

RIVM rapport 260201001/2003

**Het terugdringen van sociaal-economische
verschillen in gezondheid tussen 2000 en 2020**

Inhoud en organisatie van de SEGV-monitor

M Droomers, LCM Limburg, GP Westert

Dit onderzoek werd verricht in opdracht en ten laste van de directie Preventie en Openbare Gezondheid van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Dit onderzoek werd uitgevoerd door het centrum voor Preventie en ZorgOnderzoek, in het kader van project V/260201/01/AS, Verdeling gezondheid en zorg.

RIVM, Postbus 1, 3720 BA Bilthoven, telefoon: 030 - 274 91 11; fax: 030 - 274 29 71

Abstract

The Dutch government aims to reduce the socioeconomic health differences (SEGV) with a quarter of the current difference by the year 2020. To this purpose the health of different socioeconomic status groups needs to be monitored. The SEGV-monitor will periodically report on the extent of socioeconomic differences at the national level in the Netherlands. Health determinants, such as health-related behaviour, environmental factors and healthcare use will also be monitored. Because many policies and interventions are developed and carried out at the local level, it would be desirable to be able to draw conclusions on socioeconomic health differences at this level or to have information on the development in health in certain neighbourhoods.

The SEGV-monitor will make use of existing data sources with nation-wide coverage to generate a representative and valid picture of the development of socioeconomic health differences in the Netherlands. The SEGV-monitor is to report on socioeconomic differences in health and its determinants every four years. Each four-yearly report will be accompanied by an elaborate supplement on one specific current subject. Results of the SEGV-monitor will be accessible through the Internet via a thematic link on the Dutch-language website, 'Nationaal Kompas Volksgezondheid'.

Inhoud

| | |
|--|----|
| Samenvatting | 7 |
| 1. Inleiding | 8 |
| 2. Doel | 9 |
| 2.1 Signalering | 9 |
| 2.2 Landelijk en lokaal niveau | 9 |
| 3. Inhoud | 10 |
| 4. Databronnen | 12 |
| 4.1 Lokale en nationale monitor volksgezondheid (Monitor VGZ) | 12 |
| 4.2 WoningBehoefteOnderzoek | 13 |
| 4.3 CBS-POLS | 13 |
| 4.4 Overige relevante databronnen | 13 |
| 5. Periodiciteit | 15 |
| 6. Vorm | 16 |
| 6.1 Mogelijke thema's | 16 |
| 6.1.1 Omgevingsfactoren | 16 |
| 6.1.2 Jongeren | 16 |
| 6.1.3 Diabetes | 17 |
| 7. Organisatie | 18 |
| 8. Omvang | 19 |
| 9. Weergave van SEGV | 20 |
| 9.1 Effecten van SEGV-beleid | 21 |
| Literatuur | 22 |
| Bijlagen | |
| I Verantwoording en achtergronden van keuze voor indicatoren | 23 |
| II Operationalisatie van de inhoud van de SEGV-monitor | 33 |
| III Inventarisatie van mogelijk relevante databronnen voor de SEGV-monitor | 40 |
| IV Verslag van de discussiebijeenkomst op 2 april | 47 |
| V Verzendlijst | 53 |

Samenvatting

Naar aanleiding van de aanbevelingen van de tweede programmacommissie Sociaal-Economische GezondheidsVerschillen (SEGV) heeft het kabinet zich ten doel gesteld de ontwikkeling van de gezondheid van mensen in de verschillende sociaal-economische statusgroepen in Nederland te monitoren. Monitoren is het systematisch en periodiek verzamelen van informatie om maatschappelijke ontwikkelingen en effecten van beleid te meten. De SEGV-monitor zal dus periodiek de omvang van sociaal-economische gezondheidsverschillen weergeven om de effectiviteit van het beleid gericht op de reductie van SEGV te evalueren. De doelstelling van het huidige SEGV-beleid is het verlengen van de gezonde levensverwachting van lage sociaal-economische statusgroepen in 2020 met ten minste 25% van het huidige sociaal-economische verschil in gezonde levensverwachting, namelijk drie jaren.

De SEGV-monitor geeft periodiek de omvang van sociaal-economische verschillen in gezondheid weer. Maar ook determinanten van gezondheid, zoals gedrag, omgevingsfactoren en zorggebruik, zijn onderdeel van de SEGV-monitor. De trends in de omvang van deze sociaal-economische verschillen wordt geschetst tegen de achtergrond van ontwikkelingen in sociaal-economische status, zoals opleidingsniveau van de bevolking en inkomen, oftewel armoede.

De SEGV-monitor monitort in eerste instantie de sociaal-economische verschillen op nationaal niveau. Omdat echter veel beleid en maatregelen op lokaal niveau worden vastgesteld en uitgevoerd, is het wenselijk dat ook op lokaal niveau uitspraken gedaan kunnen worden over sociaal-economische verschillen of dat de ontwikkeling in gezondheid in bepaalde (achterstands)wijken beschreven kan worden.

Geadviseerd wordt binnen de SEGV-monitor gebruik te maken van bestaande databronnen. Alleen monitors met een landelijke dekking zijn geselecteerd om een representatief en valide beeld van de ontwikkeling in SEGV in Nederland te kunnen schetsen. De SEGV-monitor levert elke vier jaar informatie over de sociaal-economische verdeling van gezondheidsdeterminanten en sociaal-economische gezondheidsverschillen, aangevuld met een uitwerking van elke keer een ander specifiek SEGV-thema. De resultaten van de SEGV-monitor zullen worden gepresenteerd op het internet via een thematische ingang 'SEGV' in het Nationaal Kompas Volksgezondheid.

1. Inleiding

Naar aanleiding van de aanbevelingen van de tweede programmacommissie Sociaal-Economische GezondheidsVerschillen (PC-SEGV II, 2001) heeft het kabinet zich ten doel gesteld de ontwikkeling van de gezondheid van mensen in de verschillende sociaal-economische statusgroepen in Nederland te monitoren (Tweede Kamer, 2001-2002). Het Bestuursakkoord-nieuwe-stijl (Bans, 2000) definieert monitoring als het systematisch en periodiek verzamelen van informatie om maatschappelijke ontwikkelingen en effecten van beleid te meten. Kortom, de overheid wil weten wat er in de samenleving gebeurt en welk aandeel zij daarin heeft.

De directie POG van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft het centrum voor Preventie en ZorgOnderzoek van het RIVM begin 2003 opdracht gegeven een advies uit te brengen over de inhoud en organisatie van een nationale monitor die ontwikkelingen in sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV) meet en volgt in de tijd, hierbij maximaal gebruik makend van bestaande dataverzamelingen en informatiebronnen.

De doelstelling van het SEGV-beleid van het kabinet is het verlengen van de gezonde levensverwachting van de lage sociaal-economische statusgroepen in 2020 met tenminste 25% van het huidige verschil in gezonde levensverwachting, namelijk drie jaren (Tweede Kamer, 2001-2002). De reductie van SEGV in 2020 is een lange-termijn doel. Het is daarom wenselijk een aantal specifieke tussendoelen te formuleren, zodat over de progressie in deze tussentijds kan worden gerapporteerd (Tweede Kamer, 2001-2002). Deze tussendoelen hebben betrekking op de sociaal-economische verdeling van gezondheidsdeterminanten, zoals gezondheidsgerelateerd gedrag (bijvoorbeeld roken), omgevingsfactoren (bijvoorbeeld woonkwaliteit of financiële situatie) en gezondheidszorg (bijvoorbeeld toegankelijkheid) (PC-SEGV II, 2001).

2. Doel

2.1 Signalering

Het specifieke doel van de SEGV-monitor is het periodiek weergeven van de omvang van SEGV op nationaal niveau, gebruik makend van reeds beschikbare informatie. Verder zal de SEGV-monitor ook rapporteren over de zogenaamde tussendoelen die zich meer richten op determinanten van gezondheid, zoals bijvoorbeeld gedrag. Monitoring is voornamelijk beschrijvend van aard en levert input voor beleid. Uitkomsten van monitoring kunnen signaleren bij bepaalde (ongewenste) ontwikkelingen en zo mede bepalen op welke punten beleid wenselijk is of waar het beleid moet worden bijgesteld (Bans, 2000).

2.2 Landelijk en lokaal niveau

De SEGV-monitor levert in principe informatie over de omvang van SEGV op nationaal niveau ter ondersteuning van het nationaal SEGV-beleid. Omdat veel beleid en maatregelen op lokaal niveau (community intervention) worden vastgesteld en uitgezet, is het wenselijk dat ook op lokaal niveau uitspraken gedaan kunnen worden over sociaal-economische verschillen of dat de ontwikkeling in gezondheid in bepaalde (achterstands)wijken beschreven kan worden. In het kader van het Grote Steden Beleid (GSB) is het bijvoorbeeld nuttig de gezondheidstoestand in verschillende wijken binnen één stad te vergelijken of de omvang van lokale SEGV tussen de ene en de andere stad.

De minimaal benodigde omvang van de populatie voor het monitoren van SEGV op nationaal niveau (zie Omvang) maakt het gebruik van informatie uit de SEGV-monitor voor regionaal of lokaal niveau mogelijk. Voor valide uitspraken over gezondheid op wijkniveau zal echter de steekproef moeten worden uitgebreid, bijvoorbeeld door oversampling binnen een bestaand onderzoek of additionele dataverzameling.

3. Inhoud

Het huidige kabinetsbeleid is erop gericht de sociaal-economische verschillen in gezondheid te verminderen (Tweede Kamer, 2001-2002). Monitoring ter ondersteuning en bijsturing van dit beleid dient zich daarom in eerste plaats te richten op het meten van de gezondheidstoestand van verschillende sociaal-economische groepen. Aangezien de praktische beleidsdoelen echter met name geformuleerd zullen worden in termen van determinanten van SEGV, zoals gedrag, omgevingsfactoren en gezondheidszorg, zal ook hierover informatie beschikbaar moeten worden gesteld in de SEGV-monitor.

De SEGV-monitor levert derhalve informatie over de volgende aspecten:

- (ontwikkelingen in) sociaal-economische status indicatoren,
- gezondheidsselectie: effect van gezondheid op sociaal-economische status,
- sociaal-economische verschillen in gezondheid,
- sociaal-economische verschillen in gedrag,
- sociaal-economische verschillen in omgevingsfactoren, en
- sociaal-economische verschillen in de toegankelijkheid van gezondheidszorg.

Voor het monitoren dienen de te meten abstracte begrippen, in dit geval SEGV, vertaald te worden in meetbare termen oftewel indicatoren. De selectie van indicatoren die worden opgenomen in de SEGV-monitor is gebaseerd op de volgende criteria:

- wat betreft gezondheid: een evenwichtige keuze uit objectieve en subjectieve gezondheidsmaten en (gezonde) levensverwachting,
- wat betreft determinanten van gezondheid: de sterkte van de relatie van de indicator met SEGV, dus zowel
 - de grootte van het verschil tussen SES-groepen in de bevolking
 - als de bijdrage van de determinant aan de verklaring van SEGV,
- de intensiteit van (SEGV) beleid ten aanzien van de betreffende indicator, en
- de beschikbaarheid van gegevens voor een voldoende grote onderzoekspopulatie.

Meer informatie over de achtergronden van en de verantwoording voor de selectie van indicatoren wordt gegeven in bijlage I. De operationalisatie van deze indicatoren in de geselecteerde databronnen wordt weergegeven in bijlage II.

De SEGV-monitor zal periodiek over onderstaande indicatoren van gezondheid en gezondheidsdeterminanten rapporteren, uitgesplitst naar sociaal-economische indicatoren en achtergrondkenmerken (Tabel 1).

Tabel 1. Inhoud van de SEGV-monitor

| Onderdelen | Indicatoren |
|----------------------|--|
| SES | opleiding inkomen Geografische SES indicator gebaseerd op postcode |
| Achtergrondkenmerken | leeftijd geslacht ethniciteit |
| Gezondheidsselectie | (inkomenssituatie tijdens) arbeidsongeschiktheid positie op de arbeidsmarkt (van chronisch zieken) |
| Gezondheid | sterfte oordeel eigen gezondheid (+ sterfte = gezonde levensverwachting) psychische gezondheid beperkingen / chronische aandoeningen |
| Gedrag | overgewicht roken lichaamsbeweging alcoholconsumptie voedingspatroon |
| Omgevingsfactoren | arbeidsomstandigheden materiële en financiële situatie recreatieve voorzieningen en groenvoorzieningen sociale steun en sociale netwerken |
| Zorggebruik | veiligheid huisarts medisch specialist verblijf in ziekenhuis consult bij paramedici |

4. Databronnen

Alle beschikbare databronnen en monitors op het gebied van gezondheidsdeterminanten, gezondheid of zorggebruik in Nederland zijn geïnventariseerd en beoordeeld aan de hand van de volgende criteria:

- met regelmaat herhaalde dataverzameling,
- landelijke dekking, en
- voldoende grote steekproef.

Een overzicht van databronnen die in beschouwing zijn genomen wordt gegeven in bijlage III. In de Europese richtlijnen voor het monitoren van SEGV wordt aangeraden sociaal-economische verschillen in mortaliteit te bestuderen met behulp van sterfte-registraties, terwijl voor het bestuderen van verschillen in morbiditeit het gebruik van zelf-gerapporteerde gegevens via enquêtes en surveys wordt aangeraden (Kunst et al., 2000).

Er zijn drie bestaande databronnen met een landelijke dekking geselecteerd voor gebruik in het kader van de SEGV-monitor. De selectie van de drie hieronder genoemde is onder voorbehoud van (tijds) beschikbaarheid van informatie.

De ontwikkeling in sociaal-economische indicatoren (opleiding, inkomen en beroep) en de mate van ongelijkheid in Nederland is een belangrijk aspect van het monitoren van SEGV. Hierover wordt elders al informatie verzameld en gerapporteerd. Het Sociaal Cultureel Planbureau bijvoorbeeld rapporteert regelmatig over ontwikkelingen in het opleidingsniveau, inkomensniveau en de beroepsituatie (waaronder werkloosheid) van de Nederlandse bevolking, zoals in het armoedebericht of in De sociale staat van Nederland. De SEGV-monitor zal deze informatie integreren en interpreteren in het kader van de beschrijving van trends in sociaal-economische verschillen in (determinanten van) gezondheid.

4.1 Lokale en nationale monitor volksgezondheid (Monitor VGZ)

De lokale en nationale monitor volksgezondheid brengt de gezondheidssituatie op lokaal en nationaal niveau periodiek in kaart, op zo'n manier dat effecten van gezondheidsbeleid zichtbaar en meetbaar worden. Er wordt gebruik gemaakt van een gestandaardiseerde basisvragenlijst waarmee in elke GGD-regio indicatoren en determinanten van de volksgezondheid en de behoefte aan zorg wordt gemeten. Daarnaast bestaat er een aantal modules die facultatief aan de basisvragenlijst toegevoegd kunnen worden, bijvoorbeeld betreffende omgevingsfactoren of zorggebruik. Het is de bedoeling dat de monitor-VGZ elke vier jaar wordt uitgevoerd in alle GGD-regio's waarbij tussen de 2000 en 3000 personen (van 18 jaar en ouder) geënuquêteerd zullen worden. De eerste dataverzameling staat gepland voor 2004.

