verenigingsleven.

Wat deze regio's onderscheidt, is dat gunstige gezondheidsuitkomsten stevig zijn ingebed in de sociale en ruimtelijke context. Verschillen tussen wijken zijn relatief beperkt en worden opgevangen door sterke lokale verbanden. Gezondheid is hier daardoor minder kwetsbaar voor schommelingen. De beleidsopgave ligt primair in behoud: het versterken van bestaande structuren, met aandacht voor preventie, vitaal ouder worden en het ondersteunen van sociale netwerken.

Figuur 4 Regionale hoofdtypen Gezondheid en Welzijn (in 4 typen)



4.3.2. Type 2: Overgangs- en balansregio's

In dit type (regio 2, 6 en 7) is geen sprake van uitgesproken gezondheidsachterstanden, maar van een fragiel evenwicht. Deze regio's bevinden zich vaak in suburbane zones en overgangsgebieden waar stedelijke en landelijke kenmerken samenkomen. De gezondheidsuitkomsten zijn gemiddeld tot licht positief, maar de onderliggende structuur is minder stabiel en meer gemengd.

Juist dit evenwicht maakt deze regio's gevoelig voor verschuivingen. Achter gemiddelde uitkomsten gaan vaak lokale verschillen schuil, waarbij mentale druk, leefstijlrisico's of sociale draagkracht onder spanning staan zonder direct zichtbaar te worden in extreme cijfers. Gezondheidsproblemen zijn hier nog niet geconcentreerd, maar wel latent aanwezig. De beleidsopgave ligt daarom in anticiperend handelen: het tijdig signaleren van risico's en het versterken van veerkracht voordat problemen zich verdiepen en concentreren.

4.3.3. Type 3: Mentaal en sociaal belaste regio's

Dit type (regio 5 en 8) wordt gekenmerkt door een duidelijke dominantie van mentale druk en sociale kwetsbaarheid. Het betreft vooral stedelijke gebieden en sommige voormalige industriële regio's, waar stress, angst- en depressieklachten en eenzaamheid relatief vaak voorkomen. Tegelijk is de sociale steunstructuur minder sterk en is de mentale veerkracht lager dan gemiddeld.

De kern van de problematiek ligt hier niet primair in fysieke gezondheid, maar in de dagelijkse mentale belasting en sociale fragmentatie. Verschillen tussen wijken zijn vaak groot en versterken elkaar: gebieden met hogere druk en kwetsbaarheid concentreren zich naast meer gunstige wijken. Dit vergroot ongelijkheid en kan sociale samenhang onder druk zetten. De beleidsopgave vraagt om een samenhangende aanpak gericht op mentale gezondheid, het verminderen van eenzaamheid en het versterken van sociale cohesie, met nadruk op de directe leefomgeving.

4.3.4. Type 4: Fysiek kwetsbare regio's met structurele achterstanden

De meest kwetsbare groep (regio 3, 9 en 10) wordt gekenmerkt door een duidelijke dominantie van fysieke gezondheidsproblemen. Chronische aandoeningen, gezondheidsbeperkingen en een lage ervaren gezondheid komen hier relatief vaak voor en versterken elkaar. Deze regio's liggen voornamelijk in perifere en voormalige industriële gebieden, met concentraties in delen van Noord-Nederland en Zuid-Limburg.

Wat dit type onderscheidt, is dat gezondheidsproblemen hier structureel en regionaal verankerd zijn. In tegenstelling tot stedelijke profielen zijn verschillen tussen wijken relatief beperkt, maar is het algemene niveau van gezondheid ongunstig. Gezondheid weerspiegelt hier bredere sociaaleconomische en demografische ontwikkelingen, zoals vergrijzing en een minder sterke arbeidsmarktpositie. De beleidsopgave is daarom langdurig en integraal, gericht op het versterken van de regionale basis en het doorbreken van structurele achterstanden.

5. Van ruimtelijk inzicht naar gerichte samenwerking

Gezondheidsverschillen in Nederland worden niet zozeer bepaald door hun omvang, maar door de manier waarop zij ruimtelijk zijn georganiseerd. Achter vergelijkbare uitkomsten gaan verschillende structuren en mechanismen schuil. Dat vraagt niet om generiek beleid, maar om een benadering die aansluit bij de specifieke dynamiek van gebieden. Gezondheid is daarbij geen op zichzelf staande uitkomst, maar het resultaat van samenwerkende sociale, economische en fysieke condities in de leefomgeving.

Dit perspectief maakt niet alleen verschillen zichtbaar, maar ook het gezondheidspotentieel van gebieden: de ruimte die bestaande structuren bieden voor verbetering. Door gezondheid te benaderen vanuit zowel wijk- als regioperspectief wordt duidelijk dat deze patronen gelaagd zijn en dat gemeenten met vergelijkbare profielen vaak voor vergelijkbare opgaven staan. Dat biedt een concrete basis voor gerichte samenwerking, juist op de schaalniveaus waar interventies het meeste effect hebben.

