



Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu  
*Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport*

## **Monitoring van leefstijl in Nederland**

*Een traject voor verbetering*

RIVM rapport 270782001/2012

P.G.N. Kramers | M. van den Berg |

C.L. van den Brink | P.W. Achterberg |

M.M. Harbers | J.A.M. van Oers



Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu  
*Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport*

## **Monitoring van leefstijl in Nederland**

Een traject voor verbetering

RIVM Rapport 270782001/2012

## Colofon

© RIVM 2012

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

P.G.N. Kramers  
M. van den Berg  
C.L. van den Brink  
P.W. Achterberg  
M.M. Harbers  
J.A.M. van Oers

Contact:

M. van den Berg, centrum Volksgezondheid en  
Toekomstverkenningen  
[matthijs.van.den.berg@rivm.nl](mailto:matthijs.van.den.berg@rivm.nl)

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport, in het kader van RIVM

*Dit rapport is tot stand gekomen met medewerking van de volgende partners:*

Het Landelijk Overleg Thema-Instituten (LOT-i):

- Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB)
- Pharos
- Rutgers WPF
- Soa Aids Nederland
- Stivoro
- Trimbos-instituut
- VeiligheidNL
- Voedingscentrum Nederland

Overige partners:

- CBS
- GGD'en, via GGD-Nederland
- SCP
- TNO
- Mulier Instituut
- RIVM/Voedselconsumptiepeiling



## Rapport in het kort

### **Monitoring van leefstijl in Nederland**

Een traject voor verbetering

In Nederland worden gegevens over de leefstijl van de bevolking verzameld door meerdere thema-instituten die elk op hun eigen terrein werken, zoals roken, drugsgebruik, bewegen en voeding. Het ministerie van VWS heeft behoefte aan meer efficiëntie en afstemming bij deze gegevensverzameling, en heeft het RIVM gevraagd hiervoor voorstellen te doen. Daartoe is een inventarisatie gemaakt van de huidige gegevensverzamelingen op leefstijlgebied, en van de behoefte aan gegevens bij de verschillende organisaties (overheid en andere) die op dit terrein beleid ontwikkelen en uitvoeren.

Op basis van deze inventarisaties is een blauwdruk opgesteld voor een vernieuwd en samenhangend monitoringsysteem voor leefstijlfactoren, de zogenoemde 'Leefstijl-meter' (LSM). De basis hiervan is dat er expliciet onderscheid wordt gemaakt tussen een beperkte set van 'kernegegevens' die jaarlijks wordt verzameld, en 'verdiepende enquêtes' die minder frequent kunnen worden uitgevoerd. De verdiepende informatie is bedoeld om achterliggende verbanden en verklarende elementen te verhelderen.

De jaarlijkse kerngegevens kunnen waarschijnlijk worden opgenomen in de bestaande CBS-gezondheidsenquête. Voor de praktische uitwerking van de andere onderdelen van de Leefstijl-meter worden diverse varianten gepresenteerd. De deels afzonderlijke benadering die al bestaat voor de jeugdmonitors blijft hierbij gehandhaafd. In alle gevallen gaat het om een samenhangend systeem, dat ontworpen en vervolgens ook beheerd wordt door een consortium van de betrokken instituten.

De beoogde *efficiencywinst* wordt vooral bereikt door de gegevensverzamelingen meer te bundelen, dubbelingen te verwijderen, en de frequentie van sommige onderzoeken te verlagen. De *kwaliteitswinst* zit in de betere afstemming van de gegevensverzameling en de samenwerking tussen de betrokken organisaties. Dit gaat gepaard met inhoudelijke vernieuwingen.

Trefwoorden:

monitoring leefstijl



## Abstract

### **Lifestyle monitoring in the Netherlands**

A trajectory for improvement

The Dutch Ministry of Public Health, Welfare and Sports has requested the RIVM to prepare a plan for a new approach on monitoring the lifestyle of the Dutch population. Cooperation was to be sought with 'LOT-i', the National Platform of Thematic Institutes in the lifestyle area and a few related institutions. The main objectives were: improving efficiency, quality and coordination.

Firstly, an inventory was made of the current data collection efforts in the area of health-related lifestyle, as well as of the data needs of various stakeholders. This applies to the national level as well as to the level of local communities and of international institutions collecting health-related data. Intensive discussions were organized with and between all the involved institutions, in bilateral as well as plenary meetings. These have resulted in a scheme for the subsequent step-wise development towards a new and coherent system for monitoring the components of lifestyle relevant to health.

The basis of this scheme is the distinction between a limited set of core data that we want to collect annually, on the one hand, and modules for more detailed investigation, which are to be carried out less frequently, on the other. For the annual core set the main issue is that these variables need accurate and timely trends. The detailed modules should enable the explanation and analysis of observed trends and relationships with underlying variables.

Currently, it seems a likely option that the annual core set can be included in the Health Interview Survey that is currently carried out continuously by Statistics Netherlands and overlapping with international requirements as for the European Health Interview Survey (EHIS). For the practical implementation of the other components of this integrated 'Lifestyle monitor' (LSM) several alternatives are presented. The current partly separate approach to monitoring lifestyle in children, especially in teenagers, will be maintained. In all options the perspective is that this coherent monitoring system is to be developed further and to be implemented and sustainably maintained by a consortium of the institutions involved.

The intended efficiency gain is to be provided by combining monitoring instruments, reducing redundancies, and lowering the frequency of some of the detailed investigations. The gain in quality rests in the improved coordination, in combination with innovations.

The plan includes a detailed perspective on desirable follow-up activities. These include the formal establishment of a Consortium, the detailed definition of questionnaires and investigations within the agreed general scheme, and the preparations for the actual implementation of the new Lifestyle Monitoring System for the Netherlands.

Keywords:  
lifestyle, monitoring





## Inhoud

### **DEEL A: ACHTERGROND EN CONTEXT—11**

- 1 Inleiding—13**
- 2 Keuzes voor een kader—15**
- 3 Gegevensbehoefte van nationaal en lokaal beleid, en van internationale organisaties—19**
- 4 Monitoring van leefstijl in Nederland: huidige stand van zaken—23**
- 5 Gesprekken met de thema-instituten—25**

### **DEEL B: EEN SCHEMA VOOR VERNIEUWING—27**

- 6 Uitgangspunten—29**
- 7 De jaarlijkse landelijke kern (LSM-K)—31**
- 8 De verdiepende modules (LSM-V)—33**
- 9 Jeugdmonitors (LSM-J) (landelijk)—37**
- 10 GGD-gezondheidsmonitors en jeugdmonitors (LSM-G)—41**
- 11 Organisatie en beheer van de LSM—43**
- 12 Kwaliteits- en efficiencywinst—45**
- 13 Aanpak in fasen—47**
- 14 Geraadpleegde bronnen—49**

**Bijlage 1—51**

**Bijlage 2—53**

**Bijlage 3—58**

**Bijlage 4—75**

**Bijlage 5—79**

**Bijlage 6—83**

**Bijlage 7—89**

**Bijlage 8—91**

**Bijlage 9—93**



## **DEEL A: ACHTERGROND EN CONTEXT**



# 1 Inleiding

## 1.1 Waarom dit advies?

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is bezig zijn leefstijlbeleid te herzien. In dit kader heeft VWS eind augustus 2011 aan het Landelijk Overleg Thema-instituten (LOT-i, alle werkzaam op leefstijlgebied) advies gevraagd over herziening van hun inzet. Randvoorwaarde was dat dit, na doorvoering van bezuinigingen, zou aansluiten bij de uitgangspunten van de landelijke nota gezondheidsbeleid. Eén van de deelvragen luidde:

*'Beschrijf in een voorstel hoe de monitoringactiviteiten teruggebracht kunnen worden tot een minimaal verantwoorde basis die als bron voor overheidsinformatie zou moeten gelden en welke kennisbronnen van de thema-instituten hiervoor als basis kunnen dienen. Op welke manier kan dit zo efficiënt mogelijk worden vormgegeven? Maak daarbij inzichtelijk hoe de gegevensverzameling meer in samenhang kan plaatsvinden.'*

In zijn reactie op dit verzoek heeft het LOT-i aangegeven goede mogelijkheden te zien om monitoring zowel efficiënter in te richten als kwalitatief te verbeteren. De instituten willen daarbij een actieve rol spelen en over de instituuetsgrenzen heen stappen om deze vernieuwing voor elkaar te krijgen. Het LOT-i adviseerde om onder regie van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), en in samenwerking met de thema-instituten en andere betrokken spelers zoals het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) en de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en), een plan van aanpak uit te werken.