Op dit moment is het eerste gedeelte van de gestandaardiseerde VGZ-monitor uitgewerkt (zoals beschreven in bijlage II). De komende tijd zullen een aantal nieuwe onderwerpen worden geselecteerd waarvoor gestandaardiseerde vragenlijsten zullen worden ontwikkeld. De lokale en nationale monitor volksgezondheid zal waarschijnlijk ook worden ingezet bij het monitoren van doelstellingen in het kader van 'Gezondheid in het Grote Steden Beleid', zoals afgesproken door de staatsecretaris van VWS en de G-30 (de 4 grote steden en 26 middelgrote steden). Één van de belangrijkste doelstellingen is het terugdringen van gezondheidsverschillen in de stad.

4.2 WoningBehoeftOnderzoek

Het WoningBehoeftOnderzoek (WBO) levert inzicht in de huishoudenssamenstelling, de huisvestingssituatie, de woonwensen en het verhuisgedrag van de Nederlandse bevolking. Het WBO bestaat ruim 35 jaar en vindt iedere 4 jaar plaats. Het ministerie van VROM is opdrachtgever van het WBO, maar het ministerie van VWS participeert actief in het onderzoek. Het veldwerk en dataprocessing zijn via een Europese Aanbesteding uitbesteed aan commerciële bedrijven. Respondenten van 18 jaar en ouder worden verschillende responsmogelijkheden geboden, uiteenlopend van interviews aan huis tot telefonische enquêtering en enquêtering via internet. De 60.000 interviews in het kader van het landelijke WBO zijn voldoende om betrouwbare uitspraken te kunnen doen op landelijk, provinciaal en regionaal niveau. Sinds 1998 is het mogelijk dat lokale partijen aansluiten bij het WBO door middel van oversampling (extra dataverzameling in een bepaald gebied), waardoor ook met grote nauwkeurigheid uitspraken gedaan kunnen worden op lokaal niveau in deze bepaalde gebieden.

4.3 CBS-POLS

Het Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS) beoogt een zo volledig mogelijk overzicht te geven van (ontwikkelingen) in leefstijl, gezondheid, medische consumptie, preventief gedrag en welzijn van de Nederlandse bevolking ten behoeve van planning, onderzoek en beleid. De doelgroep is de Nederlandse populatie (vanaf 0 jaar), exclusief de institutionele bevolking (wonende in inrichtingen en tehuizen) en rijdende en varende bevolking. De module gezondheid en arbeid wordt bij een deel van de onderzoekspersonen afgenomen en gaat dieper in op de gezondheidstoestand, het gebruik van medische voorzieningen, de leefstijl en de deelname aan landelijke preventieve gezondheidsprogramma's. De vragen over gezondheid zijn voor werkenden aangevuld met een vragenblok over de ervaren arbeidsomstandigheden.

Gegevens uit de CBS-POLS-enquête worden ook opgenomen in het Sociaal Statistisch Bestand (SSB). Het SSB is een informatiesysteem in ontwikkeling van het CBS waarin op persoonsniveau demografische en sociaal-economische gegevens zijn opgenomen, alsmede gegevens over gezondheid, welzijn en leefsituatie.

4.4 Overige relevante databronnen


Databronnen die in eerste instantie niet zijn geselecteerd voor de SEGV-monitor, omdat zij op dit moment niet aan alle criteria voldoen, kunnen toch een relevante bijdrage leveren aan de SEGV-monitor. Dit zijn bijvoorbeeld regionale studies, zoals het GLOBE-onderzoek dat veelbelovend is wat betreft het in detail onderzoeken en verklaren van sociaal-economische verschillen. Andere onderzoeken worden niet met regelmaat (elke 4 jaar) herhaald, zoals de tweede Nationale Studie. De tweede Nationale Studie bevat een schat aan informatie over sociaal-economische verschillen rond het jaar 2001. Landelijke onderzoeken met een te kleine steekproef, zoals het Aanvullend Voorzieningen Onderzoek dan kan worden gebruikt voor het in detail bestuderen van sociaal-economische verschillen in een bepaalde bevolkingsgroep waar zij zich specifiek op richten, zoals bijvoorbeeld ouderen.

Een ander veelbelovend initiatief is het nog in ontwikkeling zijnde GezondheidsStatistisch Bestand (GSB) van het CBS. In de toekomst kan het GezondheidsStatistisch Bestand (GSB) informatie leveren over aandoeningen en het gebruik van zorgvoorzieningen door de bevolking onderscheiden naar bijvoorbeeld sociaal-economische status (CBS, 2002). Het GSB ontstaat door een koppeling van nationale (zorg)registraties, zoals de LAZR en LMR op persoonsniveau aan demografische en sociaal-economische gegevens in het Sociaal Statistisch Bestand (SSB) van het CBS (Kunst en Mackenbach, 2002). Het SSB is een

informatiesysteem waarin op persoonsniveau demografische en sociaal-economische gegevens zijn opgenomen, alsmede gegevens over gezondheid, welzijn en leefsituatie. Het SSB bevat onder andere gegevens uit zowel registraties (Gemeentelijke BasisAdministratie en de belastingregistratie) als uit enquêtes (POLS en Enquête BeroepsBevolking).

5. Periodiciteit

De SEGV-monitor levert elke vier jaar informatie over sociaal-economische gezondheidsverschillen en de sociaal-economische verdeling van gezondheidsdeterminanten, aangevuld met de uitwerking van elke keer een ander specifiek SEGV-thema.

| | tijdsas  | | |
|---------------|--|---------------|--------|
| | jaar 0 | jaar 4 | jaar 8 |
| SEGV-monitor: | SES | SES | enz. |
| | determinanten | determinanten | enz. |
| | gezondheid | gezondheid | enz. |
| | thema | thema | enz. |

Het huidige SEGV-beleid van het kabinet richt zich op het verkleinen van de sociaal-economische verschillen over een periode tot 2020 (Tweede Kamer, 2001-2002). Tijdens deze periode geeft de SEGV-monitor op gezette tijden de stand van zaken weer omtrent de omvang van SEGV. Het is echter niet te verwachten dat de (gezonde) levensverwachting en gezondheidstoestand, en met name sociaal-economische verschillen hierin, snel grote veranderingen zullen laten zien. Het kabinet formuleerde echter ook een aantal specifieke tussendoelen gericht op de determinanten van SEGV (Tweede Kamer, 2001-2002). De aanpak van deze determinanten kan op kortere termijn effect sorteren.

6. Vorm

Het is de bedoeling dat de SEGV-monitor zo veel mogelijk gebruik maakt van bestaande netwerken. In de praktijk betekent dit dat de resultaten van de SEGV-monitor op het internet beschikbaar worden gesteld via een thematische ingang 'SEGV' in het Nationaal Kompas Volksgezondheid. Waar mogelijk zal de rapportage over resultaten van de SEGV-monitor worden gesynchroniseerd met de verschijning van rapportages in het kader van het Grote Steden Beleid, zoals bijvoorbeeld de gezondheidsbenchmark.

In de SEGV-monitor wordt de systematische beschrijving van de sociaal-economische verdeling van gezondheid en determinanten aangevuld met elke keer een ander thema ter verdieping van de kennis over (de verklaring van) SEGV. Dit kunnen onderwerpen zijn die op dat moment hoog in het politiek vaandel staan, maar waarvan nog weinig bekend is wat betreft de sociaal-economische verdeling of de mate waarin ze SEGV beïnvloeden, zoals bijvoorbeeld maatregelen ter reductie van overgewicht. Anderzijds kan op deze manier dieper worden ingegaan op bepaalde determinanten van SEGV waarover (in de Nederlandse context) nog weinig bekend is, maar die wel veel aandacht krijgen in internationale wetenschappelijke literatuur, zoals bijvoorbeeld omgevingsfactoren.

Terwijl de SEGV-monitorrapportage zich specifiek richt op de beschrijving van de sociaal-economische verdeling van indicatoren (Tabel 1), is er binnen de thema's juist meer mogelijkheid voor het bestuderen van verklaringen of onderlinge samenhang tussen de indicatoren. Voor de thema's kan gebruik worden gemaakt van databronnen waarvan de gegevens zich op dit moment niet lenen voor monitoring (incidentele of regionale studies), maar die vaak wel in meer detail op de zaken in kunnen gaan. Aan de hand van het geselecteerde thema kunnen dan specifieke partijen worden gevraagd (eenmalig) een bijdrage te leveren aan de monitor (in de vorm van data of analyses). Deze thema's kunnen zich richten op SEGV-beleid of maatregelen die op dat moment veel aandacht krijgen of op bepaalde determinanten over SEGV waarover nog weinig bekend is

6.1 Mogelijke thema's

6.1.1 Omgevingsfactoren

Er is nog maar weinig bekend over de bijdrage van omgevingsfactoren, anders dan arbeidsomstandigheden en materiele deprivatie, aan de verklaring van SEGV in Nederland. Het feit dat de SES van de buurt de gezondheid van de inwoners beïnvloedt onafhankelijk van hun eigen SES-niveau en de resultaten van internationale studies doen echter vermoeden dat een belangrijk deel van de sociaal-economische beïnvloeding van gezondheid gebeurt via de omgeving. Omgevingsfactoren zullen de komende tijd een van de belangrijkste speerpunten van het longitudinale GLOBE-onderzoek naar de verklaring van SEGV zijn. De GLOBE-studie kan in de toekomst uitsluitsel geven over het belang van de omgeving voor SEGV en inzicht verschaffen in welke specifieke omgevingsfactoren van belang zijn voor SEGV en dus gemonitord dienen te worden door de SEGV-monitor.

6.1.2 Jongeren

De laatste tijd wordt steeds duidelijker dat sociaal-economische gezondheidsverschillen reeds op zeer jonge leeftijd gestalte krijgen (het zogenaamde levensloopperspectief) (Droomers, 2002). Sociaal-economische verschillen in gedrag doen zich al voor tijdens de adolescentie, terwijl gedrag dat op jonge leeftijd is aangeleerd in hoge mate bepalend is voor de leefstijl op volwassen leeftijd (PC-SEGV II, 2001). Ook is het zo dat de sociaal-economische status

tijdens de jeugd, latere sociaal-economische gezondheidsverschillen onder volwassenen beïnvloedt (van de Mheen et al., 1998; Bosma et al., 1999). Er is in Nederland nog weinig onderzoek gedaan naar het ontstaan van sociaal-economische verschillen op jonge leeftijd en de oorzaken hiervan. De meeste grootschalige nationale databronnen leveren niet veel informatie over jongeren en met name niet over hun sociaal-economische status.

6.1.3 Diabetes

Er bestaan in Nederland grote sociaal-economische verschillen in het voorkomen van diabetes. Voorlopige resultaten uit de tweede Nationale Studie uit 2001 laten zien dat de laagst opgeleide groep 2 keer zo vaak aan diabetes lijdt dan de hoogst opgeleide groep. Diabetes patiënten met een lagere sociaal-economische status hebben verder een grotere kans op complicaties en lijken tegelijkertijd minder gebruik te maken van specifieke diabetes-zorg (van der Meer, 1998). De tweede Nationale Studie biedt de unieke mogelijkheid sociaal-economische verschillen in de toegankelijkheid, effectiviteit en gepastheid van de zorg voor diabetici te bestuderen.

7. Organisatie

De SEGV-monitor wordt uitgevoerd door het centrum voor Preventie en ZorgOnderzoek (PZO) van het RIVM binnen het project 'Verdeling van gezondheid en zorg' (GP Westert en M Droomers). Binnen het RIVM wordt nauw samengewerkt met het project 'Nationale en lokale monitor volksgezondheid' (gezamenlijk project van PZO met GGD-NL) (AJM van Loon) en het Nationaal Kompas Volksgezondheid van het centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenning (F van der Lucht).

Bij de uitvoering van de SEGV-monitor wordt verder intensief samengewerkt met het instituut Maatschappelijke GezondheidsZorg (Erasmus MC), de afdeling Sociale Geneeskunde van de UvA, het Sociaal Cultureel Planbureau, NIGZ en het CBS.

In het kader van een Europees samenwerkingsverband zal de SEGV-monitor worden ingezet als onderdeel van een project gericht op de monitoring en reductie van SEGV, (voorstel ingediend bij DG-SANCO in mei 2003). Aan de hand van ervaringen met de SEGV-monitor, eventueel aangevuld met andere Europese ervaringen, zullen uiteindelijk aanbevelingen worden gegeven voor het formuleren van kwantitatieve doelstellingen voor de reductie van SEGV, de selectie van indicatoren om deze doelen te monitoren en maatregelen te evalueren, en de organisatie van een SEGV-monitor.

8. Omvang

Voor het statistisch significant aantonen van een kleine afname (of eventueel toename) in sociaal-economische verschillen is elke 4 jaar informatie over SEGV-indicatoren van minimaal 65.000 personen noodzakelijk. Voor het significant aantonen van een twee keer zo grote af- of toename is informatie van minimaal 20.000 personen nodig.

Een steekproefomvang van ongeveer 65.000 biedt tevens de mogelijkheid voor regionale of lokale toepassing van de informatie in de SEGV-monitor.

Het minimaal benodigd aantal personen is berekend met behulp van een formule die uitgaat van het minimale verschil tussen twee odds ratio's (OR) op twee verschillende tijdstippen dat aangetoond kan worden (Hwang et al., 1994). Omdat sociaal-economische verschillen waarschijnlijk maar langzaam veranderen, wat overeenkomt met kleine verschuivingen in de odds ratio's, is gekozen voor het statistisch significant kunnen aantonen van een verschil (Δ OR) van 0,1 en 0,2. De voor de berekening noodzakelijke prevalenties van (determinanten van) ongezondheid zijn verkregen uit het GLOBE-onderzoek (Schrijvers et al., 1999).

Tabel 2. Benodigde steekproefgrootte voor SEGV-rapportage


| Indicator | Prevalentie | | Benodigde steekproef | |
|--|-------------|----------|----------------------|-------------------|
| | lage SES | hoge SES | Δ OR = 0.1 | Δ OR = 0.2 |
| sterfte | 4.2 | 1.3 | 783,970 | 275,858 |
| excessieve alcohol consumptie | 4.1 | 1.8 | 331,953 | 111,143 |
| roken | 44.8 | 22.8 | 64,910 | 19,960 |
| overgewicht (BMI>27) | 24.0 | 10.2 | 119,711 | 34,123 |
| geen lichaamsbeweging | 6.6 | 1.8 | 737,334 | 265,915 |
| arbeidsongeschiktheid | 11.4 | 2.5 | 1,402,402 | 328,421 |
| veel financiële problemen | 7.5 | 1.9 | 1,217,307 | 298,071 |
| laag inkomensproxy (ziekenfonds, huurhuis, geen auto) | 18.7 | 5.3 | 412,917 | 109,755 |

$\alpha=0.05$ $\beta=0.10$ OR=odds ratio

9. Weergave van SEGV

De SEGV-monitor levert periodiek informatie over de verdeling van (determinanten van) gezondheid over de verschillende sociaal-economische groepen en over de omvang van SEGV (samengevat in één maat die goed te vergelijken is over de tijd) in Nederland (Kunst et al., 2000). Deze informatie wordt weergegeven volgens onderstaand model.