Een belangrijke implicatie is dat gezondheidsbeleid onlosmakelijk verbonden is met bestaanszekerheid. Verschillen in inkomen, werk, wonen en toegang tot voorzieningen werken direct door in gezondheid en bepalen in sterke mate de ruimte die inwoners hebben om gezond te leven. Investeren in bestaanszekerheid is daarmee geen randvoorwaarde, maar een essentieel onderdeel van effectief gezondheidsbeleid.

AMIGO ondersteunt deze benadering door gemeenten met vergelijkbare profielen met elkaar te verbinden, los van geografische grenzen. Door inzicht te geven in gedeelde structuren en verschillen in uitkomsten, maakt het instrument het mogelijk om systematisch te leren van wat werkt — en wat niet — binnen vergelijkbare contexten.

Daar ligt ook het handelingsperspectief. Gemeenten functioneren als elkaars spiegel: juist de verschillen binnen vergelijkbare structuren maken zichtbaar welke factoren bijdragen aan betere of slechtere uitkomsten. Door deze variatie actief te benutten, verschuift de focus van benchmarking naar leren, en van signaleren naar begrijpen.

Effectief beleid vraagt daarom om gerichte keuzes. Niet door overal hetzelfde te doen, maar door in te grijpen in de structuren waarin gezondheidsverschillen ontstaan en zich bestendigen. Samenwerking is daarbij geen doel op zich, maar een middel om kennis te verdiepen, interventies te richten en gezamenlijk tot betere oplossingen te komen.

De opgave is daarmee helder: kijk niet naar het gemiddelde, maar naar het verschil binnen vergelijkbare structuren — en handel daarnaar. Juist daar ligt de sleutel tot gerichte interventies en duurzame gezondheidswinst.

Mark (M.H.) Gremmen is onderzoeker en data scientist bij de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG).

Contact : mark.gremmen@vng.nl of via waartstaatjegemeente@vng.nl

Ontdek relevante vergelijkbare gemeenten en verbeter gericht je beleid met AMIGO!

<https://amigo.waarstaatjegemeente.nl>

6. Literatuur

Diez Roux, A. V., & Mair, C. (2010). Neighborhoods and health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186, 125–145. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.05333.x>

GGD GHOR Nederland.
(2024). Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2024. <https://www.ggdghor.nl/thema/gezondheidsmonitor-volwassenen-en-ouderen/>

Gremmen, M. H. (2024). Methodische aanpak voor gemeentelijke segmentatie (AMIGO). Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), [Waarstaatjegemeente.nl](https://www.waarstaatjegemeente.nl). <https://www.waarstaatjegemeente.nl> via [GitLab](#).

Kaufman, L., & Rousseeuw, P. J. (1990). *Finding groups in data: An introduction to cluster analysis*. Wiley.

McInnes, L., Healy, J., & Melville, J. (2018). UMAP: Uniform manifold approximation and projection for dimension reduction. arXiv preprint. <https://arxiv.org/abs/1802.03426>

Pickett, K. E., & Pearl, M. (2001). Multilevel analyses of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: A critical review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 55(2), 111–122. <https://doi.org/10.1136/jech.55.2.111>

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).
(2023). Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV). <https://www.vtv2020.nl>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).
(2024). Landelijke nota gezondheidsbeleid 2025–2028. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2024/12/20/landelijke-nota-gezondheidsbeleid-2025-2028>

Nivel. (2023). *Gezondheid in industriegebieden: verschillen in ervaren gezondheid en verklarende factoren*. Utrecht: Nivel. <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/13100.pdf>

Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG).
(2023). *Samenwerken aan de gezonde leefomgeving: Position paper*. <https://vng.nl/sites/default/files/2022-03/Position-paper-Samenwerken-aan-de-gezonde-leefomgeving.pdf>

WRR (2018). *Van verschil naar potentieel. Sociaaleconomische gezondheidsverschillen*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. <https://www.wrr.nl/documenten/2018/08/27/van-verschil-naar-potentieel.-een-realistisch-perspectief-op-de-sociaaleconomische-gezondheidsverschillen>