VWS heeft deze aanbeveling overgenomen en het RIVM verzocht deze taak op zich te nemen in samenwerking met de thema-instituten, het CBS, het SCP en GGD-NL. Met het voorstel moet zowel een kwaliteitsverbetering als efficiencywinst gerealiseerd worden. Daarbij moet ook worden onderzocht op welke manier afstemming van monitoringsinstrumenten beter kan worden vormgegeven, om optimaal aan de gegevensbehoefte op nationaal, maar ook lokaal en internationaal niveau te voorzien.

## 1.2 Aanpak en werkwijze

Om dit doel te realiseren zijn de volgende stappen gezet:

- Vaststellen van de stand van zaken, voortbouwend op de reeds beschikbare informatie. Dit houdt in:
  - inventarisatie van de huidige monitoringactiviteiten van elke partner;
  - navraag bij elke partner wat men zelf ziet als een minimum, en als mogelijkheden voor verbetering en meer samenwerking;
  - vaststellen van stand en vooruitzichten van de harmonisatie van de CBS-Gezondheidsenquête en de GGD-Gezondheidsmonitor (voorheen Lokale en Nationale Monitor), en van het lopende werk over de integratie van jeugdmonitors;
  - vaststellen wat de (minimale) informatiebehoefte is van de VTV/Kompas/Atlas op leefstijlgebied; dit betreft zowel de te kiezen onderwerpen als de mate van detaillering en de frequentie;
  - vaststellen van de internationaal overeengekomen gegevenslevering op het gebied van leefstijl;

- deze inventarisaties zijn uitgevoerd in maart-mei 2012, door bilaterale gesprekken met elke partner en uitwisseling van achtergrondmateriaal.
- Als afsluiting van deze fase is op 4 juni 2012 een plenaire bijeenkomst gehouden. Hier is onder meer een eerste discussie gevoerd over hoe een nieuwe structuur van leefstijlmonitoring eruit zou kunnen zien. Een verslag van de vergadering is bijgevoegd als Bijlage 5.
- Na deze plenaire bijeenkomst, is een tweede conceptrapport opgesteld, waarop de partners hun reactie hebben gegeven.
- Op 18 september is een tweede plenaire bijeenkomst gehouden, waar de reacties op het tweede conceptrapport zijn besproken, en is gediscussieerd over het verdere traject. Het verslag is bijgesloten als Bijlage 6.

De volgende partners zijn bij dit project betrokken:

- De thema-instituten (verenigd in het LOT-i):
  - Nederlands Instituut voor Sport en Beweging (NISB);
  - Pharos;
  - Rutgers WPF;
  - Soa Aids Nederland;
  - Stivoro;
  - Trimbos-instituut;
  - VeiligheidNL (voorheen Consument en Veiligheid);
  - Voedingscentrum Nederland.
- Overige instituten:
  - het CBS;
  - de GGD'en, via GGD-Nederland (vanaf augustus);
  - Mulier Instituut (na 18 september);
  - het SCP;
  - TNO (vanaf augustus);
  - het RIVM (voor de coördinatie, vanaf september ook voor de voedselconsumptiepeiling (VCP)).

### **1.3 Afronding en status van dit rapport**

In de periode na 18 september 2012 is een derde concept opgesteld, dat begin oktober voor commentaar aan de partners is voorgelegd. In de nu voorliggende eindversie is zo goed mogelijk rekening gehouden met de ontvangen reacties. Hierbij is ook van belang dat het gaat om een traject dat alleen kan slagen bij een constructieve inzet van alle partijen. Het is gebleken dat er bij de partners consensus is over het kader van werken en het algemene model voor een nieuwe opzet van de monitoring van leefstijl, maar dat voor de gedetailleerde uitwerking een volgende fase van overleg en besluitvorming nodig is.

Dit rapport geeft de resultaten van het proces van overleg en consensusvorming tussen alle betrokken partners, maar probeert ook recht te doen aan de bedenkingen die sommige partners op onderdelen hebben geuit. Deze zullen onderdeel zijn van het vervolgetraject. Er zijn reeds stappen genomen om dit vervolgetraject concreet vorm te geven.

## 2 Keuzes voor een kader

### 2.1 Wat is leefstijl?

Dit advies gaat over het monitoren, ofwel regelmatig meten, van aspecten van leefstijl die van belang zijn voor de gezondheid en voor het vormgeven van volksgezondheidsbeleid. Wat hoort daarbij en wat niet?

Allereerst betreft het hier leefstijl in relatie tot gezondheid. Wij hanteren hier als een werkdefinitie dat het gaat om gedrag, dus individuele keuzes, waarvan een relatie met goede gezondheid of gezondheidproblemen wetenschappelijk is gedocumenteerd.

Onder leefstijl, in relatie tot gezondheid, kennen we standaard een aantal thema's. In de tabel hieronder staan links de thema's die worden genoemd in het Nationaal Kompas (de website waarin de gegevens voor de Volksgezondheid Toekomstverkenning (VTV) regelmatig worden bijgewerkt), en die gebaseerd zijn op het conceptueel model volksgezondheid van de VTV (Van der Lucht en Polder, 2010; zie ook Bijlage 1). Rechts staan de thema's waarop de LOT-i partners actief zijn.

<i>Leefstijlthema's in het Nationaal Kompas</i>	<i>Leefstijlthema's van de LOT-i partners</i>
Roken	Roken
Alcohol	Alcohol
Druggebruik	Druggebruik (incl. doping)
Voeding	Voeding
Lichamelijke (in)activiteit	Bewegen, sedentair gedrag, sportparticipatie
Seksueel gedrag	Seksuele gezondheid
Lichaamsgewicht	Overgewicht
	Veiligheid**
	Ongevallen/letsels**
Omgaan met stress	
Borstvoeding	
Gebitsverzorging*	
Verkeersgedrag*	
Reizen*	
Sociale cohesie, steun, enzovoort**	

\* Voorgesteld voor verwijdering uit Kompas

\*\*Grensgebieden

De afgrenzing van 'leefstijl' in het Kompas en de VTV komt dus grotendeels overeen met de werkgebieden van de thema-instituten, maar de tabel levert ook zicht op de grensgevallen (aangegeven met \*\*). Hierop wordt in Bijlage 1 uitgebreider ingegaan. Voor het vervolg zullen we vanuit praktisch oogpunt vooral het LOT-i kader hanteren, en de grensgebieden ook expliciet benoemen.



## 2.2 Diepgang en detaillering van monitoring

Stellen we de vraag of een monitoringactiviteit efficiënter of eenvoudiger kan, dan stuiten we ook op het contrast tussen enerzijds het regelmatig willen bijhouden van kernvariabelen (bijvoorbeeld het percentage rokers) en anderzijds een grotere diepgang en detaillering in vragenlijsten (bijvoorbeeld achtergronden van keuzes, meningen, middelen gebruikt bij pogingen te stoppen met roken). Het eerste is van belang om de stand van zaken in hoofdlijnen te kunnen volgen, het laatste vooral omdat allerlei verbanden tussen variabelen kunnen worden gelegd, waarmee ook zicht ontstaat op de achtergronden van veranderingen. Soms is detaillering nodig, zoals bij voeding, om belangrijke variabelen als inname van voedingsstoffen en energie te kunnen berekenen. In die zin zitten de meer gedetailleerde monitoringsinstrumenten op de grens van 'onderzoek' en levert investeren in een monitor dus vaak ook wetenschappelijke informatie op. Dergelijke resultaten kunnen – naast de pure trendgegevens – ook zeer relevant zijn voor de beleidsvoorbereiding of leidend zijn bij de analyse van een trend.

Een speciale vorm van detaillering is de geografische, waardoor lokale verschillen zichtbaar kunnen worden gemaakt.

## 2.3 Doelgroepen

Ons uitgangspunt is de algemene Nederlandse bevolking, maar wel met de mogelijkheid om gegevens te specificeren naar geslacht, leeftijdsgroep en sociaaleconomische klasse, meestal onderwijsniveau, werkstatus en de grotere migrantengroepen. Dat betekent dat de onderzoekspopulatie (1) van voldoende omvang en (2) op deze onderdelen representatief moet zijn voor de Nederlandse bevolking. Voor het monitoren op lager geografisch niveau geldt hetzelfde, mutatis mutandis.

Met name de leeftijdsgroep is een punt van aandacht. Het blijkt dat de meeste monitors differentiëren naar kinderen of jongeren versus volwassenen. Dit ligt voor de hand omdat bij jongeren deels andere leefstijlfactoren relevant zijn, omdat de vereiste methodiek van onderzoek verschillend is, en omdat een andere aanpak van interventie nodig kan zijn. Om die reden behandelen wij in dit advies de algemene monitoring (waarin in verschillende mate jongeren overigens wel worden meegenomen) en die van de jeugd afzonderlijk.