Tabel 3. Weergave van SEGV

| SES groepen | Tijdsas  | | | | | | Trend |
|-------------|---|---|---|---|---|---|-------|
| | 0 | | 2 | | 4 | | |
| | N | % | N | % | N | % | |
| laagst | | | | | | | |
| lager | | | | | | | |
| midden | | | | | | | |
| hoger | | | | | | | |
| hoogst | | | | | | | |
| Omvang SEGV | | | | | | | |

N = aantal; geeft verdeling van populatie weer over de verschillende sociaal-economische groepen

% = prevalentie van indicator

Trend = verandering over de jaren heen

Hoewel de ontwikkeling in de verdeling van de populatie over de sociaal-economische groepen reeds door anderen wordt gevolgd en in andere rapporten wordt gerapporteerd, is het voor een valide interpretatie van de resultaten van de SEGV-monitor belangrijk ook binnen de monitor rekening te houden met de verdeling van de bevolking over de SES-groepen.

De verdeling van indicatoren over de verschillende SES-groepen wordt weergegeven door de prevalentie, oftewel het percentage zieken of mensen die zich ongezond gedragen per SES-groep. De prevalenties worden gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht, zodat ze vergelijkbaar zijn tussen de verschillende sociaal-economische groepen en over de tijd.

Verschillen in trends tussen de SES-groepen worden weergegeven door de veranderingen in prevalenties, oftewel het voorkomen van binnen elke SES-groep te vergelijken met de veranderingen in een andere SES-groep.

Om uitspraken te kunnen doen over *trends in verschillen*, oftewel de ontwikkeling van SEGV over de jaren wordt de omvang van SEGV per meetmoment weergegeven in één samenvattende maat. Deze maat kan worden vergeleken over verschillende jaren, maar bijvoorbeeld ook tussen mannen en vrouwen en verschillende gezondheidsindicatoren.

De omvang van SEGV kan worden uitgedrukt in een absolute maat, zoals bijvoorbeeld het verschil tussen de prevalentie van roken in de hoogste en in de laagste SES-groep (rate difference). De omvang van SEGV kan ook worden uitgedrukt in een relatieve maat, zoals de prevalentie van roken in de laagste gedeeld door de prevalentie in de hoogste SES-groep (rate ratio). Er kunnen dan uitspraken worden gedaan over hoeveel vaker mensen uit de laagste SES-groep roken ten opzichte van de hoogste SES-groep. In de richtlijnen voor het monitoren van SEGV in de EU wordt het gebruik van beide methodes aanbevolen (Kunst et al., 2000).

Bij het gebruik van één maat om de omvang van SEGV op verschillende tijdstippen weer te geven moet ook rekening worden gehouden met de verdeling van de populatie over de verschillende SES-groepen, omdat die over de jaren kan veranderen. Indien de verdeling van de populatie over de SES-groepen substantieel verandert, dient de omvang van SEGV te worden uitgedrukt in het Populatie Attributief Risico, de Index of Dissimilarity (absoluut verschil), of de Relative Index of Inequality (relatief verschil) (Kunst et al., 2000).

9.1 Effecten van SEGV-beleid

Beschrijvende informatie over de omvang van SEGV in de tijd biedt niet direct verklaringen voor veranderingen in SEGV. Om ook conclusies te kunnen trekken over de relatie tussen beleid en ontwikkelingen in SEGV is informatie over implementatie van beleid nodig.

Hiervoor moeten indicatoren worden gemeten die direct samenhangen met de implementatie van beleid, zoals bijvoorbeeld het aantal maatregelen of programma's dat op lokaal niveau wordt uitgezet of het aantal mensen dat wordt bereikt met een bepaald programma. Op dit moment schiet het expliciet evalueren van het SEGV-beleid en de daaraan gekoppelde maatregelen het doel van de SEGV-monitor voorbij, maar in principe zou het mogelijk zijn de monitor hiermee uit te breiden. Informatie over dit soort implementatie-indicatoren is echter op dit moment nog niet uitputtend beschikbaar, maar wordt bijvoorbeeld al wel verzameld in het kader van het Steunpunt Lokale Gezondheidsverschillen (SLAG) en de QUI-database (quality of interventions) van het NIGZ.

Indien SEGV-informatie beschikbaar is op lokaal niveau, is het eventueel mogelijk om gebieden met verschillend SEGV-beleid of maatregelen te vergelijken wat betreft de effectiviteit van het lokale beleid. Verder kunnen lokale beleidsevaluaties plaatsvinden door het bestuderen van trends, met dezelfde kanttekening als op nationaal niveau, namelijk dat het moeilijk is een causale link vast te stellen tussen het beleid en de waargenomen ontwikkelingen.

Literatuur

Bestuursakkoord-nieuwe-stijl (Bans). Monitoren volgens Bans. Inventarisatie en plan van aanpak voor de stroomlijning van bestaande monitors in het kader van het Bestuursakkoord-nieuwe-stijl. Verantwoording van werkzaamheden, voorjaar 2000.

Bosma H, van de Mheen HD, Mackenbach JP. Social class in childhood and general health in adulthood: questionnaire study of contribution of psychological attributes. *BMJ* 1999;318(7175):18-22.

CBS. Nieuwsbrief Strategisch Project Zorg. Voorburg, 2002;1:1-4.

Droomers M. Socioeconomic differences in health related behaviour. Enschede, 2002.

Hwang S-J, Beaty TH, Liang K-Y, Coresh J, Khoury MJ. Minimum sample size estimation to detect gene-environment interaction in case-control designs. *Am J Epidemiol* 1994;140(11):1029-1037.

Kunst AE, Bos V, Mackenbach JP. Monitoring socio-economic inequalities in health in the European Union: guidelines and illustrations. A report for the Health Monitoring Program of the European Commission. Rotterdam: MGZ, 2000.

Kunst AE, Mackenbach JP. Ontwikkeling en toepassing van indicatoren van sociaal-economische status binnen het GezondheidsStatistisch Bestand. Rotterdam, 2002.

Van der Meer JBW. Equal care, equal cure? Amsterdam, 1998.

Van de Mheen H, Stronks K, Looman CW, Mackenbach JP. Does childhood socioeconomic status influence adult health through behavioural factors? *Int J Epidemiol* 1998;27(3):431-7.

ProgrammaCommissie Sociaal-Economische GezondheidsVerschillen II. Sociaal-economische gezondheidsverschillen verkleinen. Eindrapportage en beleidsaanbevelingen van de programmacommissie SEGV-II. Den Haag: ZON, 2001.

Schrijvers CTM, Stronks K, van de Mheen HD, Mackenbach JP. Explaining educational differences in mortality: the role of behavioral and material factors. *Am J Public Health* 1999;89(4):535-40.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en sport. Vergaderjaar 2001-2002, 280000 XVI, nr. 18.

Bijlage I. Verantwoording en achtergronden van keuze voor indicatoren

De selectie van indicatoren is gebaseerd op:

- wat betreft gezondheid: een evenwichtige keuze uit objectieve en subjectieve gezondheidsmaten en (gezonde) levensverwachting,
- wat betreft determinanten van gezondheid: de sterkte van de relatie met SEGV, dus zowel
 - de grootte van het verschil tussen SES-groepen in de bevolking
 - als de bijdrage van de determinant aan de verklaring van SEGV
- de intensiteit van (SEGV) beleid t.a.v. betreffende de indicator, en
- de beschikbaarheid van gegevens.

Sociaal-economische status

Indicatoren:

- opleiding
- inkomen
- geografische indicator (waaraan geografische SES-indicator kan worden gekoppeld)

De sociale stratificatie van een maatschappij geeft de rangorde weer gebaseerd op de (ongelijke) verdeling van bezit, opleiding en macht (Stolwijk en Raat, 1990; Ultee et al., 2001). In de praktijk van het epidemiologisch onderzoek wordt de sociale stratificatie over het algemeen geoperationaliseerd via drie indicatoren (Liberatos et al., 1988; Stolwijk en Raat, 1990):

- opleiding
- beroep
- inkomen.

Op grond van iemands opleiding, beroep en inkomen kan dus de Sociaal-Economische positie of Status (SES) van die persoon bepaald worden. Echter, bij specifieke groepen, zoals vrouwen, kinderen en jongeren, ouderen, uitkeringsgerechtigden zonder betaald werk en etnische minderheden zijn er vaak beperkingen in de SES-bepaling.

Opleidingsniveau wordt meestal gemeten als de hoogste opleiding afgesloten met een diploma of akte. Opleiding is de meest gebruikte en geschikte indicator voor sociaal-economische status in Nederland (van Berkel-van Schaik en Tax, 1990). Opleidingsniveau als indicator voor SES heeft het voordeel dat het beschikbaar is voor zowel mannen als vrouwen, ongeacht of ze betaald werk verrichten of niet. Verder is het gemakkelijk te meten en verwerken, behoorlijk stabiel onder volwassenen, en heeft het een hoge betrouwbaarheid en validiteit (Liberatos et al., 1988).

Beroepsstatus wordt weinig gemeten door systematische dataverzamelingen in Nederland, in tegenstelling tot situatie op de arbeidsmarkt of het hebben van betaald werk. Verder is het zo dat de arbeidsparticipatie van vrouwen in Nederland vrij laag is, waardoor het niet mogelijk is de beroepsstatus van een groot deel van de bevolking te bepalen.

Inkomensniveau wordt vaak weergegeven als het netto inkomen van een huishouden in een bepaalde periode gedeeld door het aantal personen in het huishouden (Schiepers, 1993) en kan dus voor de meeste personen gemeten worden.

In Nederland bestaat er al langer beleid gericht op het verkleinen van verschillen in opleidings- en inkomensniveau. Al decennia lang wordt een onderwijsbeleid gevoerd dat zich richt op het verminderen van de samenhang tussen milieu van herkomst en de kans op een succesvolle schoolloopbaan. Dit geldt ook voor het inkomensbeleid. De Nederlandse verzorgingstaat kent in vergelijking tot andere westerse landen een relatief sterke inkomensherverdeling en mede daardoor een relatief geringe inkomensongelijkheid en zeer lage prevalentie van armoede (PC-SEGV II, 2001).

Naast de sociaal-economische status van het individu, kunnen ook geografische gebieden (gemeenten, wijken of buurten) op grond van bepaalde kenmerken worden gerangschikt naar de mate van sociaal-economische achterstand. Voorbeelden van deze kenmerken zijn percentage laag opgeleiden, percentage laag inkomen of percentage autobezit (van de Lucht en Verkleij, 2001; Stolwijk en Raat, 1990). Het is gebleken dat de sociaal-economische verschillen in sterfte die op buurtniveau worden waargenomen en de verschillen die in Nederland op individueel niveau lijken te bestaan redelijk overeenstemmen (Bos et al., 2000). Bij het beschrijven van sociaal-economische verschillen op buurtniveau in het kader van het Grote Steden Beleid (GSB) kan het best gebruik worden gemaakt van de sociaal-economische status van de wijk uit het Wijk- en buurtregister van het CBS, waarin onder andere informatie over het percentage lage inkomens in de wijk is opgenomen. In het geval van een voldoende grote steekproef kan daaruit echter ook het percentage laag opgeleiden of met een laag inkomen voor een bepaalde buurt worden herleid.

Achtergrondkenmerken

Sociaal-economische status hangt verder ook nog samen met andere maatschappelijke factoren. Een belangrijk voorbeeld is etniciteit: allochtonen hebben vaak een lager opleidings- en inkomensniveau, en daarnaast een slechtere gezondheidstoestand die slechts gedeeltelijk is terug te voeren op een lagere sociaal-economische status (PC-SEGV II, 2001). De SEGV-monitor richt zich in eerste instantie niet op de beschrijving van verschillen tussen etnische groepen. Etniciteit is echter wel een belangrijke achtergrondvariabele in de beschrijving van verschillen tussen sociaal-economische status groepen. Het is hierdoor van groot belang dat de gebruikte databronnen voldoende representatief zijn voor zowel autochtonen als de grote allochtone groepen (Surinamers, Marokkanen, Turken en Antillianen).

De SEGV-monitor richt zich op de beschrijving van SEGV onder volwassenen. Dit is mede ingegeven door de beperkte beschikbaarheid van informatie over sociaal-economische status van jongeren en het aantal jongeren waarvan informatie beschikbaar is in bestaande databronnen. Veel dataverzamelingen richten zich alleen op volwassenen (monitor VGZ en het WoningBehoeftte Onderzoek) en in het geval er ook jongeren worden opgenomen in het onderzoek is dit maar een klein percentage en zijn de aantallen dus niet voldoende groot voor valide uitspraken (5.000 jongeren in CBS-POLS \pm 20%). Het is moeilijk de eigen sociaal-economische status van jongeren te bepalen, aangezien zij vaak nog bezig zijn met een opleiding en als ze al een baan hebben, de beroepstatus en het inkomen nog sterk in ontwikkeling zijn. Sociaal-economische status van jongeren wordt daarom vaak geoperationaliseerd als de sociaal-economische status van de ouders. In de meeste onderzoeken wordt hierover geen navraag gedaan.

Gezondheidsselectie

Indicatoren:

- inkomenssituatie van arbeidsongeschikten
- positie op de arbeidsmarkt van chronisch zieken

Het negatieve effect van ongezondheid op de sociaal-economische status (het selectiemechanisme) speelt een minder grote rol in de verklaring van SEGV dan de invloed van sociaal-economische status op gezondheid (het causatiemechanisme). Een deel van het vaker voorkomen van ziekte en ongezondheid in lagere SES-groepen is echter het gevolg van het feit dat mensen die ongezond zijn, vaker dalen op de sociaal-economische ladder. Een voorbeeld van gezondheidselectie is bijvoorbeeld het verlies van een baan of inkomsten door ziekte of arbeidsongeschiktheid. Het effect van gezondheidselectie wordt goed weergegeven door (1) de inkomensituatie van arbeidsongeschikten en (2) het percentage chronisch zieken dat betaald werk heeft (PC-SEGV II, 2001).

Gezondheidsselectie is één van de terreinen waarop veel beleid wordt gevoerd. Een groot deel van de wetgeving, instellingen en uitvoeringsregelingen op het terrein van de sociale zekerheid is gericht op het verminderen van de negatieve effecten van gezondheidsproblemen op het inkomensniveau (PC-SEGV II, 2001).