7. Bijlagen

7.1. Bijlage A: De profielen in het kort

Overzicht van regionale gezondheidsprofielen

| regio | profieltype | kernkenmerken | beleidsrichting |
|-------|---|--|--|
| 1 | veerkrachtig en relatief gezond profiel | hoge mentale veerkracht, goede ervaren gezondheid, relatief veel bewegen en weinig psychische klachten; sociale problematiek beperkt | behoud van beschermende factoren; preventie, bewegen, vitaal ouder worden en versterken van lokale netwerken |
| 2 | verstedelijkt profiel met mentale druk | relatief gunstige fysieke gezondheid en leefstijl, maar hogere stress, angst- en depressieklachten en meer eenzaamheid | versterken van mentale gezondheid, sociale cohesie en informele steun; preventie van stress en eenzaamheid in stedelijke context |
| 3 | breed fysiek en sociaal kwetsbaar profiel | veel chronische aandoeningen en gezondheidsbeperkingen, lage ervaren gezondheid, weinig bewegen en verhoogde sociale eenzaamheid | integrale aanpak gericht op chronische gezondheid, leefstijl, participatie en verkleining van structurele gezondheidsachterstanden |
| 4 | sociaal sterk en relatief gezond profiel | sterke sociale cohesie, veel vrijwilligerswerk en sociale steun, weinig eenzaamheid en relatief goede mentale gezondheid; alcoholgebruik relatief hoog | benutten en versterken van sociale kracht; gerichte leefstijlpreventie, met name rond alcoholgebruik |
| 5 | mentaal belast profiel met brede gezondheidsdruk | verhoogde angst- en depressieklachten, lagere veerkracht, meer chronische aandoeningen en eenzaamheid | integrale preventie gericht op mentale gezondheid, leefstijl en versterking van sociale steunstructuren |
| 6 | relatief vitaal overgangsprofiel | relatief gunstige ervaren gezondheid, sterke sociale steun en weinig eenzaamheid; fysieke indicatoren gemiddeld | behoud van sociale stabiliteit; preventie gericht op gezond ouder worden en tijdige signalering van gezondheidsproblemen |
| 7 | sociaal stabiel profiel met alcoholgerelateerde leefstijlrisico's | sterke sociale netwerken, weinig stress en eenzaamheid, maar relatief hoog alcoholgebruik | gerichte leefstijlpreventie, vooral rond alcoholgebruik en gezonde leefstijl |
| 8 | stedelijk kwetsbaar profiel | hoge mentale druk, stress en eenzaamheid, lage veerkracht, meer overgewicht en beperkte sportdeelname | integrale stedelijke aanpak gericht op mentale gezondheid, leefomgeving, sociale steun en toegankelijkheid van ondersteuning |
| 9 | profiel met extreme gezondheidsachterstanden | zeer lage ervaren gezondheid, veel chronische aandoeningen en | langdurige integrale inzet op zorg, participatie, bestaanszekerheid en |

| | | | |
|----|------------------------------------|--|--|
| | | beperkingen, sterke sociale kwetsbaarheid | verbetering van dagelijks functioneren |
| 10 | fysiek kwetsbaar regionaal profiel | relatief lage ervaren gezondheid, veel chronische aandoeningen en overgewicht; sociale problematiek aanwezig maar minder extreem | focus op fysieke gezondheid, vroegsignalering, leefstijlverbetering en toegankelijke ondersteuning |

Overzicht van gemeenten per profiel

| profiel | kernbeschrijving | voorbeelden van gemeenten | relatief gunstig binnen profiel | relatief kwetsbaar binnen profiel |
|---------|--|--|---|-----------------------------------|
| 1 | veerkrachtig en relatief gezond profiel met hoge mentale veerkracht en goede ervaren gezondheid | De Fryske Marren, Waadhoeke, Steenwijkerland | Urk, Castricum, Heiloo | Den Helder, Groningen, Enkhuisen |
| 2 | verstedelijkt profiel met relatief gunstige fysieke gezondheid maar hogere mentale druk | Amsterdam, Almere, Den Haag | Bloemendaal, Oegstgeest, Heemstede | Amsterdam, Den Haag, Beverwijk |
| 3 | breed fysiek en sociaal kwetsbaar profiel met veel chronische aandoeningen en lage ervaren gezondheid | Emmen, Midden-Groningen, Eemsdelta | Schiermonnikoog, Het Hogeland | Pekela, Eemsdelta, Oldambt |
| 4 | sociaal sterk profiel met veel sociale steun en lage eenzaamheid, maar enkele leefstijlrisico's (o.a. alcohol) | Hardenberg, Zwolle, Deventer | Voorst, Staphorst, Tubbergen | Almelo, Enschede, Deventer |
| 5 | mentaal belast profiel met brede gezondheidsdruk | Tilburg, Terneuzen, Arnhem | Rozendaal, Veere, Ermelo | Terneuzen, Vlissingen, Tilburg |
| 6 | relatief vitaal overgangsprofiel met stabiele sociale basis | Vijfheerenlanden, Gorinchem, Molenlanden | Bunnik, Laren, Renswoude | Tiel, Gorinchem, Sliedrecht |
| 7 | sociaal stabiel profiel met duidelijke alcoholgerelateerde leefstijlrisico's | Land van Cuijk, Venray, Eindhoven | Mook en Middelaar, Heeze-Leende, Nuenen | Helmond, Eindhoven, Valkenswaard |
| 8 | stedelijk kwetsbaar profiel met hoge mentale druk en sociale kwetsbaarheid | Rotterdam, Nissewaard, Barendrecht | Albrandswaard, Hoeksche Waard | Rotterdam, Schiedam, Vlaardingen |
| 9 | profiel met extreme fysieke gezondheidsachterstanden | Heerlen, Brunssum, Kerkrade | Landgraaf, Brunssum | Heerlen, Kerkrade |
| 10 | fysiek kwetsbaar regionaal profiel met veel chronische aandoeningen en lagere ervaren gezondheid | Venlo, Leudal, Echt-Susteren | Eijsden-Margraten, Nederweert | Vaals, Maastricht, Sittard-Geleen |