Een aantal bestaande monitors richt zich op specifieke groepen. Voorbeelden zijn de Schorer-monitor onder homoseksuele mannen, die nu door Rutgers WPF wordt verbreed tot een monitor LHBT (lesbisch, homo- en biseksueel, transgenders), en monitors onder specifieke groepen sporters. In dit advies laten wij dergelijke monitors buiten beschouwing. Dit betekent niet dat dergelijk onderzoek niet belangrijk is of zou moeten vervallen, ook niet dat financiering ervan minder prioriteit zou moeten hebben. Het is alleen een pragmatische afgrenzing omdat het in potentie gaat om een grote diversiteit van onderzoeken die bovendien zo specifiek zijn dat van efficiencyverbetering door het weghalen van verdubbelingen weinig sprake zal zijn.

## 2.4 Methodieken van monitoring

Meer in het algemeen kennen we in de wereld van gezondheid en zijn determinanten verschillende soorten gegevensbronnen, met als belangrijkste groepen de registraties en de bevolkingsonderzoeken, meestal enquêtes

(Nugteren et al., 2012). Voor de leefstijlfactoren waarover we hier spreken gaat het over persoonlijke keuzes en motieven daarvoor. Die laten zich het beste onderzoeken via de laatste soort. In het scala van instrumenten dat de thema-instituten gebruiken vinden we ook wel registraties, bijvoorbeeld voor letsels (via de spoedeisende hulp), of sportdeelname (verenigingslidmaatschap), maar het gaat daar toch om elementen die wij minder tot leefstijl rekenen. Daarom beperken wij ons in dit advies tot bevolkingsonderzoek, in hoofdzaak met vragenlijsten.

Zoals eerder aangestipt is bij dit type monitoring van belang dat een representatieve steekproef van de bevolking wordt onderzocht. Ruwweg zijn hiervoor drie benaderingen in gebruik: (1) er wordt een steekproef getrokken uit de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) en deze wordt benaderd via verschillende methoden (internet, telefoon, persoonlijk interview); (2) er wordt gebruikgemaakt van een consumentenpanel, meestal commercieel onderhouden. Hierbij probeert de panelbeheerder zijn panel zo representatief mogelijk te maken voor de Nederlandse bevolking, en wordt voor het onderzoek uit dit panel een steekproef getrokken; (3) met name bij onderzoek onder de jeugd wordt dikwijls een steekproef getrokken onder scholen. Verschillende methodieken hebben hun eigen kwaliteiten. Hierover volgt meer in Deel B.

Een specifieke uitdaging is te zorgen voor evenredige dan wel voldoende vertegenwoordiging van lastig bereikbare groepen zoals lager opgeleiden, ouderen, en migrantengroepen, vooral waar deze laatste de Nederlandse taal niet machtig zijn. In de praktijk blijken deze groepen soms ondervertegenwoordigd te zijn, met name in panels. Soms worden panels verrijkt met deze groepen middels speciale daarop toegesneden technieken. Echter, zelfs bij een evenredige vertegenwoordiging kunnen er in algemene bevolkingsonderzoek alleen bij voldoende grote aantallen uitspraken worden gedaan over subgroepen. Voor groepen die kleiner in omvang zijn moet dan speciaal gericht onderzoek worden opgezet (zie Wijsen en De Haas, 2011).

Sommige onderwerpen vragen een specifieke benadering voor een zo betrouwbaar mogelijk resultaat. Voor de gedetailleerde navraag naar voeding bijvoorbeeld is de 2 x 24 uren voedingsnavraag gekozen als de meest accurate methode (Ocké et al., 2012). Bij navraag van gevoelige onderwerpen bij tieners werkt de benadering via scholen beter dan in gezinsverband (Smit et al., 2003). Voor de bepaling van lengte en gewicht is feitelijke meting accurater dan zelfrapportage, die in de regel gunstiger uitvalt ten aanzien van de BMI (Elgar et al., 2005; Griebler et al., 2010). Dit geldt ook voor lichamelijke activiteit.



### 3 Gegevensbehoefte van nationaal en lokaal beleid, en van internationale organisaties

#### 3.1 Algemeen volksgezondheidsbeleid van VWS

De informatiebehoefte van het volksgezondheidsbeleid op nationaal niveau wordt, idealiter, weerspiegeld in de VTV, en met name het Kompas ([www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl)) en de Atlas ([www.zorgatlas.nl](http://www.zorgatlas.nl)). Om die reden is er in de opdracht voor dit advies voor gekozen om de minimale gegevensbehoefte mede te laten bepalen door de VTV. In de praktijk wordt de presentatie van gegevens in de VTV bepaald door enerzijds de gekozen thema's in het VTV conceptuele model (zie Bijlage 1), en daarnaast heel pragmatisch door de actuele beschikbaarheid.

In Bijlage 2 is beknopt samengevat welke gegevens en variabelen op dit moment in het Kompas en de Atlas van de VTV worden gerapporteerd, per thema en gespecificeerd naar bron. Voor elk van de genoemde twaalf thema's wordt een beperkt aantal kerncijfers gegeven. De cijfers over roken, alcohol, borstvoeding, lichaamsgewicht en bewegen worden jaarlijks verzameld en kunnen jaarlijks worden geactualiseerd. Soms zijn zelfs meerdere 'concurrerende' bronnen beschikbaar. Voor andere thema's, zoals voeding, sociale steun, en omgaan met stress zijn minder frequent nieuwe getallen beschikbaar, of is de rapportage gebaseerd op eenmalige studies. Zie de VTV 2010 (Hoeymans et al., 2010) voor een signalering van tekorten aan gegevens. Voor het onderwerp voeding is recent een nieuw plan gepresenteerd voor een doorlopende VCP. Op het gebied van Sociale Samenhang wordt sinds kort een nieuw onderzoek door het CBS uitgevoerd (voor beide, zie Bijlage 3).

Als we de praktische keuzes van de VTV (zoals gegeven in Bijlage 2) combineren met de genoemde datatekorten is dat een goed uitgangspunt om de 'gegevensbehoefte' van de VTV te definiëren. Die komt dus neer op 'een beperkt aantal kerncijfers' voor de volgende thema's:

- roken;
- alcoholgebruik;
- druggebruik;
- voeding;
- borstvoeding;
- bewegen, sportparticipatie;
- gezond gewicht;
- seksueel gedrag;
- omgaan met stress;
- sociale steun, cohesie;
- ongevallen/letsels (ook onderliggend gedrag).

Wat betreft de frequentie van dataverzameling: de wettelijke basis ligt in de WPG, die een vierjaarlijkse rapportage over de volksgezondheid vraagt. Echter, de praktijk is dat beleid en politiek dikwijls naar recente cijfers vragen, ook om reeds binnen een beleidscyclus veranderingen te kunnen zien. Voor het verkrijgen van betrouwbare trends is een jaarlijks herhaalde monitoring ook vanuit methodologisch oogpunt de beste keuze. Daarom is de ideale situatie dat de landelijke kerncijfers, zoals hierboven gedefinieerd, jaarlijks worden verzameld. Dit speelt vooral in de specifieke gevallen waar veelvuldige

beleidswijzigingen plaatsvinden (bijvoorbeeld voor roken, alcohol), en voor factoren die snel kunnen veranderen.

Eén specifieke databehoeft van VWS is de presentatie van een beperkt aantal cijfers in de jaarlijkse begroting. Op het gebied van leefstijl zijn dit in 2012: roken (15+), alcohol (12-15 en 12+), druggebruik (gemeten als verslavingshulp), overgewicht en obesitas (diverse leeftijden), bewegen, privé-ongevallen en sportblessures (uit SEH-registers). Dit is echter lang niet de volledige gegevensbehoefte van VWS, en is beperkt tot enkele gevallen waarvoor streefwaarden voor de toekomst worden gesteld.

### **3.2 Informatiebehoefte voor het lokale gezondheidsbeleid**

Voor veel van het beleid op leefstijlgebied, en ook de bijbehorende gegevensvoorziening, ligt de verantwoordelijkheid bij de gemeenten en de GGD'en. Deze hebben dus behoefte aan lokale cijfers en zijn ook verplicht deze elke vier jaar te verzamelen krachtens de Wet Preventieve Gezondheid (Wet PG). De thema's die voor de GGD-enquêtes zijn gekozen reflecteren dus in eerste instantie de lokale gegevensbehoefte, maar die thema's verschillen weinig tussen GGD'en of ten opzichte van de landelijke prioriteiten. Ook willen GGD-regio's of gemeenten zichzelf graag onderling kunnen vergelijken. Daarnaast is er ook op landelijk niveau belangstelling voor regionaal uitgesplitste gegevens. Om die redenen zijn de GGD-enquêtes de laatste jaren sterk geharmoniseerd, in overleg met alle gebruikers van de gegevens, te weten de gemeenten, VWS, de VTV en de IGZ.