Gezondheidstoestand

Indicatoren:

- sterfte
- oordeel eigen gezondheid
- psychische gezondheid
- chronische aandoeningen
- beperkingen of handicaps
- overgewicht

De SEGV-monitor rapporteert over zowel subjectieve als objectieve gezondheidsmaten, gebaseerd op een combinatie van respectievelijk zowel zelfgerapporteerde gegevens als registraties. De vergelijking van de sociaal-economische verdeling van verschillende gezondheidsindicatoren maakt ook de onderliggende processen van SEGV meer inzichtelijk. Sociaal-economische gezondheidsverschillen worden gerapporteerd voor veel verschillende maten van gezondheid, zowel voor subjectieve gezondheidsproblemen en ervaren gezondheidstoestand, als ook voor chronische aandoeningen, sterfte en (gezonde) levensverwachting (Stronks, 1997; Schrijvers et al., 1999; Van Hertem et al., 2002). Lager opgeleide personen hebben ook vaker overgewicht (Van Lenthe et al., 2000). Volgens richtlijnen voor het monitoren van SEGV op Europees niveau wordt zelf-gerapporteerde gezondheid het best gemeten met het oordeel eigen gezondheid, chronische aandoeningen, beperkingen of handicaps en langdurige gezondheidsproblemen (Kunst et al., 2000).

Zelf-gerapporteerde (subjectieve) gezondheidsmaten meten ook een psychosociaal aspect en omvatten de eigen perceptie van personen. Hierdoor fluctueren prevalenties in zelf-gerapporteerde gezondheidsindicatoren, afhankelijk van maatschappelijke ontwikkelingen, verspreiding van kennis, conjunctuur, etc. Objectieve gezondheidsindicatoren zijn door een arts gediagnosticeerde ziektes en beperkingen of informatie uit (zorg)registraties. Maar ook deze zogenaamde objectieve gezondheidsmaten zijn in zekere mate onderhevig aan ontwikkelingen en trends.

De doelstelling van het kabinet is specifiek het verlengen van de gezonde levensverwachting van de lage sociaal-economische statusgroepen met drie jaren (Tweede Kamer, 2001-2002). Het verminderen van sterfte oftewel het verlengen van de levensverwachting is uiteraard niet binnen korte tijd realiseerbaar. Effect van het voorgenomen beleid en interventies zijn waarschijnlijk sneller merkbaar in de meer subjectieve maten voor gezondheidstoestand, zoals ervaren gezondheid.

Gezondheidgerelateerd gedrag

Indicatoren:

- lichaamsbeweging
- roken
- alcohol consumptie
- voedingspatroon

Personen met een lagere sociaal-economische status roken en drinken vaker, terwijl ze minder vaak bewegen of sporten. De grootste sociaal-economische verschillen bestaan voor lichaamsbeweging, gevolgd door rookgedrag en daarna alcohol consumptie (Droomers, 2002). Lagere sociaal-economische groepen eten over het algemeen minder groenten en fruit en meer vet (Jansen et al., 2002). De sociaal-economische verschillen in voedingspatroon zijn echter minder groot, omdat de allerlaagste sociaal-economische groep echter bijna evenveel groenten en fruit consumeren als de hoogste sociaal-economische groep, hoewel dit voor een deel misschien veroorzaakt wordt door overrapportage van de consumptie in deze groep (Voedingscentrum, 2000).

Sociaal-economische verschillen in ongezond gedrag leveren ook in Nederland een belangrijke bijdrage aan het voorkomen van sociaal-economische gezondheidsverschillen (van Lenthe et al., 2002; Schrijvers et al., 1999; Stronks, 1997). Sociaal-economische verschillen in (gebrek aan) lichaamsbeweging leveren de grootste bijdrage aan de verklaring van de relatie tussen SES en sterfte, gevolgd door alcoholconsumptie en rookgedrag (Schrijvers et al., 1999). Sociaal-economische verschillen in hartinfarcten worden met name verklaard door rookgedrag (27%) en alcohol consumptie (24%), terwijl sociaal-economische verschillen in lichaamsbeweging in dezen minder belangrijk zijn (van Lenthe et al., 2002). Er is geen informatie over de bijdrage van sociaal-economische verschillen in voedingspatroon aan het ontstaan van SEGV in Nederland.

Omgevingsfactoren

Indicatoren:

- arbeidsomstandigheden (controle, zwaar fysiek werk)
- materiële situatie (financiële problemen, bezit)
- recreatieve voorzieningen (groen (openbaar of privé), sportscholen)
- sociale steun of sociale netwerken
- veiligheid (criminaliteit, agressiviteit, verkeer)

De volgende drie groepen omgevingsfactoren zouden de effecten van omgeving op gezondheid en gedrag kunnen veroorzaken (gebaseerd op MacIntyre en Ellaway, 2000):

- fysieke woonomstandigheden omvatten kenmerken van de woning en de woonomgeving, zoals binnenmilieu, crowding, woningdichtheid, luchtverontreiniging, waterkwaliteit of

geluidshinder. Verder kunnen wijken variëren in woningkwaliteit, de kwaliteit van bijvoorbeeld speelplaatsen, of de mate van groenvoorziening.

- sociale en culturele leefomgeving, zoals normen en waarden, integratie en migratie, mate van criminaliteit, veiligheid en sociale netwerken. Ook de reputatie van een buurt in de zin van de beoordeling door bewoners of buitenstaanders heeft een belangrijk effect op de infrastructuur in de wijk en de moraal van de bewoners.
- voorzieningen, zowel publieke als private voorzieningen ter ondersteuning van de dagelijkse activiteiten. Voorbeelden zijn scholen, verkeer en vervoer of gezondheidszorg.

Er is nog weinig bekend over de invloed van omgevingsfactoren op SEGV in Nederland, hoewel dit niet opgaat voor materiële omstandigheden, financiële problemen en arbeidsomstandigheden. De keuze van omgevingsindicatoren voor de SEGV-monitor (met name voor sociale en fysieke omgevingsfactoren en voorzieningen) is gebaseerd op resultaten van buitenlands onderzoek naar het effect van omgevingsfactoren en voorzieningen op sociaal-economische verschillen in gezondheid en leefstijl of gedrag. Het complete literatuuroverzicht is opvraagbaar bij de auteurs van dit advies.

Fysieke omstandigheden

Sommige fysieke omgevingskenmerken hebben invloed op alle bewoners van een bepaald gebied. Dit soort omgevingskenmerken zijn bijvoorbeeld de kwaliteit van de lucht of het water en het klimaat. Variaties in gezondheid en sterfte tussen kleinere gebieden of groepen mensen kunnen daarom niet worden verklaard vanuit dit soort factoren, omdat deze daarvoor een te groot 'bereik' hebben. De gezondheid wordt verder beïnvloed door de fysieke omgeving thuis, op het werk en op scholen of plekken voor recreatie (speelplaatsen). De impact van de laatste soort omgevingsfactoren is afhankelijk van het individuele contact met gezondheidsbedreigende omgevingsfactoren (Macintyre en Ellaway, 2000).

Arbeidsomstandigheden

Sociaal-economische status is nauw verweven met arbeidsomstandigheden; mensen met een lagere opleiding komen terecht in banen met gemiddeld ongunstigere arbeidsomstandigheden en kunnen daar na verloop van tijd ongunstige gezondheidseffecten van ondervinden (PC-SEGV II, 2001). Ook in Nederland dragen verschillen in arbeidsomstandigheden bij aan de relatie tussen sociaal-economische status en gezondheid. Met name zwaar of gevaarlijk fysiek werk en een geringe controle over eigen werkzaamheden dragen bij aan slechtere gezondheid van de lagere sociaal-economische groepen (Schrijvers et al., 1998). Ook uit de internationale literatuur bleek het belang van arbeidsomstandigheden in het ontstaan van SEGV (Evans en Kantrowitz, 2002; Marmot et al., 1997).

Materiële omstandigheden

Lage inkomens en financiële problemen komen vaker voor in lagere sociaal-economische groepen en dragen op deze manier bij aan het vaker voorkomen van gezondheidsproblemen onder deze groepen, deels via een verband met ongezond gedrag (Droomers, 2002; Van Lenthe et al., 2002; Schrijvers et al., 1999; Stronks, 1997).

Sociale en culturele omgeving

De manier waarop een individu is verbonden met en verankerd in een maatschappij is van groot belang voor de gezondheid en het welbevinden van dat individu (Berkman en Glass, 2000). Gebrek aan sociale banden of sociale netwerken zijn gerelateerd aan een hogere

sterftetekans voor bijna elke doodsoorzaak. Sociale netwerken beïnvloeden gedrag en gezondheid via 4 wegen: (1) sociale steun, (2) sociale beïnvloeding, (3) sociale betrokkenheid en gehechtheid, en (4) toegang tot hulpbronnen en materiële goederen.

In tegenstelling tot sociale netwerken en sociale steun die worden gemeten op individueel niveau, zijn sociale cohesie en sociaal kapitaal, collectieve dimensies van de sociale en culturele omgeving in een maatschappij. Sociale cohesie omvat de samenhang en solidariteit binnen de samenleving. Sociale cohesie kenmerkt zich door de afwezigheid van sociale conflicten en de aanwezigheid van sterke sociale banden. Een groep met een hoge sociale cohesie wordt gekenmerkt door een overvloed aan sociaal kapitaal. Sociaal kapitaal komt voort uit sociale structuren, waaronder vertrouwen en wederkerigheid van actie en hulp, en fungeert als hulpbron voor individuen en faciliteert collectieve actie. Voorbeelden van indicatoren voor sociaal kapitaal zijn vertrouwen en betrouwbaarheid, mate van (sociale) verplichtingen, vrijwilligerswerk, ervaren reciprociteit, mate van lokale organisatie, verenigingen, sociale controle, of lidmaatschappen (Kawachi en Berkman, 2000).

Sociale steun

De internationale literatuur over sociale omgevingsfactoren benadrukt het belang van veiligheid (Evans en Kantrowitz, 2002; Giles-Corti en Donovan, 2002; Sanderson et al., 2002; Seefeldt et al., 2002) en sociale steun (Buka et al., 2003; Marmot et al., 1998; McCarthy, 2000; Parks et al., 2003; Seefeldt et al., 2002) voor zowel verschillen in gezondheid als in leefstijl.

Voorzieningen

Voorzieningen, zowel publiek als privaat, vergemakkelijken het dagelijks leven. Voorbeelden van dit soort voorzieningen zijn mogelijkheden tot opleiding, openbaar vervoer, het schoonmaken van openbare ruimtes, straatverlichting, politiecontrole, en gezondheidszorg. De invloed van voorzieningen op de gezondheid is afhankelijk van persoonlijke omstandigheden. Openbaar vervoer is bijvoorbeeld minder belangrijk als men een auto heeft (Macintyre en Ellaway, 2000). Zorgvoorzieningen worden hieronder apart besproken.

Recreatieve voorzieningen en groen

In de internationale literatuur over de impact van voorzieningen op sociaal-economische gezondheidsverschillen worden de meest consistente resultaten gerapporteerd over de invloed van recreatieve voorzieningen en groen op zowel verschillen in gezondheid als in leefstijl (Evans en Kantrowitz, 2002; Giles-Corti en Donovan, 2002; Hancock, 2001; Parks et al., 2003; Sanderson et al., 2002; Seefeldt et al., 2002).

Zorggebruik

Indicatoren:

- huisartsbezoek
- consult bij medisch specialist
- verblijf in ziekenhuis
- consult bij paramedici (fysiotherapie, ergotherapie, enz.)

In de bestudering van sociaal-economische verschillen in het zorggebruik, oftewel uitspraken te doen over de (on)gelijke toegankelijkheid van de zorg, dient altijd te worden gecorrigeerd voor de slechtere gezondheidstoestand van lagere SES-groepen.

Er bestaan in Nederland, ondanks de over het algemeen goed toegankelijke gezondheidszorg, toch sociaal-economische verschillen in gebruik of aanbod van gezondheidszorg (PC-SEGV II, 2001). Lagere sociaal-economische groepen maken over het algemeen vaker gebruik van de huisarts, zelfs wanneer rekening wordt gehouden met hun slechtere gezondheid. Verder bezoeken ze minder vaak een specialist in het ziekenhuis in vergelijking met hogere sociaal-economische groepen (Van der Meer, 1998; Smits et al., 2002). Ook doen lagere sociaal-economische groepen minder vaak mee aan bevolkingsonderzoeken ter preventie van bijvoorbeeld kanker (Smits et al., 2002).

In Nederlandse onderzoeken worden weinig aanwijzingen gevonden voor de verklaring van SEGV door sociaal-economische verschillen in zorggebruik. Maar een klein deel van de hogere prevalentie van chronische ziektes in lagere sociaal-economische groepen wordt veroorzaakt doordat deze mensen minder zorg gebruiken (Van der Meer et al., 1999; Schrijvers, 1996). Het is in Nederland echter wel zo dat lagere sociaal-economische groepen vaker een minder gunstig beloop van hun chronische ziekte rapporteren. Zij hebben vaker complicaties en minder kans de ziekte te overleven (Van der Meer et al., 1999; PC-SEGV, 2001; Schrijvers, 1996).

Literatuur

Berkel-van Schaik AB van, Tax B. Naar een standaard operationalisatie van sociaal-economische status voor epidemiologisch en sociaal-medisch onderzoek. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1990.

Berkman LF, Glass T. Social integration, social networks, social support and health. In: Berkman LF, Kawachi I (eds). *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press, 2000.

Bos V, Kunst AE, Mackenbach JP. Nationale gegevens over sociaal-economische sterfteverschillen op basis van informatie over kleine geografische eenheden. Rotterdam: iMGZ, 2000.

Buka SL, Brennan RT, Rich-Edwards JW, Raudenbush SW, Earls F. Neighborhood support and the birth weight of urban infants. *Am J Epidemiol* 2003;157(1):1-8.

Droomers M. Socioeconomic differences in health related behaviour. Enschede, 2002.

Evans GW, Kantrowitz E. Socioeconomic status and health: the potential role of environmental risk exposure. *Annu Rev Public Health* 2002;23:303-331.

Giles-Corti B, Donovan RJ. Socioeconomic status differences in recreational physical activity levels and real and perceived access to a supportive physical environment. *Prev Med* 2002;35(6):601-611.

Hancock T. People, partnerships and human progress: building community capital. *Health Promot Internation* 2001;16(3):275-280.

Herten L van, Oudshoorn K, Perenboom RJM, et al. Gezonde levensverwachting naar sociaal-economische status. TNO-rapport 2002.170. Leiden; TNO-PG, 2002.

Jansen J, Schuit AJ, van der Lucht F. Tijd voor gezond gedrag. Bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen. Houten: RIVM, 2002.

Kawachi I, Berkman L. Social cohesion, social capital and health. In: Berkman LF, Kawachi I (eds). *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press, 2000.

Kunst AE, Bos V, Mackenbach JP. Monitoring socio-economic inequalities in health in the European Union: guidelines and illustrations. A report for the Health Monitoring Program of the European Commission. Rotterdam: MGZ, 2000.