Achtergrond: Sociaal-economische status (SES) per profiel

| | | | |
|----------------|-------------------------------|----------------|-------------------------------|
| Regio 1 (n=53) | SES profiel 1 | Regio 6 (n=43) | SES profiel 6 |
| Regio 2 (n=57) | SES profiel 2 | Regio 7 (n=42) | SES profiel 7 |
| Regio 3 (n=10) | SES profiel 3 | Regio 8 (n=12) | SES profiel 8 |
| Regio 4 (n=36) | SES profiel 4 | Regio 9 (n=4) | SES profiel 9 |

| | | | |
|----------------|-------------------------------|-----------------|--------------------------------|
| Regio 5 (n=64) | SES profiel 5 | Regio 10 (n=20) | SES profiel 10 |
|----------------|-------------------------------|-----------------|--------------------------------|

Let op: De hyperlinks openen een dataview op Waarstaatjegemeente.nl

Gemeenten met het meest gunstige gezondheidsprofiel

| | Gemeente | Kenmerken van het indicatorprofiel |
|----|-----------------|--|
| 1 | Rozendaal | Zeer hoge ervaren gezondheid, weinig chronische aandoeningen, veel beweging en sport, sterke sociale cohesie |
| 2 | Bloemendaal | Hoge mentale veerkracht, lage stress en eenzaamheid, gezonde leefstijl |
| 3 | Laren | Veel sociale steun en vrijwilligerswerk, lage obesitas en rookpercentages |
| 4 | Tubbergen | Goede mentale gezondheid, weinig beperkingen, sterke sociale netwerken |
| 5 | Urk | Hoge ervaren gezondheid, weinig chronische aandoeningen |
| 6 | Dinkelland | Veel sport en beweging, relatief weinig gezondheidsbeperkingen |
| 7 | Bunnink | Goede combinatie van mentale veerkracht en gezonde leefstijl |
| 8 | Voorst | Hoge sociale cohesie en weinig eenzaamheid |
| 9 | Staphorst | Zeer gunstige sociaaleconomische context en sterke gezondheidsscores |
| 10 | Oegstgeest | Relatief weinig gezondheidsproblemen en sterke sociale steun |

De gemeenten met het meest gunstige gezondheidsprofiel laten een consistent en samenhangend beeld zien. In deze gemeenten rapporteren inwoners relatief vaak een goede ervaren gezondheid en komen chronische aandoeningen en lichamelijke beperkingen minder voor. Ook de mentale gezondheid is sterker: inwoners beschikken vaker over een hoge mate van veerkracht en ervaren minder stress en psychische klachten.

Dit beeld wordt ondersteund door een gezondere leefstijl. Inwoners bewegen meer en sporten vaker, terwijl roken en obesitas minder voorkomen. Tegelijkertijd zijn de sociale structuren sterk: netwerken zijn hecht, sociale steun is relatief groot en deelname aan vrijwilligerswerk ligt hoger.

Deze uitkomsten hangen samen met een gunstige maatschappelijke en ruimtelijke context. De gemeenten kennen doorgaans een hoger opleidingsniveau en een stabiele sociaaleconomische basis. Ook de leefomgeving draagt bij: een groene, ruim opgezette omgeving, goede voorzieningen en sterke sociale cohesie creëren condities waarin gezondheid en welzijn zich positief kunnen ontwikkelen.

Gemeenten met het minst gunstige gezondheidsprofiel

| | Gemeente | Kenmerken van het indicatorprofiel |
|----|-----------------|--|
| 1 | Heerlen | Zeer hoge chronische ziekteprevalentie, mentale klachten, veel roken en obesitas |
| 2 | Kerkrade | Hoge sociaaleconomische kwetsbaarheid, meer stress en gezondheidsbeperkingen |
| 3 | Pekela | Veel chronische aandoeningen, minder beweging, lagere mentale veerkracht |
| 4 | Rotterdam | Meer stress, eenzaamheid en sociaaleconomische verschillen |
| 5 | Brunssum | Hogere prevalentie van chronische aandoeningen en beperkingen |
| 6 | Schiedam | Meer gezondheidsrisico's en lagere ervaren gezondheid |
| 7 | Eemdelta | Hoge sociale kwetsbaarheid en lagere leefstijlindicatoren |
| 8 | Vlaardingenv | Meer chronische aandoeningen en leefstijlrisico's |
| 9 | Landgraaf | Meer fysieke gezondheidsproblemen en sociaaleconomische kwetsbaarheid |
| 10 | Oldambt | Lage mentale veerkracht en hogere gezondheidsrisico's |