Deze ontwikkeling culmineert in het najaar van 2012 in een volledig gecoördineerde gegevensverzameling door alle GGD'en, onder volwassenen en ouderen (samenwerkingsverband van GGD'en, GGD-NL, CBS en RIVM). Hierbij is een gemeenschappelijke basisvragenset afgesproken. Buiten deze geharmoniseerde set zijn voor een groot aantal onderwerpen standaardvraagstellingen afgesproken die naar keuze worden toegepast, afhankelijk van lokale interesses. Een thema dat in de GGD-enquêtes nog weinig aan bod komt is ongevallen en letsels.

Wat betreft de frequentie: op het niveau van de gemeenten en de GGD'en is wettelijk sprake van een rapportage om de vier jaar. Gegeven de omvang van de onderzoeken (in 2012 bevat de steekproef meer dan 700.000 volwassenen en ouderen voor alle GGD'en samen) is praktisch gesproken deze frequentie ook voor de monitoring van leefstijl een goed uitgangspunt. Overigens gebruiken GGD'en en lokale overheden vanzelfsprekend ook landelijke data en landelijke trends als spiegel voor hun eigen situatie.

### **3.3 Specifiek overheidsbeleid, andere ministeries en andere actoren**

Op specifieke beleidsterreinen gaat de informatiebehoefte verder dan de kerngetallen zoals gegeven in Bijlage 2. Dit geldt bij VWS ten minste voor het beleid op tabak alcohol, voeding, bewegen, sport en ongevallen en bij de ministeries van I&M en SZW voor ongevallen/letsels.

Een reeks van stichtingen en agentschappen gebruiken gegevens over leefstijl vanuit hun betrokkenheid bij beleid en de ontwikkeling van interventies. Voorbeelden zijn: de VWA, het KWF, het Longfonds (voorheen Astmafonds), de Hartstichting, de SWOV, de Nederlandse Brandwonden Stichting, het NOC\*NSF,

de NVVS, het NJI, de NDM, de Hoorstichting, het Convenant gezond Gewicht, en daarnaast het RIVM en de LOT-i partners zelf. Ook zijn zorgprofessionals en onderwijs gebruikers van de data.

In de meeste gevallen gaat het hier om gegevens die verder gaan dan de beperkte set kerncijfers die onder paragraaf 3.1 zijn genoemd, en het zijn deze databehoeften die mede geleid hebben tot de ontwikkeling van vragenlijsten als OBiN en COR, de Monitor Seksuele Gezondheid, en de VCP.

### 3.4 Internationale leveringsovereenkomsten

Het internationale kader wordt vooral gevormd door drie partijen waarmee afspraken of verplichtingen bestaan tot het leveren van gegevens: de WHO, de Europese Unie, en de OESO. Voor de WHO geldt dit zowel de regio Europa (Kopenhagen) als de wereld (Genève). Voor de EU geldt dat de databehoeftes is gedefinieerd door de ECHI indicatorenlijst (Verschuuren et al., 2012). De gegevensverzameling loopt hoofdzakelijk via Eurostat. Voor de OESO geldt dat de dataverzameling meer dan bij de andere twee is gericht op kosten en voorzieningen in de zorg. De gegevensbehoefte van deze drie spelers overlappen grotendeels en op veel terreinen is er inmiddels sprake van een gezamenlijke uitvraag van data door de drie organisaties aan de lidstaten (in Nederland via het CBS).

Terwijl deze drie organisaties het gezondheidsterrein over de volle breedte bestrijken zijn er daarnaast sectorinstituten of specifieke initiatieven die gegevens verzamelen. Binnen het leefstijlterrein zijn dat de EMCDDA voor druggebruik (EU-breed), de FCTC (Framework Convention for Tobacco Control, WHO-Genève) voor roken, de ECDC voor soa/hiv/aids, en de EFSA voor voeding ([www.efsa.europa.eu/en/datex/datexfoodcdb.htm](http://www.efsa.europa.eu/en/datex/datexfoodcdb.htm)).

In de meeste gevallen gebeurt de gegevenslevering op basis van een 'gentlemens agreement', maar met de Eurostat-regulering over de levering van gegevens over gezondheid en langdurige zorg wordt momenteel een wettelijke verplichting ingevoerd.

De internationale gegevensbeheerders vragen standaard naar de volgende onderwerpen, dikwijls heel exact als indicatoren gedefinieerd: roken, alcoholgebruik, druggebruik, voeding, borstvoeding, bewegen, overgewicht en ongevallen/letsels. De onderwerpen seksueel gedrag en omgaan met stress komen minder of helemaal niet aan bod.

De levering van deze gegevens vanuit Nederland gebeurt vooral via het CBS (roken, alcoholgebruik, borstvoeding, bewegen, overgewicht). Andere leveranciers zijn Stivoro, Trimbos (formeel via VWS), VeiligheidNL en politieregisters (respectievelijk roken, druggebruik, ongevallen/letsels). In de toekomst (2014) zullen veel leefstijl- (en andere) gegevens voor het EU-niveau verzameld worden via de door Eurostat ontwikkelde geharmoniseerde EHIS (European Health Interview Survey), waaraan voor Nederland het CBS deelneemt. Specifiek voor jeugd worden data over leefstijlfactoren (roken, alcohol, drugs, seksueel gedrag, sociale context) verzameld door Trimbos en ingebracht in de vergelijkende internationale studies HBSC en ESPAD.

Een nog steeds bestaand probleem is, dat niet altijd duidelijk is waar een Nederlands cijfer in een internationaal databestand vandaan komt. Dit kan zijn

omdat een databeheerder zelf in de landen gaat 'shoppen', of speciale bewerkingen uitvoert op de gegevens. Mede daarom worden momenteel via het 'Focal point'-project van het RIVM de datastromen vanuit Nederland in kaart gebracht, zodat een beter overzicht ontstaat van wie wat naar internationale databanken stuurt. Het huidige traject naar een vernieuwde monitoring van leefstijl kan ook op dit punt verbetering brengen. Voor de toekomst is overigens een verdergaande samenwerking tussen de supranationale partners voorzien. Wat betreft de frequentie: ook de internationale dataverzamelingen gaan meestal uit van jaarlijkse cijfers, hoewel in de regel niet verplicht. Uitvoering van de EHIS is vooralsnog voorzien voor hooguit een vijfjaarlijkse cyclus.

## 4 Monitoring van leefstijl in Nederland: huidige stand van zaken

In dit hoofdstuk gaan we in op de monitoringactiviteiten zoals die nu worden uitgevoerd door, of onder regie van elk van de acht thema-instituten, en door het CBS, het SCP, TNO, de GGD'en, en het RIVM. Het overzicht is gebaseerd op gesprekken met alle partners, en op het door hen toegezonden materiaal (rapporten, vragenlijsten).

De gegevens zijn samengevat in Bijlage 3, in de vorm van een tabel met uitgebreide toelichting. Voor elke monitor zijn enkele standaardkenmerken vermeld, zoals frequentie, steekproefgrootte, leeftijdsgroepen, geografische specificatie, en is aangegeven welke leefstijlonderwerpen erin voorkomen. Ook is – omgekeerd – per onderwerp nagegaan in welke monitors en onderzoeken ze aan de orde komen. Achtergrondkenmerken als leeftijd, geslacht, opleiding, etnische achtergrond en sociale context, die van belang zijn voor stratificatie van de gegevens, komen in vrijwel elk onderzoek aan bod. Deze zijn wel expliciet in de tabel, maar niet in de toelichting vermeld.

Als we dit geheel overzien, waar zit dan de overlap, waar kan het minder, en waar is meer nodig? Hierbij kijken we ook naar de gegevensbehoefte zoals weergegeven in hoofdstuk 3.

Wat betreft de overlap: op zichzelf kan het zinvol zijn dat een onderwerp in verschillende monitors terugkomt, maar dan zou er één moeten zijn waar 'het' Nederlandse cijfer vandaan komt terwijl het in de andere gevallen om een nuttige interne referentie gaat, maar wel met gebruik van hetzelfde meetinstrument. Overlap die op dit moment leidt tot het circuleren van meerdere nationale cijfers vinden we voor bewegen, roken, sportdeelname en overgewicht.

Voor bijna alle onderwerpen geldt dat ze in meerdere monitors kort aan bod komen en in ten minste één monitor vrij gedetailleerd en verdiepend worden uitgevraagd. Jaarlijks komen op meerdere plaatsen aan bod: roken, bewegen, sportdeelname, ongevallen/letsels, en minder vaak: voeding, overgewicht, borstvoeding, seksueel gedrag, veiligheid, middelengebruik bij jongeren. In bijna al deze gevallen gaat het om afzonderlijk georganiseerde monitors die hun eigen historie en logistiek kennen. Binnen één onderwerp wordt ook dikwijls gewerkt met een periodiek wisselende samenstelling van modules.