Lenthe FJ van, Droomers M, Schrijvers CT, Mackenbach JP. Socio-demographic variables and 6 year change in body mass index: longitudinal results from the GLOBE study. *Int J Obes Relat Metabol Disord* 2000;24(8):1077-1084.

Lenthe FJ van, Gevers E, Joung IM, Bosma H, Mackenbach JP. Material and behavioral factors in the explanation of educational differences in incidence of acute myocardial infarction: the GLOBE study. *Ann Epidemiol* 2002;12(8):535-42.

- Liberatos P, Link BG, Kelsey JL. The measurement of social class in epidemiology. *Epidemiol Rev* 1988;10:87-121.
- Lucht F van de, Verkleij H. *Gezondheid in de grote steden. Achterstanden en kansen.* Houten: RIVM, 2001.
- MacIntyre S, Ellaway A. Ecological approaches: rediscovering the role of the physical and social environment. In: Berkman LF, Kawachi I (eds). *Social epidemiology.* New York: Oxford University Press, 2000.
- Marmot MG, Bosma H, Hemingway H, Brunner E, Stansfeld S. Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. *Lancet* 1997;350(9073):235-239.
- Marmot MG, Fuhrer R, Ettner SL, Marks NF, Bumpass LL, Ryff CD. Contribution of psychosocial factors to socioeconomic differences in health. *Milbank Q* 1998;76(3):403-448.
- McCarthy M. Social determinants and inequalities in urban health. *Rev Environ Health* 2000;15(1-2):97-108.
- Van der Meer JBW. *Equal care, equal cure?* Amsterdam, 1998.
- Parks SE, Housemann RA, Brownson RC. Differential correlates of physical activity in urban and rural adults of various socioeconomic backgrounds in the United States. *J Epidemiol Community Health* 2003;57(1):29-35.
- ProgrammaCommissie Sociaal-Economische Gezondheidsverschillen II. *Sociaal-economische gezondheidsverschillen verkleinen. Eindrapportage en beleidsaanbevelingen van de programmacommissie SEGV-II.* Den-Haag: ZON, 2001.
- Sanderson B, Littleton M, Pulley L. Environmental, policy and cultural factors related to physical activity among rural, African American women. *Women Health* 2002;36(2):75-90.
- Schiepers JMP. Equivalence scales according to the budget attribution method, 1986-1990; main results. *Suppl Sociaal-Economische Maandstatistiek* 1993;5:32-40
- Schrijvers CTM. *Socioeconomic inequalities in cancer survival in the Netherlands and Great Britain. Small-area based studies using cancer registry data.* Utrecht, 1996
- Schrijvers CTM, van de Mheen HD, Stronks K, Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in health in the working population: the contribution of working conditions. *Int J Epi* 1998;27(6):1011-8.
- Schrijvers CTM, Stronks K, van de Mheen HD, Mackenbach JP. Explaining educational differences in mortality: the role of behavioral and material factors. *Am J Public Health* 1999;89(4):535-40.
- Seefeldt V, Malina RM, Clark MA. Factors affecting levels of physical activity in adults. *Sports Med* 2002;32(3):143-168.

Smits JPJM, Droomers M, Westert GP. Sociaal-economische status en toegankelijkheid van zorg in Nederland. Report 279601002/2002. Bilthoven: RIVM, 2003.

Stolwijk AM, Raat AM. Sociaal-economische status. Het begrip, de meting en de classificatie in epidemiologisch onderzoek. Rotterdam: GGD-Rotterdam, 1990.

Stronks K. Socioeconomic inequalities in health: individual choice or social circumstances? Wageningen: 1997.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en sport. Vergaderjaar 2001-2002, 280000 XVI, nr. 18.

Ultee WC, Arts WA, Flap HD. Sociologie: vragen, uitspraken, bevindingen. Groningen: Nijhoff, 2001.

Voedingscentrum. Goede voeding voor iedereen?! Advies op basis van platformdiscussie over effectieve voedingsinterventies gericht op achterstandsgroepen dd. 8 februari 2000.

Bijlage II. Operationalisatie van de inhoud van de SEGV-monitor

| Indicator | Monitor VGZ N=80.000 per 4 jaar | WoningBehoeftteOnderzoek N=60.000 per 4 jaar | CBS-POLS N=22.000 per jaar (9.700 voor G&A) |
|---|---|--|--|
| SES | | | |
| opleiding | Wat is uw hoogst voltooide opleiding? | Wat is uw hoogst voltooide opleiding? | Heeft u na de lagere school een opleiding van 2 jaar of langer gevolgd? Heeft u hiervoor de akte, het getuigschrift of het diploma behaald? Welke opleiding was dat? Soort school of instelling? |
| inkomen | | Hoeveel bedragen uw netto maandinkomsten? Wat is uw netto loon per maand? | Zou u willen aangeven wat het netto inkomen van dit huishouden in een gewone maand is? Als meer dan 1 persoon een eigen inkomen heeft, wilt u dan alle netto inkomens bij elkaar optellen? |
| postcode | Wat zijn de 4 cijfers van uw postcode? | Waarschijnlijk ook info over postcode | |
| Gezondheidsselectie | | | |
| arbeidsongeschiktheid | Ontvangt u een uitkering i.v.m. arbeidsongeschiktheid? | Ontvangt u een van de volgende uitkeringen in verband met ziekte of arbeidsongeschiktheid (WAO, WAZ, Wajong of ziekwet)? | Heeft u ook inkomsten uit een arbeidsongeschiktheidsuitkering? |
| positie arbeidsmarkt | Waar aan besteedt u afgezien van ontspanning de meeste tijd (betaald werk)? Hebt u op dit moment betaald werk? Hoeveel uur? | Heeft u op dit moment betaald werk? | Waar aan besteedt u afgezien van ontspanning de meeste tijd (betaald werk)? Hebt u op dit moment betaald werk? Hoeveel uur? |
| Gezondheid | | | |
| sterfte (gezonde) levensverwachting oordeel eigen gezondheid (OEG) psychische gezondheid | via CBS sterfte + OEG of beperkingen SF-12 SF-12 en (MHI-5 of GHQ)? | Hoe is over het algemeen uw gezondheid? | Hoe is over het algemeen uw gezondheid? In welke mate vindt u zichzelf een gelukkig mens? Heeft u zich de afgelopen weken wel eens erg eenzaam en verlaten gevoeld, rusteloos gevoeld, erg verveeld, erg terneergeslagen |

| Indicator | Monitor VGZ | WoningBehoeftOnderzoek | CBS-POLS |
|-------------------------|---|---|--|
| chronische aandoeningen | <p>Heeft u suikerziekte? Heeft u ooit een beroerte, hersenbloeding of –infarct gehad? Heeft u ooit een hartinfarct gehad? Heeft u de afgelopen 12 maanden een andere ernstige hartaandoening gehad? Heeft u ooit een vorm van kanker gehad? Wilt u bij de volgende 14 ziekten en aandoeningen aankruisen of u die heeft of in de afgelopen 12 maanden heeft gehad?</p> | | <p>gevoeld of ergens over in de put gezeten, van streek gevoeld omdat iemand een aanmerking op u maakte? Hier onder staan een aantal ziekten en aandoeningen. Kunt u aangeven of u die heeft of in de afgelopen 12 maanden heeft gehad? Astma, ontsteking van neusbijholte, voorhoofdsholte of kaakholte, ernstige hartkwaal of hartinfarct, hoge bloeddruk, (gevolgen van) een beroerte, maagzweer, ernstige darmstoornissen langer dan 3 maanden, galstenen of galblaas ontsteking, leverziekte, nierstenen, ernstige nierziekte, chronische blaasontsteking, verzakking, schildklierafwijking, rugaandoening langer dan 3 maanden, gewrichtsslijtage, gewrichtsontsteking of ander chronische reuma, epilepsie, duizeligheid met vallen, migraine, ernstige huidziekte, kwaadaardige aandoening of kanker, suikerziekte?</p> |
| beperkingen | | <p>In noem u nu een aantal activiteiten. Kunt u aangeven of u deze activiteiten in het algemeen zonder moeite, met moeite of alleen met anderen kunt doen? Trap lopen, gaan zitten en opstaan, woning verlaten en binnen gaan, volledig wassen, 10 minuten lopen zonder te stoppen, half uur staan of zitten, dagelijkse boodschappen, klussen waarbij een huishoudtrap nodig is.</p> | <p>Heeft u last van een of meer langdurige ziekten, aandoeningen of handicaps? Bent u als gevolg van een langdurige ziekte, aandoening of handicap belemmerd bij het uitvoeren van dagelijkse bezigheden thuis, op het werk of in uw vrijetijdsbesteding? Kunt u een gesprek volgen in een groep van 3 of meer personen, met 1 andere persoon een gesprek voeren, kleine letters in de krant lezen, op een afstand van 4 meter het gezicht van iemand herkennen, hard voedsel bijten en kauwen, voorwerp</p> |

| Indicator | Monitor VGZ | WoningBehoeftOnderzoek | CBS-POLS |
|------------------|--|---|--|
| overgewicht | Hoeveel kilo weegt u (zonder kleren)? Hoe lang bent u (zonder schoenen)? | | van 5 kilo 10 meter dragen, bukken en iets van de grond pakken, 400 meter lopen zonder stil te staan? Hoe lang bent u (zonder schoenen)? Hoeveel kilo weegt u zonder kleren? |
| Gedrag | | | |
| roken | Rookt u wel eens? Wat rookt u en hoeveel? | | Rookt u? |
| lichaamsbeweging | Het gaat alleen om lichaamsbeweging die tenminste even inspannend is als stevig doorlopen of fietsen. Hoeveel dagen per week verricht u in de zomer / winter, alles bij elkaar opgeteld, tenminste 30 min per dag zulke lichaamsbeweging? Hoe vaak beoefent u in uw vrije tijd in de zomer / winter inspannende sporten of zware lichamelijke activiteiten die lang genoeg duren om bezweet te raken (tenminste 20 min per keer)? | Hoeveel uur per week besteedt u aan lichamelijke sport? | Hoeveel uur per week besteedt u aan lichamelijke sport? Hoeveel keer sport u gemiddeld per week? Hoeveel uur besteedt u aan wandelen of fietsen per week? |
| alcohol | Wilt u aangeven welke soorten alcoholhoudende drank u in de afgelopen 12 maanden wel eens heeft gedronken? Op hoeveel van de 4 door-de-weekse dagen drinkt u gemiddeld genomen alcoholhoudende drank? En hoeveel glazen dan gemiddeld? Op hoeveel van de 3 weekenddagen drinkt u gemiddeld genomen alcoholhoudende drank En hoeveel glazen dan gemiddeld? Hoe vaak heeft u de afgelopen vier weken 6 of meer glazen alcoholhoudende drank op 1 dag gedronken? | | Wilt u aangeven welke alcohol houdende dranken u wel eens drinkt? Heeft u het laatste half jaar wel eens 6 of meer glazen alcohol op een dag gedronken? Hoe vaak? Drinkt u wel eens alcohol op door-de-weekse dagen (maandag tot en met donderdag)? Op hoeveel van de 4 door-de-weekse dagen drinkt u dan? Hoeveel glazen drinkt u dan gemiddeld? Drinkt u wel eens alcohol in het weekend? Op hoeveel van de 3 weekend dagen drinkt u meestal? Hoeveel glazen drinkt u gemiddeld op zo'n weekend-dag? |

| Indicator | Monitor VGZ | WoningBehoeftOnderzoek | CBS-POLS |
|--|--|------------------------|--|
| voeding | <p>Hoeveel dagen in de week heeft u de afgelopen maand gekookte of gebakken groenten, sla of rauwkost gegeten? En hoeveel?</p> <p>Hoeveel dagen in de week heeft u de afgelopen maand fruit gegeten of vruchtensap gedronken? En hoeveel?</p> <p>Hoeveel dagen in de week gebruikt u gewoonlijk een ontbijt?</p> <p>Hoeveel sneden brood eet u gemiddeld per dag? Welk soort brood?</p> <p>Waarmee besmeert u gewoonlijk uw brood?</p> | | |
| Omgevingsfactoren arbeidsomstandigheden | facultatieve module | | <p>Moet u onder hoge tijdsdruk werken? Moet u in hoog tempo werken? Krijgt u op u werk opdrachten die moeilijk met elkaar te combineren zijn? Heeft u voor het uitvoeren van uw werk eigenlijk te weinig tijd? Kunt u zelf het werktempo regelen? Kunt u zelf beslissen hoe u het werk uitvoert? Bepaalt u zelf de volgorde van uw werkzaamheden?</p> <p>Werkt u in ploegendienst? Heeft u het afgelopen jaar wel eens 's avonds of in het weekeinde gewerkt? Doet u werk waarbij u veel kracht moet zetten, bv. tillen, duwen, trekken, sjouwen, of gebruikt u in uw werk gereedschappen en apparaten waarbij u veel kracht moet zetten? Doet u werk waarbij u langdurig in dezelfde of een ongemakkelijke houding bezig bent? Doet u werk waarbij u meer keren per minuut dezelfde beweging maakt of kracht moet</p> |

| Indicator | Monitor VGZ | WoningBehoeftOnderzoek | CBS-POLS |
|---------------------------|-------------------|---|---|
| materiële omstandigheden | Kunt u rondkomen? | Heeft uw huishouden een PC, internet-aansluiting, videorecorder, DVD-speler, magnetron, vaatwasmachine? | <p>zetten met handen en armen? Doet u werk waarbij u bezweet of buiten adem raakt? Werkt u in een lawaaiige omgeving? Is er zoveel lawaai dat u hard moet praten? Gebruikt u gehoorbeschermers? Doet u vuil werk? Is er stank in uw werkomgeving? Doet u gevaarlijk werk? Kunt u op ieder moment dat u dat nodig vindt het werk onderbreken? Kunt u de temperatuur of ventilatie zelf regelen? Heeft u in het afgelopen jaar conflicten gehad met uw directe chef? Werkt u zelfstandig of onder leiding? Doet u eentonig werk? Moet u in uw baan zelf oplossingen bedenken om bepaalde dingen te doen? Moet u erg veel werk doen? Heeft u problemen met werkdruk en tempo? Heeft u de gelegenheid u te ontplooiën in uw werk?</p> |
| recreatieve voorzieningen | | <p>Hoe tevreden bent u over de volgende voorzieningen en maakt u hier doorgaans gebruik van? Winkels voor de dagelijkse boodschappen bij u in de buurt, openbaar vervoer bij u in de buurt, groen bij u in de buurt, voorzieningen voor jongeren tussen 12 en 18 jaar in de buurt, speelgelegenheid voor jonge kinderen in de buurt, kinderdagverblijven, crèches of peuterspeelzalen in de buurt. Hoort bij uw woonruimte een eigen tuin, patio, binnenplaats of erf en wat is het</p> | Is er is uw huishouden een videorecorder, CD-speler, magnetron, vaatwasmachine, PC, internet-aansluiting? |