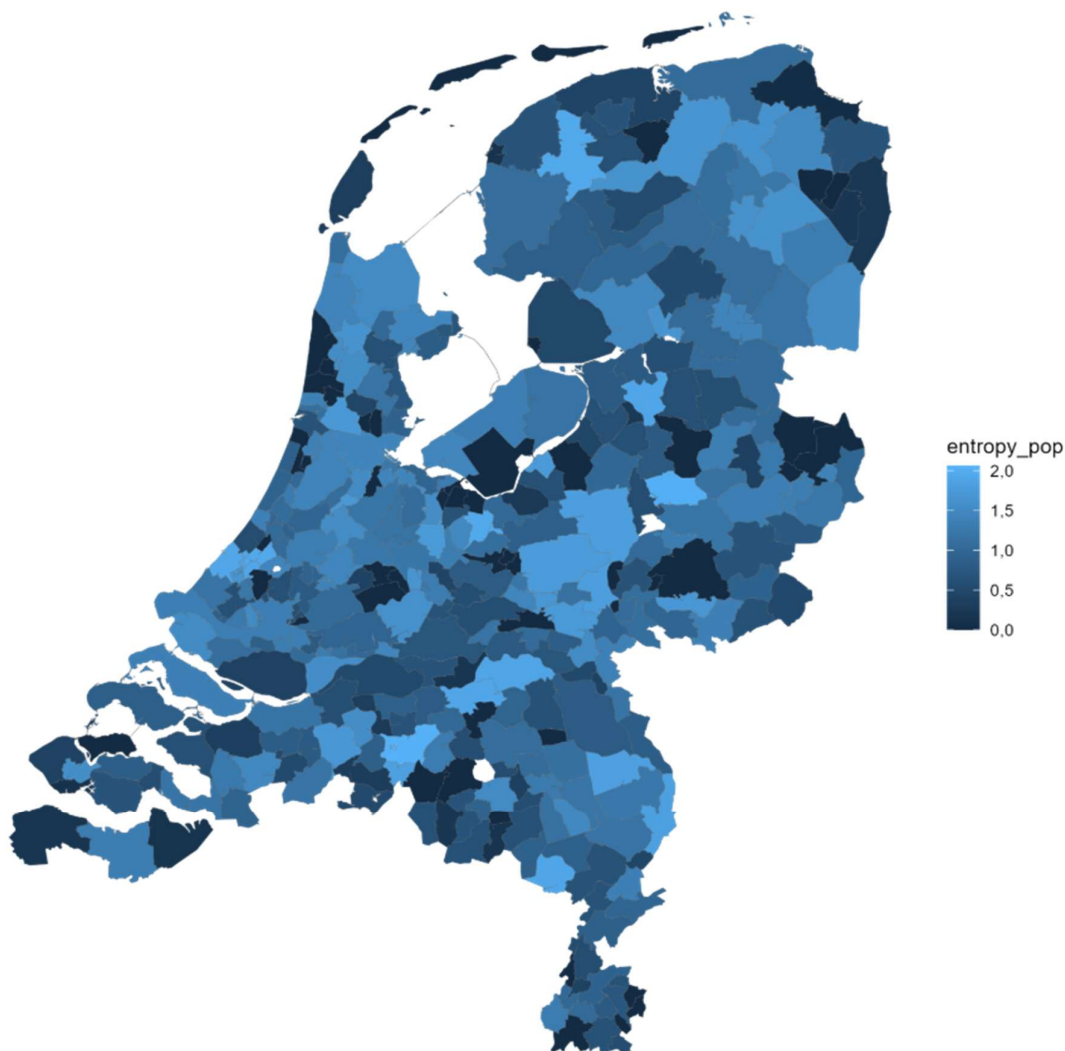
De gemeenten met het minst gunstige gezondheidsprofiel laten een samenhangend patroon zien van fysieke, mentale en sociale kwetsbaarheid. Een slechte ervaren gezondheid komt hier relatief vaak voor, evenals chronische aandoeningen en lichamelijke beperkingen. Ook de mentale gezondheid blijft achter: stress, psychische klachten en gevoelens van eenzaamheid zijn vaker aanwezig, terwijl de mentale veerkracht gemiddeld lager ligt.

Leefstijlindicatoren versterken dit beeld. Roken en obesitas komen vaker voor en inwoners bewegen minder, waardoor gezondheidsrisico's zich niet alleen opstapelen, maar elkaar ook versterken.