Met de bestaande set monitors lijkt de gegevensvoorziening de behoefte goed te dekken voor de meeste onderwerpen: bewegen (incl. sedentair gedrag), sportdeelname, lengte/gewicht, roken, seksuele gezondheid, veiligheid en ongevallen. Minder gunstig is de situatie voor:

- Alcoholconsumptie en druggebruik bij volwassenen; de belangrijkste jaarlijkse bron hiervoor is de aanvullende module van de CBS-GE. Wegens de te lage nettorespons wordt de kwaliteit van deze gegevens als onvoldoende beschouwd.
- Voeding; in het verleden kwamen nieuwe gegevens weinig frequent beschikbaar. De VCP kent in het nieuwe ontwerp een cyclus van zes jaar, met benadering van circa 1000 respondenten per jaar (Ocké et al., 2012). Voor



de hele cyclus is dit nog steeds weinig frequent, maar wel zijn tussentijdse analyses mogelijk voor bredere leeftijdsgroepen.

- Motieven en achtergronden bij gedrag komen bij sommige onderwerpen uitgebreid aan bod, bij andere niet. Hier kan een betere balans gezocht worden.
- Risicogedrag in relatie tot ongevallen zou meer uitgelicht kunnen worden.
- Het VTV-onderwerp 'omgaan met stress' wordt niet gedekt. In de toekomst wordt dit in de VTV waarschijnlijk toegespitst op omgaan met ziekten, zelfmanagement en gezondheidsvaardigheden.

Wat betreft de frequentie van monitoring: sommige monitors of onderzoeken vinden continu plaats of worden jaarlijks herhaald, zodat ook jaarlijkse (of zelfs seizoens)cijfers beschikbaar komen. Dit geldt voor de CBS-GE, en wat betreft de themaspecifieke monitors voor de OBiN-lijst en de rookonderzoeken. Andere worden om de twee, drie of vier jaar uitgevoerd, in wisselende vorm. Dit is deels terug te voeren op toevallige historische gronden, gronden van financiële ruimte, of heeft te maken met het soort leefstijlfactor dat wordt gemeten.

## 5 Gesprekken met de thema-instituten

Naast het voorgaande waren ook de contacten met de thema-instituten een belangrijke inbreng in dit adviestraject. In de bilaterale gesprekken met elk van de thema-instituten zijn in elk geval de volgende onderwerpen aan de orde gekomen:

- de huidige activiteiten, met als uitgangspunt de 'huiswerkopdrachten' die al in het najaar van 2011 waren opgesteld;
- de visie van de partners op wat nodig is, en over mogelijkheden voor verbetering;

De gesprekken waren open en informatief. Behalve met de thema-instituten is ook gesproken met het SCP, het CBS, de GGD-monitors, en daarnaast met Centerdata, die het LISS panel beheert. In deze fase is niet met TNO gesproken. In Bijlage 4 is per gesprek een opsomming gegeven van de belangrijkste zaken die aan de orde kwamen, in chronologische volgorde.

Een paar hoofdlijnen uit de gesprekken, vooral waar die meerdere malen aan de orde kwamen, worden hieronder weergegeven:

- Harmoniseer de vragen over bewegen, voor efficiencywinst en één landelijk cijfer (SCP, NISB).
- Er is overlap tussen monitors over sportdeelname, maar details zijn relevant voor (lokaal) sportbeleid (SCP, NISB).
- Neem zaken op over de omgeving als stimulans voor of rem op gezond gedrag (NISB, VCN).
- Denk aan een brede regelmatige leefstijlmonitor, met óók vragen over voeding en seksueel gedrag, opgebouwd als vaste kern met periodiek verdiepende modules (VCN, Rutgers WPF).
- VWS vraagt aan het Trimbos-instituut om de rookmonitors van Stivoro over te nemen. Er zijn zorgen over de continuïteit en verlies van expertise (Stivoro). De uitwerking hiervan is onderdeel van het huidige traject.
- Het monitoren van middelengebruik door volwassenen kent problemen: de vervolgmodule van de CBS-GE, waarin dit onderwerp meeloopt, heeft een nettorespons van 30 procent. Dit probleem geldt ook voor alcoholgebruik (Trimbos, CBS).
- Veel monitors gebruiken commerciële consumentenpanels, in plaats van op de GBA gebaseerde steekproeven. Dit is goedkoper, maar geeft kans op extra vertekening. De grote panels zorgen wel voor goede documentatie (SCP, Pharos, Stivoro, VeiligheidNL).
- Migrantengroepen zijn, zonder speciale maatregelen, veelal ondervertegenwoordigd in panels (Pharos, Centerdata/LISS).
- Jaarlijkse metingen zijn nodig voor gebieden waar beleid frequent wijzigt en nieuwe ontwikkelingen snel gaan (Stivoro).
- Voor verdiepende onderzoeken, zoals over de seksualiteit in Nederland, kan de frequentie lager zijn dan tweejaarlijks, om daarmee meer ruimte te creëren voor inhoudelijke verdieping (Rutgers WPF).
- Wat in de VTV staat is te beknopt per onderwerp en is te weinig lokaal gedifferentieerd, terwijl bijna alle leefstijlbeleid uiteindelijk lokaal wordt uitgevoerd (SOA-AIDS NL).

Na de bilaterale gesprekken vond op 4 juni 2012 de eerste plenaire discussie plaats met de partners. Hier kwamen de volgende punten aan de orde:

- aanleiding en opdracht, gekozen kaders;
- gegevensbehoefte van VTV/Kompas en internationale verplichtingen;
- stand van zaken CBS-Gezondheidsenquête en GGD-Gezondheidsmonitor;
- verslag van de gesprekken met de thema-instituten, speciale aandachtspunten;
- elementen van een plan voor verbetering van efficiëntie en kwaliteit;
- discussie in drie blokken.

Het verslag van de vergadering is bijgevoegd als Bijlage 4.

## **DEEL B: EEN SCHEMA VOOR VERNIEUWING**



## 6 Uitgangspunten

In het tweede deel van dit advies wordt een voorstel gedaan voor een vernieuwde opzet voor de monitoring van leefstijl in Nederland. Daarvoor is gekeken naar de gegevensbehoefte (hoofdstuk 3 en Bijlage 2), naar de huidige situatie (hoofdstuk 4-5 en Bijlage 3-4), maar is ook bedacht hoe we het zouden willen als er niets was en we met een schone lei zouden beginnen. Randvoorwaarden zijn de wens van VWS om tot efficiencywinst te komen vanuit een bezuinigingsoptiek, de wens om dit te koppelen aan een kwaliteitsslag, en in de toekomst te voorkomen dat er meerdere landelijke cijfers over éénzelfde indicator circuleren. Nog een uitgangspunt is dat de nieuwe opzet het hele veld van gezondheidsrelevante leefstijlthema's moet dekken op een gebalanceerde manier.

Een belangrijke notie bij dit alles is dat een goed monitoringsysteem een lange-termijnperspectief heeft. Om betrouwbaar trends te kunnen meten, en nieuwe onverwachte zaken te kunnen signaleren, moet een monitoringsysteem een langere adem hebben dan een politieke hype, maar tegelijk flexibel genoeg zijn om nieuwe wensen van het beleid te kunnen incorporeren.

Het voorgestelde schema kent de volgende dimensies:

### *Kern versus verdiepende modules*

Allereerst maken we onderscheid tussen een 'kern'-set van gegevens die we *jaarlijks* willen meten, en verdiepende modules, blokken informatie die *met een lagere frequentie* kunnen worden verzameld.

Bij de kern gaat het om enkele basiscijfers per leefstijlthema, waarvoor we nauwkeurige trends willen zien (bijvoorbeeld percentage rokers, percentage overgewicht). Jaarlijkse meting kan ook nodig zijn voor onderwerpen die snel kunnen wijzigen, bijvoorbeeld in relatie met veranderend beleid.

Bij de verdiepende modules gaat het om detailleringen, cijfers die de volle breedte van een thema beschrijven, en gegevens waarmee we verbanden kunnen leggen, bijvoorbeeld met opinies en omstandigheden die het gedrag bepalen. Deze gegevens kunnen ook verklaringen opleveren voor waargenomen trends in kerncijfers.

Voor sommige thema's is het minder gemakkelijk dan voor andere om met enkele enquêtevragen de essentie te vatten. Bij voeding bijvoorbeeld is gedetailleerde navraag nodig om het voldoen aan de norm voor afzonderlijke voedingsstoffen te kunnen beoordelen. Daarom heeft het hanteren van de term 'kern' in dit rapport ook een pragmatische kant: het gaat erom met een beperkt aantal vragen de essentie van het thema zo dicht mogelijk te benaderen.

### *Afzonderlijke benadering voor jeugd*

Leefstijl bij jeugd is een speerpunt van het beleid, zowel nationaal als lokaal. Het omvat deels andere onderwerpen dan voor volwassenen, en de dataverzameling vraagt deels een andere methodiek. Daarom wordt deze doelgroep apart besproken.