| Indicator | Monitor VGZ | WoningBehoeftOnderzoek | CBS-POLS |
|---------------|---|--|--|
| sociale steun | wordt later eventueel facultatieve module | <p>oppervlakte?</p> <p>In hoeverre bent u het eens met de volgende stellingen? Ik heb veel contact met mijn directe burens of met ander buurtbewoners, in deze buurt gaat men op een prettige manier met elkaar om, ik woon in een gezellige buurt met veel saamhorigheid, mensen kennen elkaar in deze buurt nauwelijks.</p> <p>Hoe vaak heeft u contact met een of meer familieleden? Hoe vaak heeft u contact met vrienden, vriendinnen of echt goede kennissen?</p> | <p>Hoe vaak heeft u contact (ontmoetingen, telefonische en schriftelijke contacten) met familie of gezinsleden die niet bij u in huis wonen?</p> <p>Hoe vaak hebt u contact met vrienden, vriendinnen en echt goede kennissen?</p> |
| veiligheid | | <p>Komen de volgende voorvallen en misdrijven naar uw eigen idee vaak, soms of (bijna) nooit voor in uw buurt?</p> <p>Bekladding van muren en gebouwen, vernieling van telefooncellen, bus- of tramhokjes, rommel op straat, hondenpoep op straat, overlast door directe burens, overlast door omwonenden, overlast door jongeren, vormen van geluidsoverlast, vormen van stank, stof of vuil, last van het verkeer?</p> <p>In hoeverre bent u het eens met de volgende stellingen? Ik vind de verkeerssituatie in deze buurt veilig, ik ben bang in deze buurt om lastig gevallen of beroofd te worden.</p> <p>Vindt u dat de buurt waarin u woont het afgelopen jaar vooruit of achteruit is gegaan?</p> | <p>Voelt u zich wel eens onveilig (vaak, soms of zelden)? Hoe groot acht u de kans dat er de komende maanden wordt ingebroken in uw woning?</p> |

| Indicator | Monitor VGZ | WoningBehoefteOnderzoek | CBS-POLS |
|------------------------|---|--|--|
| Zorggebruik | facultatieve module | | |
| huisarts | | | Hoe vaak heeft u voor uzelf de afgelopen 14 dagen contact gehad met de huisarts? |
| medisch specialist | | | Hoe vaak heeft u in de afgelopen 2 maanden contact gehad met uw huisarts? |
| verblijf in ziekenhuis | | | Hoe vaak heeft u gedurende de afgelopen 2 maanden contact gehad met een specialist? |
| consult bij paramedici | | | Heeft u het afgelopen jaar wel eens 1 nacht of langer in een ziekenhuis of kliniek gelegen? |
| | | | Heeft u voor uzelf het afgelopen jaar gebruik gemaakt van fysiotherapie, homeopaat, acupuncturist, natuurgeneeskundige, magnetiseur, RIAGG, wijkverpleegster, gezinsverzorging, algemeen maatschappelijk werk? |
| | | Krijgt u hulp bij persoonlijke verzorging? | |
| | | Krijgt u verpleegkundige hulp? | |
| Achtergrondvariabelen | | | |
| eticiteit | Wat is uw geboorteland? Wat is het geboorteland van uw moeder en wat van uw vader? Tot welke bevolkingsgroep rekent u zichzelf? | In welk land bent u geboren? En uw vader? En uw moeder? En uw partner? Tot welke etnische groepering rekent u zich? | Wat is uw nationaliteit? Wat is uw geboorteland? En van uw vader? En van uw moeder? |
| geslacht | Wat is uw geslacht? | Respondent is man / vrouw | Stel vast geslacht respondent |
| leeftijd | Wat is uw geboortejaar? | Wat is uw geboortedatum? | Wat is uw geboortedatum? |
| | <small>grijze tekst = vraagstelling nog conceptueel additionele vragen nog in ontwikkeling</small> | | <small>grijze tekst = module Gezondheid & Arbeid 2000</small> |

Bijlage III. Inventarisatie van mogelijk relevante databronnen voor de SEGV-monitor

| | |
|--------------------|---|
| Naam | Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS) |
| Doel | Door middel van enquêtering een zo volledig mogelijk overzicht bieden van (ontwikkelingen) in leefsituatie, in het bijzonder gezondheid, arbeidsomstandigheden, rechtsbescherming, veiligheid, tijdsbesteding en wonen voor Nederlandse bevolking van 0 jaar en ouder t.b.v. planning, onderzoek en beleid |
| Geograf.afbakening | Nederland |
| Omvang | 24.000 (module Gezondheid en Arbeid 10.000) |
| Periodiciteit | Jaarlijks |
| Startjaar | (1981), 1997 |
| Organisatie | CBS |
| Naam | GezondheidsStatistischBestand, Strategisch Project Zorg CBS |
| Doel | Er bestaat een grote behoefte aan cijfermatige informatie over de gezondheidszorg in termen van geld, productievolume, productiviteit en werkgelegenheid, complementariteit van zorgcategorieën en het gebruik van de zorgdiensten door de bevolking onderscheiden naar bijvoorbeeld sociaal-economische status (CBS-Nieuwsbrief Strategisch Project Zorg. Voorburg, 2002;1:1-4). Het GezondheidsStatistisch Bestand zal ontstaan door koppeling van bestaande registraties op persoonsniveau (LMR en LAZR) aan demografische en sociaal-economische gegevens die zijn opgenomen in het zgn. Sociaal Statistisch Bestand van het CBS. |
| Geograf.afbakening | Nederland |
| Periodiciteit | Continue |
| Startjaar | Toekomst |
| Organisatie | CBS / Prismant |
| Naam | Lokale en nationale monitor volksgezondheid |
| Doel | Zichtbaar en meetbaar maken van effecten van gezondheidsbeleid door periodiek in kaart brengen van gezondheidssituatie op lokaal en nationaal niveau. Gegevens betreffende lichamelijke gezondheid, geestelijke gezondheid, medische consumptie, leefstijl, fysisch milieu, maatschappelijk milieu, achtergrond kenmerken en endogene factoren. |
| Geograf.afbakening | Nederland |
| Omvang | 2.000 tot 3.000 respondenten per GGD regio |
| Periodiciteit | 4-jaarlijks |
| Startjaar | Dataverzameling 2004 |
| Organisatie | RIVM, GGD'en, GGD-Nederland |
| Naam | Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek (AVO) |
| Doel | Verkrijgen gegevens over het gebruik van een groot aantal maatschappelijke en culturele voorzieningen door de Nederlandse bevolking. In aanvulling op AVO 1999 werd AVO Gehandicapten 2000 uitgevoerd onder mensen met een (langdurige) lichamelijke beperking, met het doel aanvullende informatie te verkrijgen over onderwerpen als aanpassingen op de arbeidsplaats, extra kosten die mensen met gezondheidsproblemen maken, het gebruik van speciaal vervoer en de toegankelijkheid van openbare gebouwen |

| | |
|--------------------|--|
| Geograf.afbakening | Nederland |
| Omvang | 6.125 huishoudens, 12.490 personen |
| Periodiciteit | 4-jaarlijks |
| Startjaar | 1979 |
| Organisatie | SCP |
| Naam | GSB-monitor (Grote Steden Beleid) |
| Doel | Ondersteuning en toetsing van het beleid(stheorie) door het inzichtelijk maken van veiligheid en leefbaarheid in buurten en wijken als ervaren door de bewoners. Vergelijken van gemeenten en van wijken en buurten. Analyses naar samenhang tussen enerzijds veiligheid en leefbaarheid onderling en anderzijds de relatie tussen veiligheid en leefbaarheid en ‘harde’ kenmerken van buurt of wijk. |
| Geograf.afbakening | 26 GSB gemeenten |
| Omvang | 30.000 buurtbewoners in 175 wijken of buurten |
| Periodiciteit | 2-jaarlijks (op vast tijdstip) |
| Startjaar | 1996 |
| Organisatie | 26 GSB gemeenten zelf, tot 2002 was ISEO (EUR onderzoeksbureau) verantwoordelijk voor de brede GSB-monitor. |
| Naam | WoonMilieuDatabase (WMB) |
| Doel | Inzicht te geven in de ontwikkelingen in wijken t.a.v. bevolking (inkomen, allochtonen), wonen (groenvoorziening), werken, vastgoed, voorzieningen, bodemgebruik en bereikbaarheid. Vergelijkingen in de tijd. |
| Geograf.afbakening | Nederland |
| Omvang | Geomarkt: 1 persoon per 6-cijferig postcodegebied; 100-200 personen op geaggregeerd 4-cijferig postcodegebied. 3-jaarlijks interview per wijk. |
| Startjaar | 1992 |
| Organisatie | Gezamenlijk project van DGWonen, RPD en SCP |
| Naam | PolitieMonitor Bevolking (PMB) |
| Doel | Leveren van (longitudinale) gegevens t.a.v. veiligheidsproblematiek en –zorg die op een andere manier niet of onvoldoende kunnen worden verkregen. Feitelijke gegevens en oordelen van burgers. Vragen over voorkomen (in de buurt) van diefstal, agressief verkeersgedrag, geluidsoverlast, bedreiging, aanrijdingen, vandalisme, overlast jongeren, rommel en hondenpoep. Onveiligheidsgevoelens. Slachtoffer van inbraak, diefstal, vernielingen, geweld, mishandeling, aanrijding geweest. Opleiding, werksituatie, etniciteit. Hiermee zijn vergelijkingen tussen regio’s en in de tijd mogelijk. Beleidsondersteuning. |
| Geograf.afbakening | Nederland |
| Omvang | ruim 88.000 respondenten (min. 1.000 respondenten per (politie)regio), plus eventueel extra respondenten per regio |
| Periodiciteit | 2-jaarlijks |
| Startjaar | 1993 |
| Organisatie | Ministerie BZK en Ministerie van Justitie |
| Naam | Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen (LINH) en de tweede Nationale Studie |
| Doel | Het genereren van continue informatie over bij de huisarts aangeboden morbiditeit en de daarbij behorende verrichtingen. |
| Geograf.afbakening | Nederland |

Omvang ruim 120 huisartspraktijken
 Periodiciteit Eens per drie maanden worden data opgevraagd; Rapportage jaarlijks.
 Startjaar 1993
 Organisatie LINH
 Opmerking In samenwerking met het LINH werd de Tweede Nationale Studie voor Verrichtingen in de Huisartsenpraktijk uitgevoerd. Doel van de 2NS-2001 is het in kaart brengen van de gezondheidstoestand (somatisch en psychisch) van de Nederlandse bevolking; gezondheidsproblemen, zorggebruik en afstemming van zorgcircuits; verdeling van gezondheid en toegankelijkheid van zorg; kwaliteit van huisartsenzorg; organisatie van huisartsenzorg.
 In het kader van de 2NS-2001 werden er in 2000/1 voor 300.000 cliënten SES-gegevens (opleiding, beroep, inkomen) verzameld.

Naam WoningBehoeft Onderzoek (WBO)

Doel Inzicht te krijgen in de huishoudenssamenstelling, de huisvestingssituatie, de woonwensen en het verhuisgedrag van de Nederlandse bevolking. Gegevens worden gebruikt voor beleidsondersteuning van rijk, gemeenten en woningcorporaties. Vanaf 1998 verbreed met enquête met modules over sociaal-culturele en sociaal-economische ontwikkelingen welke voor het brede terrein van wonen van belang zijn.

Geograf.afbakening Nederland

Omvang 60.000 respondenten en jaarlijks 15.000-30.000 extra interviews door oversampling

Periodiciteit 4-jaarlijks

Startjaar 1964

Organisatie DG-Wonen VROM. Veldwerk en dataprocessing door commerciële bedrijven.

Naam Kerncijfers Wijken en Buurten

Doel Vergelijking van gemeenten op diverse onderdelen. Vergelijking van buurten van verschillende gemeenten. Statistische gegevens van alle gemeenten, wijken en buurten van Nederland.

Geograf.afbakening Nederland

Omvang 13.657 records, één voor elk van de 538 gemeenten, 2.382 wijken en 10.737 buurten

Organisatie CBS

Naam Kerncijfers Viercijferige Postcodegebieden

Doel Vergelijking van gemeenten op diverse onderdelen. Statistische gegevens op het niveau van de vierpositie postcodes en de PTT-woonplaatsen

Geograf.afbakening Nederland

Omvang 3.968 4-cijferige postcodes en 2.441 PTT-woonplaatsen

Organisatie CBS

Naam Armoedebericht

Doel Presenteren cijfers op het gebied van armoede ter ondersteuning van het beleid gebaseerd op bestaande databronnen. Verschijnt alternerend met Armoedemonitor. Armoede-ontwikkeling aan de hand van diverse indicatoren: percentage lage inkomens, duur laag inkomen, vaste lasten, inkomen rond sociaal minimum, relatieve armoede, moeite met rondkomen, geografische spreiding lage inkomens voor verschillende huishoudens (allochtonen, eenoudergezinnen, alleenstaande ouderen).

Geograf.afbakening Nederland
Periodiciteit 2-jaarlijks
Startjaar 2000
Organisatie SCP CBS

Naam **Armoedemonitor**

Doel Bieden van een breed, empirisch en kwantitatief beeld van armoede gebaseerd op integratie bestaande databronnen en het verbeteren van de informatievoorziening op het dit terrein. Armoedebeleid op hoofdlijnen, armoededynamiek, en analyse van de verdeling van armoede over gebieden en bepaalde sociale groepen. Verschijnt alternerend met Armoedebericht

Geograf.afbakening Nederland
Periodiciteit 2-jaarlijks
Organisatie SCP CBS

Naam **Emancipatiemonitor**

Doel Beleidsondersteuning door beschrijving van de voortgang van emancipatieproces in Nederland op het gebied van onderwijs, arbeid, zorg en inkomen, dagindeling, politieke en maatschappelijke besluitvorming, geweld tegen vrouwen, en kennissamenleving. Differentiatie naar verschillende categorieën vrouwen en mannen. Integratie bestaande databronnen.

Geograf.afbakening Nederland
Periodiciteit 2-jaarlijks
Startjaar 2000
Organisatie SCP, CBS

Naam **Landelijke Jeugdmonitor**

Doel Bieden van feiten, cijfers en achtergronden over de leefsituatie van jongeren in Nederland en relateren van deze gegevens aan het jeugdbeleid. Integratie gegevens uit diverse statistische bronnen, aangevuld met gegevens eigen onderzoek.

Geograf.afbakening Nederland
Periodiciteit 2-jaarlijks
Startjaar 1999 CBS; 2000 SCP
Organisatie SCP CBS in opdracht van VWS

Naam **Integratiemonitor**

Doel Informatievoorziening over minderheden en minderhedenbeleid voor landelijke overheid.