Deze patronen hangen nauw samen met de sociaaleconomische en ruimtelijke context. Veel van deze gemeenten liggen in regio's met een industriële geschiedenis of langdurige economische transitie. Lagere inkomens, een lager opleidingsniveau en een zwakkere arbeidsmarktpositie komen hier vaker voor. Tegelijk zijn sociale netwerken en gemeenschapstructuren in sommige gebieden kwetsbaarder, wat gevoelens van isolatie kan versterken.

Gezamenlijk wijst dit op een context waarin gezondheidsrisico's zich structureel concentreren. Gezondheid en welzijn staan hier onder druk door de wisselwerking tussen sociaaleconomische omstandigheden, leefstijl en regionale ontwikkelingsgeschiedenis.

7.2. Bijlage B: Diversiteit van wijkprofielen binnen gemeenten



De wijkentropiekaart laat zien in hoeverre gemeenten intern divers of juist homogeen zijn opgebouwd uit verschillende wijktypen. Entropie fungeert hierbij als maat voor interne variatie, gewogen naar de omvang van de volwassen bevolking per wijk. Wijken met meer inwoners tellen zwaarder mee dan kleinere wijken, waardoor de maat niet alleen verschillen zichtbaar maakt, maar ook laat zien hoeveel mensen daardoor worden geraakt.

Een hoge entropiewaarde duidt op een gemeente waarin meerdere, voor een groot deel van de bevolking relevante wijkprofielen naast elkaar voorkomen. Dit gaat vaak gepaard met sterke interne differentiatie: wijken met gunstige leefomstandigheden liggen dicht bij buurten waar sociaaleconomische kwetsbaarheid, gezondheidsproblemen of mentale druk zich concentreren. Dit patroon is kenmerkend voor grotere steden en stedelijke regio's, waar uiteenlopende woonmilieus en bevolkingsgroepen samenkomen.

Een lage entropiewaarde wijst juist op een meer uniforme structuur. In deze gemeenten leeft het merendeel van de inwoners in vergelijkbare typen wijken, met overeenkomstige

sociaaleconomische omstandigheden, leefstijlen en gezondheidspatronen. Afwijkende wijktypen hebben hier weinig invloed wanneer zij slechts een klein deel van de bevolking vertegenwoordigen. Dit beeld komt vaker voor in kleinere gemeenten en perifere regio's, waar de ruimtelijke en sociale structuur minder gedifferentieerd is.

De entropiekaart maakt daarmee zichtbaar op welk schaalniveau gezondheidsverschillen zich vooral voordoen, rekening houdend met de spreiding van de bevolking. In gemeenten met een hoge entropie liggen de belangrijkste contrasten binnen gemeenten, tussen wijken waar ook daadwerkelijk veel mensen wonen. In meer homogene gemeenten verschuift deze dynamiek naar het regionale niveau. Dit onderscheid is beleidsmatig relevant: waar de interne diversiteit groot is, ligt de nadruk op wijkgericht beleid, terwijl in homogeen gebieden een regionale benadering effectiever is.

7.3. Bijlage C: Drie perspectieven op de ruimtelijke structuur van gezondheid

Om de ruimtelijke structuur van gezondheid beter te begrijpen worden drie perspectieven gecombineerd: eerst de verdeling van gezondheidsprofielen, vervolgens de ruimtelijke structuur van gemeenten op basis van hun wijkopbouw, en ten slotte een geïntegreerd beeld waarin beide dimensies samenkomen.



Kaart Regionale gezondheidsprofielen – Gezondheidsuitkomsten

Deze kaart toont de regionale indeling op basis van samenhangende patronen in gezondheid en welzijn. Gemeenten zijn gegroepeerd op basis van overeenkomsten in de onderlinge samenhang tussen indicatoren zoals ervaren gezondheid, chronische aandoeningen, mentale gezondheid, leefstijl en sociale steun. Het gaat daarbij niet om afzonderlijke indicatoren, maar om terugkerende combinaties van kenmerken die samen een herkenbaar gezondheidsprofiel vormen. Zo wordt zichtbaar in welke delen van Nederland gemeenten voorkomen waar gezondheid en welzijn zich op vergelijkbare wijze manifesteren.

Kaart Regionale gezondheidsprofielen – Compositie van wijkprofielen

Deze kaart laat zien hoe gemeenten zich tot elkaar verhouden op basis van de samenstelling van hun wijkprofielen. Elke gemeente bestaat uit een bepaalde mix van verschillende wijktypen met elk een eigen sociaal-demografisch en gezondheidsprofiel. Gemeenten met een vergelijkbare verdeling van deze wijktypen worden gegroepeerd. Hierdoor wordt zichtbaar waar vergelijkbare

sociaal-ruimtelijke combinaties van woonmilieus, leefomstandigheden en gezondheidspatronen voorkomen.