*Nationaal versus lokaal*

De monitoring van leefstijl (en andere aspecten van gezondheid) door de GGD'en is primair bedoeld voor het lokale beleid, vindt plaats om de vier jaar, en is in de regel lokaal gefinancierd. Door het lopende harmonisatietraject worden steeds meer onderwerpen op identieke wijze gemeten door alle GGD'en tegelijk én door de CBS-GE. Voor deze geharmoniseerde onderwerpen kunnen dus elke vier jaar geheel vergelijkbare landelijke én uitgesplitste regionale/gemeentelijke cijfers worden berekend. De eerste cijfers komen in 2013 beschikbaar.

*Benamingen, plek in het totale kennisstelsel*

De term 'monitor' wordt soms gebruikt voor een 'dataverzamelinstrument' (enquête of anderszins), maar soms ook voor een rapportage- of communicatiemedium voor meetgegevens. In ons advies gaat het over de eerste betekenis. Om verwarring te vermijden willen we de term 'Leefstijlmetr' (LSM) gebruiken voor het totaal aan gegevensverzamelingen dat dit advies bespreekt. We kennen dan vervolgens de onderdelen LSM-K (de jaarlijkse kern), LSM-V (de verdiepende modules, LSM-J (de jeugdmetingen), en LSM-G (de GGD-gezondheidsmonitors). Voor afzonderlijke meetinstrumenten zal soms ook de term 'monitor' worden gebruikt.

Meting van leefstijl is een onderdeel van het totaal aan monitoring dat op het gebied van gezondheid wordt gedaan. Globaal gaat het dan om de categorieën: gezondheidstoestand, determinanten van gezondheid (waaronder leefstijl, maar ook persoonlijke factoren en fysieke en sociale omgevingsfactoren), preventie en zorg. Van belang is ook dat in het algemeen gesproken gegevens afkomstig zijn van registraties, vragenlijstonderzoeken, en fysieke bevolkingsonderzoeken (Health Examination Survey, HES), en dat het zwaartepunt bij verschillende categorieën op verschillende gegevensbronnen berust (Nugteren et al., 2012). Bijgaande tabel maakt dat duidelijk. '(x)' betekent: niet uitgesloten maar van minder belang.

	Gezondheids- toestand	Determinanten van gezondheid			Pre- ventie	Zorg
		Leefstijl	Pers. fact.	Omgeving		
<i>Registers</i>	x	(x)	(x)	x	x	x
<i>Vragen- lijsten</i>	x	x	x	(x)	x	x
<i>HES</i>	x	(x)	x			

## 7 De jaarlijkse landelijke kern (LSM-K)

Als basis voor de jaarlijkse landelijke kern willen we uitgaan van de CBS-GE (gezondheidsenquête). Deze vindt ook nu jaarlijks plaats, dekt een aantal belangrijke leefstijlonderwerpen, voorziet via een GBA-steekproeftrekking in een solide methodologie, en is grotendeels afgestemd met internationale standaarden en definities.

Voor de lijst van leefstijlthema's (zie paragraaf 3.1) gaan we vervolgens na of deze nu in de GE gedekt zijn, of ze in een nieuw te definiëren kern in de GE een plaats zouden moeten krijgen, en op welke manier.

Zoals de situatie nu is zitten de onderwerpen roken, lengte/gewicht en borstvoeding in de GE-basisenquête. Voor borstvoeding geldt wel de beperking dat de steekproef klein is, en is de vraag of dit thema niet veel beter via een gericht onderzoek kan worden gevolgd. Voor bewegen, sportdeelname, alcohol- en druggebruik is er een probleem vanwege de lage respons van de GE- vervolgmodule. Niet gedekt zijn: voeding, seksuele gezondheid, sedentair gedrag, ongevallen, en sociale context.

Het CBS is hoe dan ook van plan in 2013 wijzigingen door te voeren in de GE. Deze hebben te maken met de verplichting om in 2014 de EHIS-vragen op te nemen, en met de noodzaak om een oplossing te vinden voor de lage respons van de vervolgmodule. In dit kader is het CBS bereid en geïnteresseerd om in de GE ruimte te bieden aan een leefstijlkern, zoals die door het huidige traject moet worden gedefinieerd.

Ook de GGD'en willen graag kijken of de leefstijlkern opgenomen kan worden in de basisset van de Gezondheidsmonitor die in samenwerking met het CBS eens per vier jaar wordt afgenomen. Dit betekent dat voor de kern jaarlijkse cijfers beschikbaar komen die één keer in de vier jaar op een veel grotere steekproef berusten en uitgesplitst kunnen worden naar regio's en gemeenten.

In *Bijlage 7* is in een tabel een voorbeeld geformuleerd over hoe de leefstijlkern er in termen van enquêtevragen uit zou kunnen zien. Hierbij is rekening gehouden met de gegevensbehoefte (o.a. in de VTV), de huidige vragenlijsten (continuïteit), de inbreng van de partners, en de balans tussen de thema's. Dit voorbeeld is tevens bedoeld als een voorstel, een uitgangspunt voor de verdere discussie.

Volgens een zeer voorlopige schatting van het CBS zouden voor 32 vragen (acht thema's) circa zes minuten enquêtetijd nodig zijn. Het voorbeeld van *Bijlage 7* komt, met opname van bijna alle genoemde thema's, minimaal op circa 40 vragen. Extrapolerend wordt dit zo'n acht minuten enquêtetijd.

Zoals gezegd is dit voorbeeld bedoeld als uitgangspunt voor een zo concreet mogelijke discussie in het vervolgtraject. De stappen voor deze discussie en de vaststelling van de kern staan onder hoofdstuk 13 aangegeven.





## 8 De verdiepende modules (LSM-V)

Allereerst willen we stellen dat de verdiepende monitors of onderzoeken niet minder belangrijk zijn dan het monitoren van de indicatoren die als jaarlijkse kern zijn gedefinieerd. Ze zijn een onmisbare aanvulling om zaken te kunnen begrijpen en in de juiste context te plaatsen. Ook moet er altijd ruimte zijn voor nieuwe onderwerpen, bijvoorbeeld vanuit het beleid aangedragen, of voor innovaties.

De LSM-V omvat alle dataverzamelingen (landelijk en niet specifiek op jeugd gericht) die niet in de jaarlijkse kernset zijn opgenomen. Hij kan de vorm krijgen van één dataverzamelingsinstrument, of een samenhangend stelsel instrumenten (zie onder). In de LSM-V moet plaats zijn voor drie elementen: (1) jaarlijks wisselende verdiepende modules over alle leefstijlthema's (waarvan is gesteld dat een meetfrequentie van minder dan jaarlijks voldoende is), (2) nieuwe en ad hoc onderwerpen, en (3, indien nodig) modules die (nog) niet in de CBS-GE konden worden ingepast, maar waarvan toch een jaarlijkse waarneming wordt verlangd. Daarnaast moeten achtergrondkenmerken en aansluitende elementen van de kern er een plaats in hebben.

Element (1) omvat in principe alle verdiepende modules en onderzoeken die nu veelal in afzonderlijke monitors lopen. Dit betreft in eerste instantie de volgende thema's: roken (nu COR), bewegen (fysieke (in)activiteit, nu in OBiN), druggebruik (nu in de CBS-GE), seksuele gezondheid (nu in Monitor Seksuele Gezondheid van Rutgers WPF), en ongevallen (nu in OBiN). Bekeken moet worden of het nodig is hier ruimte te creëren voor de thema's voeding en alcoholgebruik. Voeding komt uitgebreid aan bod in de VCP, die zich door zijn eigen logistiek moeilijk laat combineren met de hier beoogde monitor (zie onder). Voor alcohol geldt dit ook, maar wellicht minder gericht op riskant drinkgedrag en achterliggende motieven.

Element (2) betreft nieuw opkomende informatiewensen van beleidskant, en experimenten met vernieuwingen (zie hoofdstuk 4).

Element (3): Wanneer de voornemens zoals boven beschreven onder hoofdstuk 7 kunnen worden gerealiseerd, is hier nu één expliciete wens geformuleerd door Stivoro: de voorgestelde jaarlijkse minimum vragenlijst over roken; deze is te lang om in de CBS-GE kern te worden meegenomen.

### *Past alles in één monitor? Varianten voor uitvoering*

Om het boven geschetste idee in de praktijk te realiseren zijn verschillende varianten denkbaar.