Geograf.afbakening Nederland
Periodiciteit 2-jaarlijks
Startjaar 2000 ISEO-Integratiemonitor; 2001 SCP-Beleids effectenrapportage
Organisatie SCP CBS

Naam **Enquête beroepsbevolking (EBB)**

Doel Het bieden van een zo breed mogelijk inzicht in de omvang en aard van de beroepsbevolking en werkloosheid. Verzamelen gegevens t.b.v. de beschrijving van personen naar hun positie op de arbeidsmarkt. Kenmerken van personen worden in verband gebracht met huidige / toekomstige positie op de arbeidsmarkt. Demografische en arbeidskenmerken waaronder één variabele die de aggregatie tot een huishouden mogelijk maakt. De demografische gegevens

| | |
|---------------------|---|
| | betreffen alle leden van een huishouden. |
| Geograf.afbakening | Nederland |
| Omvang | 49.000 huishoudens, 91.000 personen |
| Periodiciteit | Jaarlijks nieuwe steekproef |
| Startjaar | 1987 |
| Organisatie | CBS |
| | |
| Naam | InkomenPanel Onderzoek (IPO) |
| Doel | Beeld te kunnen geven van samenstelling en verdeling van inkomens van personen en huishoudens in Nederland. Panelonderzoek; hetzelfde panel wordt jaarlijks aangevuld met een steekproef van 0,61% uit immigranten en nuljarigen. |
| Geograf.afbakening | Nederland |
| Omvang | 75.000 'kernpersonen' aangevuld met huishoudensleden => 210.000 personen |
| Periodiciteit | Doorlopend, jaarlijks |
| Organisatie | CBS |
| | |
| Naam | Regionaal InkomensOnderzoek (RIO) |
| Doel | Beeld te kunnen geven van de regionale samenstelling en verdeling van inkomens van personen en huishoudens in Nederland (gemeenten, wijken en buurten). Gebaseerd op fiscale inkomensgegevens aangevuld met huursubsidie- en studiefinancieringsgegevens. |
| Geograf.afbakening | Nederland |
| Omvang | 5 miljoen personen |
| Periodiciteit | Jaarlijks |
| Organisatie | CBS |
| | |
| Naam | Sociaal-Economisch Panelonderzoek (SEP) |
| Doel | Metten van allerlei aspecten van welvaart (inkomen, bezit, schulden, arbeid, duurzame goederen, wonen), hun onderlinge samenhang en veranderingen in de loop van de tijd bij een vast panel van personen en huishoudens. |
| Geograf.afbakening | Nederland |
| Omvang | Dezelfde 13.000 personen uit ± 5.000 huishoudens |
| Periodiciteit | Jaarlijks |
| Startjaar | 1984 |
| Organisatie | CBS |
| | |
| Naam | Nationaal ScholierenOnderzoek (NSO) |
| Doel | In kaart brengen van gedrag, gezondheid, opvattingen en ideeën over financiën, leefwijze en toekomst van de huidige generatie scholieren |
| Geograf.afbakening | Nederland |
| Onderzoeksmethode | Schriftelijke vragenlijst. |
| Registratie eenheid | School; scholieren voortgezet onderwijs en in 1999 ook scholieren groep 8 |
| Gegevensgroepen | denominatie, etniciteit (scholier/ouders), gezinssituatie, aantal uren dat ouders werken; scholieren inkomsten, uitgaven, werk, sparen |
| Omvang | 9.703 leerlingen 12-20 jaar. |
| Periodiciteit | 2- of 3-jaarlijks |
| Startjaar | 1984 |
| Organisatie | NIBUD, SCP, VWS |

| | |
|--------------------|---|
| Naam | Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid (NMG) |
| Doel | Op gezaghebbende wijze het overzicht te verkrijgen en behouden van GGZ gegevens die door vele partijen in Nederland verzameld worden, eenheid van taal te bewerkstellingen, onnodige overlap tegen te gaan en ontbrekende informatie waar nodig te benoemen en te verzamelen. Kortom samenhangende, eenduidige en relevante informatie voor verschillende groepen gebruikers gebaseerd op literatuuronderzoek. |
| Geograf.afbakening | Nederland |
| Periodiciteit | Jaarlijks |
| Startjaar | 2002 |
| Organisatie | Trimbos-instituut |
| | |
| Naam | NEMESIS (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study) |
| Doel | Incidentie van psychische stoornissen in een cohort wat sinds 1996 wordt gevolgd. |
| Geograf.afbakening | Nederland |
| Omvang | 7.076 personen (T0, 1996), 5.618 (T1, 1997), ? (T3, 1999) |
| Periodiciteit | 3 metingen |
| Startjaar | 1996 |
| Organisatie | Trimbos-instituut |
| | |
| Naam | Landelijke Medische Registratie (LMR) |
| Doel | Verstrekken van medisch administratieve info m.b.t. ziekenhuiszorg (incl. Dagverpleging) in Nederland, i.h.b. ter ondersteuning van het beleid van ziekenhuizen en daarbinnen van specialismen. Bieden spiegelinfo voor bedrijfs- en praktijkvergelijkingen, inzicht geven in de positie van het eigen ziekenhuis t.o.v. het te verzorgen gebied, beeldvorming t.a.v. ontwikkelingen in productie en consumptie van klinisch ziekenhuiszorg. |
| Geograf.afbakening | Nederland |
| Omvang | 110 algemene en academische ziekenhuizen met 1,5 miljoen klinisch ontslagen patiënten en 0,98 miljoen dagverplegingen; praktisch 100% dekking |
| Periodiciteit | Continu |
| Startjaar | 1963 |
| Organisatie | Prismant |
| | |
| Naam | Landelijke Ambulante Zorg Registratie (LAZR) |
| Doel | Verstrekken van info, zoals spiegel- en adherentie-info m.b.t. ambulante ziekenhuiszorg (polikliniek) in Nederland, i.h.b. ter ondersteuning van het beleid van ziekenhuizen en daarbinnen van disciplines / specialismen. |
| Geograf.afbakening | Nederland |
| Omvang | 108 algemene en academische ziekenhuizen met 8,7 miljoen eerste consulten |
| Periodiciteit | Afhankelijk van afspraken met ziekenhuis, maandelijks, per kwartaal, halfjaar of jaarlijks |
| Startjaar | 1996 |
| Organisatie | Prismant |
| | |
| Naam | Nationale DrugMonitor (NDM) |
| Doel | Het verwerven van inzicht in een aantal essentiële aspecten van de drugsproblematiek (gebruik, preventie, zorg en criminaliteit), die zowel ieder afzonderlijk als in hun onderlinge samenhang een betrouwbaar en volledig beeld kunnen geven van de situatie in de praktijk, en die inzicht kunnen geven in |

trendmatige ontwikkelingen, de effecten van beleid, en te verwachten problemen.

Geograf.afbakening Nederland
 Onderzoeksmethode Integratie van data over verslaving en middelengebruik van een veelheid van instanties
 Periodiciteit Jaarlijks
 Startjaar 1999
 Organisatie Trimbos-instituut

Naam Landelijke Alcohol en Drugs InformatieSysteem (LADIS)

Doel In opdracht van Ministerie van VWS verzamelen en bewerken van uniforme data over verslaving en verslavingszorg in Nederland met behulp van een geanonimiseerde database op individueel cliëntniveau.

Geograf.afbakening Nederland
 Omvang Jaarlijks circa 70.000 inschrijvingen betreffen ca. 55.000 personen, 600.000 contacten en 2,3 miljoen verstrekkingen van methadon
 Periodiciteit continu
 Startjaar 1986
 Organisatie Stichting Informatievoorziening Zorg (IVZ), afd. Werkstichting Informatievoorziening Verslavingszorg IVV

Naam Monitor Maatschappelijk Opvang (MMO)

Doel Het verkrijgen van een betrouwbaar beeld van de maatschappelijke opvang, te weten vrouwenopvang, crisisopvang en dak- en thuislozenopvang door middel van registratiecijfers en literatuurstudie.

Geograf.afbakening Nederland
 Omvang Totaal opvang: 55.000 aanmeldingen en 20.000 opnamen
 Aantal FO-voorzieningen/ bedden capaciteit: 376/ 4.903; niet-FO: 63/ 1.318
 Startjaar 2000
 Organisatie Gekoppelde gegevens afkomstig uit het Kliënteninformatiesysteem Maatschappelijke Opvang (Klimop) en KlaVer het registratiesysteem van het Leger des Heils.

Naam Voedsel Consumptie Peiling

Doel Verschaffen van inzicht in de voedselconsumptie van de Nederlandse bevolking op het niveau van voedingsmiddelen en voedingsstoffen. Bevat opleiding en Edwood-score als SES indicatoren.

Geograf.afbakening Nederland
 Omvang In de peiling 1992: 6.216 personen, leeftijd 1-92 jaar. In de meest recente peiling (1997-1998): 6.250 personen, leeftijd 1-97 jaar.
 Periodiciteit De gegevens worden eens in de 4-5 jaar verzameld
 Startjaar 1987
 Organisatie TNO voeding

Bijlage IV. Verslag van de discussiebijeenkomst op 2 april 2003

Aanwezig: Mariël Droomers (PZO/RIVM), Johan Mackenbach (MGZ/Erasmus MC), Wien Limburg (PZO/RIVM), Jeanne van Loon (PZO/RIVM), Fons van de Lucht (VTV/RIVM), Karien Stronks (SG/UvA), Joost Timmermans (SCP), Gert Westert (PZO/RIVM)

Achtergrond adviesaanvraag SEGV-monitor

De directie POG van het ministerie van VWS heeft de afdeling PZO van het RIVM gevraagd medio 2003 advies uit te brengen over de inhoud en organisatie van een SEGV-monitor. Op dit moment staat SEGV weer meer 'in the picture' bij VWS. Zo zijn er bijvoorbeeld diverse SEGV-doelstellingen opgenomen in de aanstaande nota Preventiebeleid en is er veel aandacht voor prestatieindicatoren (SEIZ) gekoppeld aan volksgezondheidsdoelen, waaronder de vermindering van SEGV (POG / VWS).

Het discussiepaper als toegestuurd is een eerste aanzet om uiteindelijk te komen tot het advies. De bedoeling van deze bijeenkomst is te discussieren over wat te meten (indicatoren), hoe deze te operationaliseren en waar hierover informatie te vinden (databronnen).

Algemene reacties n.a.v. discussiepaper

Doel van de SEGV-monitor

Evaluatie van het SEGV-beleid

In hoeverre is het de bedoeling het SEGV-beleid te kunnen evalueren met behulp van de SEGV-monitor? De monitor moet in elk geval informatie kunnen leveren over de 'over-all' doelstelling van het beleid (het verminderen verschil in gezonde levensverwachting tussen SES-groepen). Het is verder ook de bedoeling dat de zogenaamde tussendoelen die zich meer richten op determinanten van gezondheid, zoals gedrag, zullen terugkomen in de SEGV-monitor. Met deze informatie kan echter geen antwoord gegeven worden op de vraag in hoeverre veranderingen in SEGV kunnen worden toegeschreven aan het hiervoor genoemde beleid. Hiervoor zou de SEGV-monitor zich meer moeten richten op indicatoren die direct samenhangen met de implementatie van beleid. Zo wordt in andere EU landen bijvoorbeeld al vaker ook de implementatie van beleidsmaatregelen gevolgd (bijvoorbeeld hoeveel mensen bereikt worden met een bepaald programma?).

SEGV op lokaal niveau

De SEGV-monitor moet periodiek objectief de stand van zaken wat betreft SEGV op nationaal niveau kunnen weergeven. Omdat veel beleid en maatregelen op lokaal niveau (community intervention) zullen worden uitgezet, is het wenselijk dat ook op lokaal niveau uitspraken gedaan kunnen worden over sociaal-economische verschillen in gezondheid of determinanten of dat de gezondheid in een bepaalde (achterstands)wijk beschreven kan worden.

Om elke paar jaar nationale trends (toe- of afname) in sociaal-economische verschillen te kunnen vaststellen is er een bepaald minimum aantal personen noodzakelijk. Deze aantallen geven ook de mogelijkheid tot lokale toepassing van de SEGV-monitor informatie.

Signaleren of evalueren?

In de afweging van geld en tijd moeten er misschien keuzes worden gemaakt tussen signaleren (zo groot mogelijke steekproef om zo secuur mogelijk trends in SEGV in kaart te brengen) en evalueren (aandacht voor afwisselende (beleids)thema's)? Deze keuze wordt echter ingegeven door het specifieke doel van de SEGV-monitor. In eerste instantie is dit signaleren en monitoren van SEGV op nationaal niveau en liefst ook op lokaal niveau. Pas daarna komt verdieping aan de hand van thema's of specifieke evaluatie van beleid.

Indien het lokaal niveau beschikbaar is in de SEGV-monitor is het mogelijk om verschillende gebieden met verschillend SEGV-beleid of maatregelen te vergelijken (effectiviteit van het lokale beleid) en kunnen lokale beleidsevaluaties plaatsvinden door het bestuderen van trends. Hiervoor kan worden aangesloten bij SLAG (Steunpunt LokAle Gezondheidsverschillen van het NIGZ) en de QUI-database (quality of interventions). SLAG heeft als doel ondersteuning te bieden aan lokale gezondheidsprofessionals die zich richten op het verminderen van gezondheidsverschillen, door middel van het initiëren van contacten, actuele documentatie, overzicht van projecten in binnen- en buitenland, trainingen en adviezen. De QUI database is een bestand met projecten en activiteiten op het terrein van de gezondheidsbevordering en preventie, onder meer gericht op achterstandgroepen. Het bestand geeft informatie over wie, waar en op welke wijze en met welk onderwerp bezig is in Nederland (dus geen informatie over effectiviteit).

Individuele of geaggregeerde data

Op welk niveau gaat de SEGV-monitor opereren? Sommige informatie is alleen op geaggregeerd niveau voorhanden, andere ook op individueel niveau (maar zelfs dan kan het soms wenselijk zijn SEGV op geaggregeerd niveau te bestuderen).

Inhoud

Evidence-based of data-driven

In het discussiepaper wordt eerst aan de hand van literatuuronderzoek gekeken welke informatie zou moeten worden opgenomen in de SEGV-monitor, waarna in bestaande databronnen is gezocht naar indicatoren hiervoor. In de discussie lopen deze twee zaken enigszins door elkaar heen. Moeten we ons eerst richten op het definiëren van een 'ideale' dataset die weergeeft wat er idealiter in een SEGV-monitor gemeten zou moeten worden los van het feit of deze informatie ook beschikbaar is of juist uitgaan van praktische uitvoerbaarheid?

Keuze voor indicatoren

De brede insteek van het discussiepaper is een goede start. Er zullen uiteindelijk wel keuzes gemaakt moeten worden ten aanzien van welke indicatoren te meten. Deze indicatoren zullen 'verstandig' geselecteerd moeten worden. De afweging zou (in elk geval) gebaseerd moeten zijn op:

- de sterkte van de relatie van de indicator met SEGV (dus zowel de prevalentie (ziektelast) als de grootte van het verschil tussen SES groepen in de bevolking),
- op de intensiteit van SEGV-beleid t.a.v. betreffende de indicator en
- op de beschikbaarheid van gegevens.