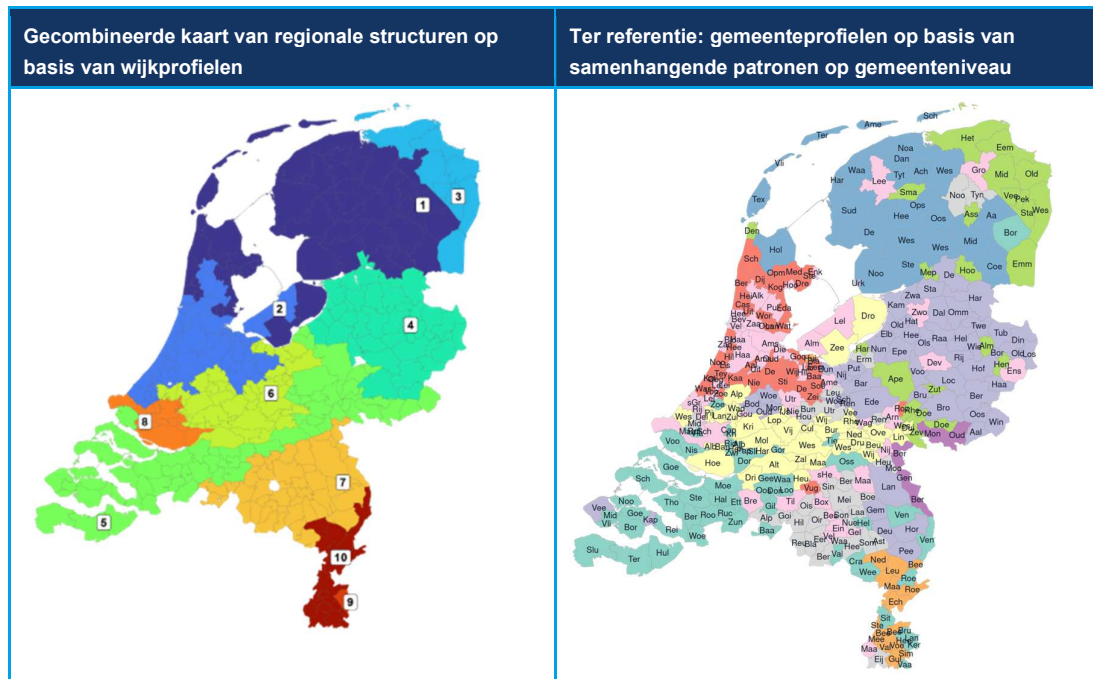
Kaart Regionale gezondheidsprofielen – Structuur van wijkprofielen

Deze kaart richt zich op de interne structuur van gemeenten: de mate waarin wijkprofielen binnen een gemeente geconcentreerd of juist verspreid voorkomen. De indeling is gebaseerd op maten zoals entropie, het aantal aanwezige wijkprofielen en het aandeel van het dominante wijkprofiel. Daarmee laat de kaart zien waar gemeenten een relatief homogene wijkstructuur hebben en waar juist sprake is van sterke interne diversiteit.

De gecombineerde kaart brengt drie analytische lagen

samen: (gewogen²) gezondheidsuitkomsten, de compositie van wijkprofielen en de (gewogen) interne structuur van die wijkprofielen binnen gemeenten. In de regionale indeling wegen deze lagen niet even zwaar. Gezondheidsuitkomsten vormen met 45% het zwaarste onderdeel, omdat de kaart in de eerste plaats moet laten zien waar vergelijkbare patronen van gezondheid en welzijn voorkomen. De compositie van wijkprofielen weegt bijna even zwaar mee (40%) en laat zien hoe gemeenten zijn opgebouwd uit verschillende typen wijken. De structuur van die wijkprofielen binnen gemeenten, gemeten via indicatoren zoals entropie en de mate van dominantie van één profiel, telt voor 15% mee.

Deze verdeling betekent dat de gecombineerde kaart primair wordt gestuurd door inhoudelijke overeenkomsten in gezondheid en welzijn, maar dat ook de sociaal-ruimtelijke opbouw van gemeenten nadrukkelijk wordt meegewogen. De kaart laat daardoor niet alleen zien waar gemeenten op gezondheidsuitkomsten op elkaar lijken, maar ook waar zij een vergelijkbare interne wijkstructuur hebben. Juist deze combinatie maakt de kaart analytisch rijker: zij verbindt feitelijke gezondheidsuitkomsten met de ruimtelijke compositie en structuur waarbinnen deze uitkomsten ontstaan³.



7.4. Bijlage D Methodische benadering van ruimtelijke gezondheidsprofielen

Deze studie analyseert ruimtelijke patronen van gezondheid en welzijn met een datagedreven segmentatiemethode, gebaseerd op het AMIGO-model. Dit model is ontwikkeld om gemeenten te vergelijken op basis van samenhangende, multidimensionale kenmerken. In deze studie wordt de benadering toegepast op wijkniveau, waardoor verschillen binnen gemeenten zichtbaar worden. Door gezondheid niet alleen individueel, maar ook ruimtelijk te analyseren, wordt duidelijk hoe lokale omstandigheden bijdragen aan gezondheidsverschillen.