- Variant 1: Deze meest compacte variant is om uit te gaan van één monitor of vragenlijstinstrument. Dit zou een continu doorlopend onderzoek kunnen zijn met een steekproefomvang van circa 15.000, voor alle leeftijden (of 4+), met een enquêteduur van circa 30 minuten. Als we daarin alle boven beschreven elementen willen onderbrengen, dan is voor elk van de vijf genoemde modules roken, ongevallen, bewegen, druggebruik en seksuele gezondheid bij een frequentie van eens per twee à drie jaar zo'n tien tot twaalf minuten gemiddeld aan enquêtetijd beschikbaar. Bij een frequentie

van eens per vier jaar wordt dat het dubbele. Bijlage 8 geeft een paar schematische voorbeelden. Ten opzichte van de bestaande situatie betekent een dergelijk schema een sterke reductie van de frequentie én van de inhoud in termen van de lengte van de vragenlijsten. Om die reden denken we ook aan andere varianten, zoals hieronder gegeven.

- Variant 2: Om over meer ruimte te beschikken kan allereerst gedacht worden aan een splitsing van de totale steekproef in twee delen. Dit kan een oplossing zijn voor onderwerpen voor welke een kleiner aantal respondenten ook prima voldoet, omdat het niet om laagfrequente zaken gaat.
- Variant 3: Een andere manier om meer ruimte te creëren is om niet één maar twee vragenlijstinstrumenten te hanteren. Deze oplossing staat dicht bij de huidige situatie waarin de thema's over vier vragenlijsten verspreid zijn (zie boven onder 'element (1)'). Dan kunnen, als voorbeeld, de meeste regelmatig terugkerende modules in één vragenlijst meelopen, en de ad hoc onderwerpen, met één van de vijf thema's, in het tweede platform een plaats vinden, maar andere verdelingen zijn ook mogelijk. In deze variant is de omvang van het geheel nog steeds geringer dan in de huidige situatie, maar het verschil is minder groot.

In principe wordt ervan uitgegaan dat de thema's afwisselen, dus dat één thema niet vaker dan om het jaar aan de orde komt. Immers, zaken die we jaarlijks willen meten worden in de jaarlijkse kern geplaatst. Zoals boven onder 'element (3)' is genoemd, kunnen er uitzonderingen zijn voor onderwerpen die qua omvang niet in de kern passen, maar toch jaarlijkse meting vragen, op basis van beleidswijzigingen of verwachte snelle veranderingen.

De voedselconsumptiepeiling (VCP) is niet in bovenstaande varianten meegenomen, omdat deze een heel eigen methodiek kent (zie Bijlage 3). Qua onderlinge afstemming rekenen we de VCP echter wel bij de LSM-V.

Ten slotte het volgende. De vormgeving van de LSM-V is voor de meeste van de LOT-i (en overige) partners het meest ingrijpende onderdeel van dit traject 'leefstijl-monitoring', in termen van veranderingen ten opzichte van de huidige situatie. Een aantal partners is bereid om een stap terug te doen in de frequentie van uitvoering, maar vindt het onverantwoord om daarbij ook op de lengte van de vragenlijsten de helft of meer in te leveren (o.a. Rutgers WPF). Stivoro en Trimbos geven aan het belangrijk te vinden dat grotere delen van COR en RJM dan in de jaarlijkse GE-kern passen (zie hoofdstuk 7) toch jaarlijks worden uitgevoerd. Deze zaken zullen in het vervolgtraject moeten worden opgelost.

#### *Keuze van het platform voor LSM-V: GBA-steekproef of consumentenpanel*

Voor de uitvoering van deze varianten kan gebruik worden gemaakt van een GBA-gebaseerde representatieve steekproef of van een consumentenpanel. Deze twee benaderingen verschillen op een aantal kenmerken, en hebben elk hun voor- en nadelen. Concreet ligt er voor beide opties een voorstel.

Optie (1): de GBA-steekproef. Het CBS heeft voorgesteld om de LSM-V vorm te geven door naast de reguliere GE parallel een steekproef van gelijke (of andere) omvang te trekken, waarin de vragen zoals boven aangegeven onder de elementen (1)-(3) een plaats kunnen krijgen. Ook de kernvragen worden hierin

opgenomen (waarmee de steekproef daarvoor dus feitelijk wordt verdubbeld), en de achtergrondvariabelen (voor zover niet aan registraties te ontleen).

Optie (2): een consumentenpanel. De Technische Commissie (VeiligheidNL, TNO, het Mulier Instituut en de SWOV) en de Begeleidingscommissie (EMGO instituut, VWS, I&M/DVS, RIVM, NISB, NOC\*NSF) van OBiN hebben aangegeven dat de lopende infrastructuur van OBiN geschikt zou zijn om de beoogde inhoud van LSM-V te herbergen. In de huidige praktijk is sprake van een inhoudelijke begeleiding waarin de uitvoerende partners zitting hebben, daarnaast een gebruikersgroep, en een technisch bureau dat de onderzoeken uitvoert.

Om een keus te kunnen maken zijn de hieronder genoemde criteria van belang. In het geval dat gekozen wordt voor één dataverzamelingsinstrument (bovengenoemde varianten 1 en 2) zal dat óf een GBA-steekproef óf een panel zijn. Bij twee instrumenten (variant 3) kan eventueel voor een mix gekozen worden, bijvoorbeeld op basis van verschillende gunstige criteria voor verschillende situaties. De criteria zijn:

- Representativiteit voor de Nederlandse bevolking, met name op de kenmerken leeftijd, geslacht, stedelijkheid, sociaal-economische status (SES), en etniciteit. In principe verdient een GBA-steekproef op dit punt de voorkeur. In een panel zijn sommige groepen vaak ondervertegenwoordigd, zoals mensen met een niet-westerse afkomst, laag opgeleiden, ouderen, of mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Ook is het een opgave om te zorgen dat het panel door de jaren heen ook zo representatief mogelijk blijft. In de praktijk is de respons bij een open steekproef (waarschijnlijk selectief) lager dan in een panel. In een open steekproef kan daarvoor gewogen worden. In een panel is dit lastiger omdat er twee stappen van selectiviteit optreden en de representativiteit van de eerste stap (samenstelling van het panel) niet altijd bekend is. De vraag is in hoeverre deze twee vertekeningen tot ruwweg eenzelfde mate van verlies aan representativiteit zullen leiden. Wel zet het OBiN-panel extra in op lastig bereikbare groepen (Spijkerman et al., 2009; Stoop en Wittenberg, 2008).
- Steekproefomvang. In het CBS-voorstel wordt uitgegaan van 15.000 personen (parallel aan de steekproeftrekking voor de reguliere GE), maar dit kan verhoogd of verlaagd worden. De huidige omvang van de OBiN-steekproef is 13.000, maar met een hogere nettorespons dan de GE.
- Koppelingsmogelijkheden. In het CBS-voorstel zijn er door de steekproefopzet in combinatie met de GE directe mogelijkheden voor koppeling met alle andere (niet-leefstijl)onderwerpen in de GE, en ook met andere bestanden bij het CBS. Hierdoor hoeft een deel van de achtergrondkenmerken niet meer in de enquête zelf te worden nagevraagd.
- De dataverzameling moet continu door het jaar lopen, onder meer om seizoensinvloeden te kunnen vaststellen. Zowel in de CBS- als in de OBiN-optie is er sprake van continue dataverzameling.
- Bevragingstechniek. Het CBS geeft als eerste keus CAWI-CAPI, ofwel via internet, met een persoonlijk interview voor achterhaalde non-responders. Drie goedkopere varianten zijn mogelijk waarbij gradueel minder moeite wordt gedaan om non-responders op te sporen. OBiN werkt met online en telefonische benadering. Naast de traditionele vraagstelling maakt OBiN ook gebruik van modernere methoden zoals beelden enzovoort. Wel moeten de vragen goed getest en gevalideerd zijn. Bij telefonische benadering is de maximum lengte van een vragenlijst beperkter dan bij andere methoden.
- Flexibiliteit. In sommige gevallen bestaat de wens om bij doorlopend onderzoek op korte termijn nieuwe sets vragen in te kunnen voegen, of voor perioden korter dan een jaar modules af te wisselen. Dit is een gangbare

praktijk bij sommige panelonderzoeken (OBiN, COR). In de CBS-optie zou de minimale doorlooptijd voor introductie van nieuwe vragen circa 3 maanden zijn, omdat wijzigingen in de vragenlijst uitgebreid worden getest, en in de OBiN-optie circa één maand.

- Toegang tot de gegevens. In het huidige plan is het een uitdrukkelijke wens dat tenminste de partnerinstituten voor analyses over de ruwe gegevens kunnen beschikken, met name op hun eigen werkterrein. In de CBS-optie moeten partijen een machtiging aanvragen voor remote access of on-site analyses, en daarvoor betalen. In de huidige OBiN-werkstructuur zijn de data een maand na afloop van de enquêtes beschikbaar voor de deelnemende partners, maar moet wel toestemming worden verleend voor gebruik.
- Kosten. In de regel is het gebruik van consumentenpanels veel goedkoper. De precieze verschillen tussen de opties moeten nog in kaart worden gebracht.
- Snelheid. Het gaat hier zowel om snelle procedures als snelle beschikbaarheid van de gegevens. De interne procedures bij het CBS vergen al gauw meer tijd dan bij commerciële bureaus.