Sociaal-economische status

De ontwikkeling in sociaal-economische indicatoren (opleiding, inkomen en beroep) en de mate van ongelijkheid in Nederland is een belangrijk aspect van de SEGV-monitor. Hierover worden echter al vele rapporten geschreven en zijn veel gegevens beschikbaar. Deze informatie zou de SEGV-monitor kunnen integreren en interpreteren met een specifieke focus op SEGV.

Etniciteit

Etniciteit wordt in de discussiepaper opgevoerd en al vrij snel weer van tafel geveegd, terwijl dit toch een variabele is die waarschijnlijk steeds belangrijker gaat worden in de verklaring van achterstanden van lagere sociaal-economische groepen. Tevens is het mogelijk dat het verband tussen SES en gezondheid verschilt tussen verschillende etnische groepen. Daarom is het wel belangrijk dat in de SEGV-monitor informatie over etniciteit beschikbaar is.

Gezondheidsselectie

In de bespreking van indicatoren wordt voorbij gegaan aan het selectiemechanisme (gezondheid beïnvloedt SES). Zo zou er bijvoorbeeld gedacht kunnen worden aan het monitoren van arbeidsongeschiktheid en de gevolgen daarvan voor de sociaal-economische status. De SEGV-monitor zou hier kunnen aansluiten bij de aanbevelingen van de PC-SEGV II wat betreft het verminderen van de negatieve effecten van gezondheidsproblemen op opleiding, beroepsniveau en inkomen:

- handhaven gemiddeld uitkeringsniveau (% laatst verdiende loon) bij arbeidsongeschiktheid, en
- vergroten % chronisch zieken dat betaald werk heeft.

Omgevingsfactoren

Er is nog weinig bekend over de invloed van omgevingsfactoren op SEGV in Nederland, hoewel dit niet opgaat voor materiële deprivatie, financiële problemen en arbeidsomstandigheden. Op dit moment zou het misschien wenselijk zijn resultaten van buitenlands onderzoek naar het effect van fysieke en sociale omgevingsfactoren en voorzieningen op SEGV te gebruiken als input voor de keuze van omgevingsindicatoren voor de SEGV-monitor. Omgevingsfactoren oefenen hun invloed op de gezondheid (met name) uit via de leefstijl van mensen. Dit komt in de discussiepaper nog niet goed naar voren.

Vorm en periodiciteit

Wat zou de periodiciteit moeten zijn van een SEGV-monitor? Sommige gegevens komen elk jaar beschikbaar en zouden daarom jaarlijks gepresenteerd kunnen worden. De vraag is of er elk jaar zo veel verandert (en of deze veranderingen dan significant zouden zijn)? Jaarlijkse uitgave maakt het werk aan de SEGV-monitor erg routinematig en betekent dat er geen tijd en speelruimte is om bepaalde onderwerpen verder uit te diepen. Het zou interessanter zijn SEGV getalsmatig te monitoren met een tussenpoos van 2 jaar aangevuld met een thematische (eventueel beleidsgerichte) focus op een bepaald specifiek SEGV-aspect. Voor dit thema kan gebruik worden gemaakt van onderzoeken waarvan de gegevens zich niet lenen voor monitoring (incidentele studies), maar die vaak wel in meer detail op de zaken in kunnen gaan (analoog aan laatste rapportage over SES en gezonde levensverwachting). Deze thema's zouden zich bijvoorbeeld kunnen richten op SEGV-beleid of maatregelen die op dat moment veel aandacht krijgen of bepaalde determinanten over SEGV waarover nog weinig bekend is. Voorbeelden zijn maatregelen ter reductie van overgewicht of de verklarende rol van omgevingsfactoren in SEGV. Aan de hand van het geselecteerde thema kunnen dan

specifieke partijen worden gevraagd (eenmalig) een bijdrage te leveren aan de monitor (in de vorm van data of analyses).

Het is de bedoeling dat de SEGV-monitor zo veel mogelijk gebruik maakt van bestaande databronnen en bestaande netwerken. In praktisch opzicht lijkt het bijvoorbeeld een goed idee de resultaten van de monitor (beschrijving van SEGV in Nederland) te koppelen aan de VTV en het Nationaal Kompas Volksgezondheid.

Indicatoren in de SEGV-monitor

Sociaal-economische status

Het is voor het monitoren van SEGV belangrijk om ook de ontwikkelingen in de verdeling van de sociaal-economische indicatoren over de Nederlandse bevolking te monitoren. Het gaat hier dan over opleiding, inkomen (armoede) en beroep. Het is ook mogelijk dat het effect van bepaalde sociaal-economische indicatoren op gezondheidstoestand verandert over de jaren door deze ontwikkelingen. Verder is het belangrijk te onderkennen dat de betekenis van bepaalde categorieën van sociaal-economische indicatoren verandert in de tijd en dus ook het effect op gezondheid. Er zijn bijvoorbeeld steeds minder mensen met alleen lagere school als opleiding, waardoor deze groep steeds verder wordt gemarginaliseerd. Het is belangrijk dit soort ontwikkelingen te betrekken bij de interpretatie van SEGV.

De ontwikkelingen in sociaal-economische status worden al gevolgd en onderzocht. De SEGV-monitor zou bij deze activiteiten (en keuze van indicatoren) kunnen aanhaken.

De SEGV-monitor zou in dit verband ook kunnen aanhaken bij de aanbevelingen die de PC-SEGV II heeft gedaan wat betreft het verkleinen van verschillen in opleiding, inkomen en andere sociaal-economische factoren. Dan zouden de volgende indicatoren gemeten moeten worden:

- percentage kinderen, uit gezinnen waarvan de ouder (on)geschoolde arbeider is, dat na de basisschool een keuze maakt voor het voorbereidend hoger of middelbaar onderwijs
- gini-coëfficiënt (handhaven inkomensverschillen in Nederland op 0.24)
- percentage huishoudens met een inkomen tot 105% van het relevante sociaal minimum.

Gezondheidstoestand

Het centrale doel van het nationale SEGV-beleid is het verbeteren van de gezonde levensverwachting van de laagst opgeleide groep. De SEGV-monitor zou dus in ieder geval gezonde levensverwachting moeten weergeven.

Zelf-gerapporteerde gezondheidsindicatoren zijn niet stabiel. Prevalenties hiermee gemeten fluctueren afhankelijk van maatschappelijke ontwikkelingen, verspreiding van kennis, conjunctuur, etcetera. Dit zou pleiten voor het gebruik van puur objectieve gezondheidsmaten. Zelf-gerapporteerde (subjectieve) gezondheidsmaten meten echter ook een psychosociaal aspect en omvatten de eigen perceptie van personen waarvan het ook interessant is de sociaal-economische verdeling te weten. De SEGV-monitor zou daarom over zowel subjectieve als objectieve gezondheidsmaten moeten rapporteren, gebaseerd op een combinatie van zowel zelfgerapporteerde gegevens als registraties (maar bedenk dat ook 'objectieve' registraties onderhevig zijn aan ontwikkelingen en mode!).

Door sociaal-economische verschillen in verschillende gezondheidsindicatoren met elkaar te vergelijken worden ook de onderliggende processen van SEGV meer inzichtelijk.

Gedrag

Welke gedragingen moeten we meten in het kader van de SEGV-monitor? Op welke manier selecteren? Belangrijke aspecten lijken het effect op SEGV (gecombineerd hierin zitten het effect op gezondheid (ziektelast) en de verdeling over SES-groepen), het feit of er SEGV-beleid op gevoerd wordt en of er databronnen zijn die informatie kunnen leveren over betreffend gedrag (bijvoorbeeld moeilijk voor foliumzuur-inname of tandenpoetsen).

Omgevingsfactoren

Omdat er weinig bekend is over de bijdrage van omgevingsfactoren, anders dan arbeidsomstandigheden en materiële deprivatie, aan de verklaring van SEGV, kan dit criterium niet worden toegepast bij de selectie van te meten omgevingsfactoren in de monitor. Bij het opnemen van omgevingsindicatoren in de monitor zouden we dus een voorschot moeten nemen op de verwachte ontwikkeling in de verklaring van SEGV (in Nederland). Een andere moeilijkheid is het feit dat er voor fysieke en sociale woonomgeving ook nog geen conceptueel eenduidige indicatoren bestaan die eenvoudig meetbaar zijn. Er verschijnt momenteel echter wel steeds meer (buitenlands) onderzoek naar de relatie tussen leefomgeving en gezondheid waarop een keuze voor indicatoren gebaseerd zou kunnen worden. Hierbij zou dan wel aangegeven moeten worden in hoeverre de rol van de betreffende omgevingsindicator in SEGV helder is.

Zorggebruik

Gebruik van gezondheidszorg is een belangrijke indicator voor SEGV. Hoewel de verschillen in zorggebruik nu niet erg groot zijn is het belangrijk te kijken of dit niet verslechtert.

Kunnen er uitspraken gedaan worden over drempels voor de gezondheidszorg? We hebben het dan over toegankelijkheid in fysieke, sociale, culturele of financiële (eigen bijdrage) zin. Kunnen er uitspraken worden gedaan van de effecten van de wijzigingen in het ziektenkostenstelsel?

Het gaat hier om het hele spectrum van de gezondheidszorg. De vraag is of we misschien meer preventieve zorgvoorzieningen zouden moeten monitoren, bijvoorbeeld omdat die vaak wat dichterbij het beleid aan zitten? Voorbeelden zijn vaccinatie, tandartsbezoek of cursussen 'stoppen met roken'.

SCP onderzoekt specifiek het zorggebruik van ouderen en mensen in instellingen.

Databronnen

In het discussiepaper zijn nu alleen landelijk dekkende databronnen geselecteerd. Meer regionale databronnen zouden zeer geschikt zijn voor het verder uitwerken van thema's in de SEGV-monitor. Mogelijke opties hiervoor zijn:

- de GLOBE-studie kunnen zijn, waarvoor in 2004 een nieuwe dataverzameling is gepland,
- er zijn ideeën voor een herhaling van de Nationale Studie (is gebaseerd op LINH),
- de MORGEN en Regenboogprojecten.

Monitor jeugdgezondheid vanuit de GGD-en zal binnenkort van start gaan.

De ontwikkeling van het GSB van het CBS is hier ook zeer relevant. Hierin wordt het sociaal-statistisch bestand van het CBS gekoppeld aan andere registraties (zoals de sterfteregistratie van CBS of ziekenhuisregistratie van Prismant). Het sociaal-statistisch bestand heeft gegevens over inkomen (belastingdienst), situatie op de arbeidsmarkt (uitkeringsinstanties), beroep (arbeidskrachten telling en bedrijfsinformatie), WOZ-waarde en woningbezit.

Het Chronisch Zieken Panel wordt misschien uitgebreid met gehandicapten en met gezonde controlepersonen.

De UWV (uivoering werknemersverzekeringen) heeft informatie over arbeidsongeschiktheid.

De Voedsel Consumptie Peiling levert informatie over voeding.

Vervolg

Het concept advies over de SEGV-monitor zal worden voorgelegd aan genodigden voor deze bijeenkomst.

Het advies wordt een concreet en praktisch advies waarin gebruik wordt gemaakt van bestaande mogelijkheden. Het idee is om uiteindelijk de SEGV-monitor als thema aan het Nationaal Kompas Volksgezondheid te hangen.

Bijlage V. Verzendlijst

1. Directeur-Generaal van de Volksgezondheid, ir. JIM de Goeij
2. Directeur Preventie en Openbare Gezondheidszorg, drs. AAW Kalis, arts
3. Prof.dr. JA Knottnerus, voorzitter van de Gezondheidsraad
4. Mw. L Singels, directie POG, VWS
5. Mw.drs. M van der Voet, directie POG, VWS
6. Mw.drs. PC Groeneveld, directie POG, VWS
7. Drs. J Geelhoed, directie Z, VWS
8. Mw. AHG van Zantvoort, directie CZ, VWS
9. Prof.dr. JP Mackenbach, iMGZ, Erasmus MC
10. Dr. A Kunst, iMGZ, Erasmus MC
11. Mw.dr. K Stronks, Sociale Geneeskunde, UvA
12. Drs. JM Timmermans, SCP
13. Dr. J ten Dam, NIGZ
14. Dr. J Jansen, NIGZ
15. Prof.dr. W Albeda, voorzitter PC-SEGV II
16. Prof.dr. HFL Garretsen, faculteit der Sociale Wetenschappen & Organisatiewetenschappen, Universiteit van Tilburg
17. Mw.prof.dr. H Dupuis, hoogleraar medische ethiek, LUMC, Leiden
18. Mw.dr. JAM Hulshof, directeur Health Care Policy Europe, Lilly
19. Prof.dr. PJ van der Maas, decaan faculteit der Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Erasmus MC, Rotterdam
20. Dr. RW Welschen, burgemeester Eindhoven
21. Mw.dr. M Mootz, Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, Den Haag
22. Dr. SA Reijneveld, TNO-PG
23. Mw.dr. LM van Herten, TNO-PG
24. Dr. RJM Perenboom, TNO-PG
25. Mw.dr. P Uniken Venema, GGD-NL
26. Dr. FG Schellevis, NIVEL
27. Prof.dr. J van de Zee, NIVEL
28. Prof.dr. N Klazinga, Sociale Geneeskunde, UvA
29. Mw.prof.dr. C de Rooter, Trimbos Instituut
30. Depot Nederlandse Publikaties en Nederlandse Bibliografie
31. Directie RIVM
32. Directeur Volksgezondheid RIVM, dr. D Ruwaard en dr. A Henken
33. Hoofd PZO, mw.dr.ir. HA Smit
34. Hoofd VTV, dr. JAM van Oers
35. Drs. LJ Stokx, sectorbureau VGZ
36. Dr. F van der Lucht, VTV
37. Mw.dr.ir. AJM van Loon, PZO
38. Mw.dr. N Hoeymans, VTV

39. Dr. PGN Kramers, VTV
40. Dr.HGM Verkleij, VTV
41. Drs. AA van der Veen, VTV
42. Mw.dr. HF Treurniet, VTV
43. Mw.drs. HMJA van Leent, VTV
44. Drs. SLN Zwakhals, VTV
45. Mw.dr.ir. AJ Schuit, PZO
46. Mw.dr. GA de Wit, PZO
47. Mw.dr.ir. WMM Verschuren, PZO
48. Mw.dr. MAR Tijhuis, PZO
49. Mw.dr. CA Baan, PZO
50. Mw.dr. M Droomers, PZO
51. Mw.drs. LCM Limburg, PZO
52. Dr. GP Westert, PZO
53. SBC/communicatie
54. Bureau Rapportenregistratie
55. Bibliotheek RIVM
56. Bureau Rapportenbeheer (5 verkoopexemplaren)
57. Reserve exemplaren (voor eigen gebruik, naar keuze)