De analyse start met het samenstellen van wijkprofielen op basis van indicatoren uit de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2024. Deze indicatoren beschrijven verschillende dimensies, zoals gezondheidstoestand, mentale gezondheid, leefstijl en sociale samenhang. Alle variabelen worden vooraf gestandaardiseerd om onderlinge vergelijkbaarheid te waarborgen.

Een belangrijk uitgangspunt is dat wijken niet worden geclassificeerd op basis van afzonderlijke indicatoren, maar op basis van patronen in de samenhang tussen indicatoren. Wijken met vergelijkbare patronen worden gegroepeerd tot profielen met een herkenbaar karakter. Deze profielen kunnen worden opgevat als een 'vingerafdruk' van de onderliggende structuur: zij laten zien hoe verschillende kenmerken van gezondheid en welzijn in een wijk samenkomen.

Om deze structuur zichtbaar te maken, wordt dimensiereductie toegepast met behulp van UMAP (McInnes, Healy & Melville, 2018). Deze techniek reduceert de complexiteit van de dataset, terwijl zowel lokale als globale patronen behouden blijven. De data worden geprojecteerd naar een driedimensionale ruimte, waarin vergelijkbare wijken dicht bij elkaar liggen en verschillen duidelijk zichtbaar worden.

De uiteindelijke UMAP-representatie wordt bepaald via een systematische optimalisatie van modelparameters. Hierbij worden verschillende configuraties geëvalueerd op basis van clusterkwaliteit, waaronder cohesie binnen clusters, scheiding tussen clusters en stabiliteit. Deze criteria worden gecombineerd tot één maat, zodat de gekozen configuratie robuust en reproduceerbaar is.

De clustering van wijken wordt uitgevoerd met de Partitioning Around Medoids (PAM)-methode (Kaufman & Rousseeuw, 1990). In tegenstelling tot k-means werkt PAM met bestaande observaties (medoids), waardoor de methode minder gevoelig is voor uitbijters en beter interpreteerbare clusters oplevert. Dit resulteert in een typologie van twintig wijkprofielen, die verschillende combinaties van gezondheids- en welzijnskenmerken representeren.

Vervolgens wordt deze informatie opgeschaald naar gemeentelijk niveau. Voor elke gemeente wordt bepaald uit welke wijkprofielen zij is opgebouwd. Dit gebeurt door het aandeel van elk profiel te berekenen, wat resulteert in een compositievector die de interne structuur van de gemeente beschrijft. Gemeenten kunnen daardoor worden gekarakteriseerd als homogeen (dominantie van één profiel) of heterogeen (een mix van profielen).

Aanvullend wordt een entropiemaat berekend om de interne diversiteit van gemeenten te kwantificeren. Een hoge entropie duidt op een grote variatie in wijktypen, terwijl een lage waarde wijst op een uniforme structuur.

Naast deze structuurinformatie worden ook geaggregeerde gezondheidsindicatoren op gemeentelijk niveau meegenomen. Door wijkdata te middelen naar gemeenteniveau ontstaat

inzicht in het gemiddelde gezondheidsniveau. De combinatie van gemiddelde uitkomsten en interne structuur geeft een completer beeld van gemeenten.

De uiteindelijke regionale indeling wordt bepaald met behulp van Ward-clustering. Deze hiërarchische methode groepeerde gemeenten zodanig dat de variantie binnen clusters minimaal is. Daarbij wordt gewerkt met een gecombineerde set kenmerken, bestaande uit: (1) geaggregeerde gezondheidsuitkomsten, (2) de compositie van wijkprofielen en (3) structurele kenmerken zoals diversiteit en dominantie. De resulterende regionale indeling is daarmee een integratie van informatie uit meerdere schaalniveaus.

De kracht van deze aanpak ligt in het verbinden van lokale en regionale perspectieven. Waar traditionele analyses gemeenten clusteren op basis van gemiddelden, maakt deze methode zichtbaar hoe interne verschillen binnen gemeenten bijdragen aan bredere patronen. Gemeenten met vergelijkbare gemiddelden kunnen bijvoorbeeld sterk verschillen in interne structuur, terwijl gemeenten met verschillende gemiddelden toch vergelijkbare patronen vertonen.

De uiteindelijke regionale kaart weerspiegelt daarom niet alleen verschillen in niveau, maar ook in de ruimtelijke organisatie van gezondheid en welzijn. Zij laat zien hoe wijkprofielen samenkomen in gemeentelijke structuren en hoe deze zich vertalen naar regionale patronen. Daarmee ontstaat een gelaagd en samenhangend beeld van gezondheidsverschillen in Nederland.

Meer informatie over AMIGO is opgenomen in de uiteenzetting van [opzet en gebruik](#) en [methodische aanpak](#). (DOCX) op <https://amigo.waarstaatjegemeente.nl>