#### *Ad hoc-onderwerpen en vernieuwing*

Dit is boven aangeduid als 'element (2)'. Voor de huidige situatie zijn voorbeelden van ad hoc onderwerpen de modules over tatoeages en piercings en leaseauto's die in de OBiN zijn meegenomen. Als onderwerp voor vernieuwing is onder meer genoemd dat een koppeling wordt gelegd tussen gedrag en de omgeving waarin dat gedrag vorm krijgt. Koppelingen van dit type zitten in bijvoorbeeld de HBSC, de beweegmodule in OBiN, en in de rookmonitors, maar niet in andere vragenlijsten. Een ander onderwerp is bijvoorbeeld risicogedrag in relatie tot ongevallen (zie ook hoofdstuk 4).

#### *Grenzen van de LSM-V*

In het bovenstaande zijn impliciet een paar afgrenzingen gemaakt:

- Verdiepende modules over sport zijn niet meegenomen, deze informatie wordt verzameld via de Sportersmonitors en de VrijeTijdsOmnibus. Dit rekenen wij (buiten de sportparticipatie zelf) niet tot de 'gezondheidsgerelateerde leefstijl', en het valt onder het sportbeleid. Wel wordt geadviseerd de landelijke overlap te verminderen en de lokale bruikbaarheid te verbeteren (Tiessen-Raaphorst en De Haan, 2012).
- Er is buiten het hier besproken pakket een grote variatie van monitoring-activiteiten, dikwijls gericht op specifieke vraagstellingen, en vooral op specifieke doelgroepen. Deze onderzoeken zijn niet minder belangrijk omdat ze in dit schema niet voorkomen, maar zullen in de regel een aparte prioritering en financiering kennen.

## 9 Jeugdmonitors (LSM-J) (landelijk)

### *De huidige situatie*

Zoals aangegeven bekijken we het monitoren van leefstijl bij jeugd apart. Dit omvat deels andere onderwerpen dan voor volwassenen, en de dataverzameling vraagt deels een andere methodiek.

Wat betreft de thema's zien we een tweedeling:

- Zaken als ongevallen, bewegen, sport en voeding zijn voor alle leeftijden van belang, ook voor jonge kinderen. Deze zaken kunnen in algemene vragenlijsten worden opgenomen en (bij jonge kinderen) via ouders/verzorgers worden bevraagd.
- De thema's roken, alcohol, druggebruik en seksueel gedrag zijn specifiek van belang voor ruwweg de tienerleeftijd. Deze onderwerpen kunnen alleen accuraat worden onderzocht als ze bij jongeren zelf worden nagevraagd, buiten de relatie met volwassenen om.

De eerste categorie wordt momenteel alleen in de OBiN nagevraagd, en zou in de toekomst mogelijk als onderdeel van de LSM-K in de CBS-GE opgenomen kunnen worden. In de OBiN zijn de vragen specifiek op kinderen toegespitst. De nieuwe VCP loopt vanaf 1 jaar en daarin worden kinderen dus in de toekomst ook meegenomen (Ocké et al., 2012).

Voor de tweede categorie thema's wordt het onderzoek veelal via scholen uitgevoerd. We kennen in deze categorie op dit moment (a) de HBSC, een (bijna) leefstijlbreed instrument, elke vier jaar uitgevoerd, (b) de combinatie ESPAD/peilstations, voornamelijk gericht op middelengebruik, eveneens elke vier jaar, maar alternerend met de HBSC, (c) de RokenJeugdMonitor (RJM), en (d) het onderzoek 'Seks onder je 25<sup>e</sup>', dat elke vijf jaar plaatsvindt (deels via scholen). Ook de jeugdgezondheidsmonitors van de GGD'en maken veelvuldig gebruik van scholen (zie hieronder).

### *Jaarlijkse kerncijfers voor jeugd?*

We hanteren als startpunt dat we ook voor jongeren in principe voor een kern van onderwerpen jaarlijkse cijfers zouden willen hebben.

Wat betreft (jonge) kinderen, adviseren wij om bij het ontwerp van de LSM-K te zorgen dat het monitoren van een jaarlijkse kern voor de onderwerpen fysieke (in)activiteit, voeding en ongevallen gewaarborgd blijft, ook voor deze leeftijdsgroepen. Voor deze thema's en met name jonge kinderen is dus niet zozeer sprake van een 'aparte benadering voor de jeugd'.

De vierjaarlijkse HBSC dekt alle leefstijlthema's (roken, alcohol, drugs, voeding, bewegen, sport, lengte/gewicht, seks), integreert die in de persoonlijke leefsituatie, en maakt bovendien directe internationale vergelijking mogelijk. Dit is een goed model voor een brede leefstijlmonitor voor ruwweg de tienerleeftijd, waarin de meeste thema's als beknopte kern aan de orde komen. Vanwege de internationale context is een wijziging van dit instrument voor Nederland niet aan de orde. Wanneer de ESPAD/Peilstations zouden kunnen worden verbreed naar dit model, zou een tweejaarlijkse meting van kerngegevens gerealiseerd

kunnen worden. Derhalve kan met de afwisseling tussen de HBSC en een verbrede ESPAD/Peilstations een adequate tweejaarlijkse dekking van alle thema's verzorgd zijn.

Hoe komen we tot jaarlijkse cijfers? De benadering via scholen (zoals nu voor de HBSC en ESPAD/Peilstations) kan niet verder in frequentie worden opgevoerd. Wellicht kan de RJM hier een rol spelen. Evenals het COR is de RJM (RokenJeugdMonitor) overgegaan van Stivoro naar het Trimbos. Het Trimbos onderzoekt momenteel of deze monitor, als die zou worden toegepast in de jaren tussen uitvoering van de HBSC-ESPAD/Peilstations-cyclus, in combinatie hiermee bruikbare trendgegevens voor roken en enkele andere leefstijlfactoren(alcohol, cannabis) kan opleveren.

#### *Twee scenario's voor de tienerleeftijd*

Er zijn nu twee scenario's denkbaar:

- (a) De RJM is logistiek en qua bruikbaarheid van trends in te passen tussen de twee vierjaarlijkse cycli, zodat een jaarlijkse dataverzameling ontstaat. In dit geval adviseren we om deze RJM aan te passen waarbij een deel wordt vervangen door enkele kerncijfers voor andere thema's. Zo komen we ook voor deze leeftijdsgroep tot de betrouwbare jaarlijkse meting van een kern. Deze kern kan worden gedefinieerd naar het voorbeeld van de kern die voor alle leeftijden is gedefinieerd.
- (b) Het lukt niet om de RJM in te passen voor bruikbare trends, bijvoorbeeld omdat niet aan de eis van voldoende representativiteit kan worden voldaan. In dit geval is een terugvalpositie om te accepteren dat we slechts ééns per twee jaar de kerngegevens voor jongeren kunnen verzamelen.

Overigens zijn de GGD'en samen met het CBS in navolging van het traject voor volwassenen gestart met de harmonisatie van de GGD-monitors jeugdgezondheid. Hierdoor zullen naar verwachting vanaf 2015 vierjaarlijks ook landelijke cijfers beschikbaar komen, die berusten op een grote steekproef en uitgesplitst kunnen worden naar regio's en gemeenten. Hierbij wordt ook samengewerkt met het Trimbos, om gezamenlijk effectiever de scholen te kunnen benaderen voor de verschillende onderzoeken.

#### *Kern en verdieping*

Hierboven is aangegeven hoe een kern jaarlijks dan wel tweejaarlijks kan worden gemeten. Voor de onderzoeken via scholen is het nu wel zo dat de omvang en verdieping hiervan, althans voor een aantal onderwerpen, ruimer is dan voor de beoogde kern voor volwassenen (zoals beschreven onder hoofdstuk 6), maar ook weer niet voldoende voor sommige databehoeften. Voor de huidige situatie kunnen derhalve als verdiepende module worden aangemerkt:

- voor fysieke (in)activiteit, voeding en ongevallen vooral bij jonge kinderen: de langere vragenlijsten in OBiN, en de VCP;
- voor de andere thema's, bij tieners: de huidige vragen over middelengebruik in de ESPAD/Peilstations, het grootste deel van de RJM en het onderzoek 'Seks onder je 25<sup>e</sup>'.

Voor de eerste categorie kunnen uitgebreidere modules minder frequent worden uitgevoerd. In feite is dit onderdeel van de situatie beschreven voor volwassenen in hoofdstuk 8.

Voor de tweede groep kan eraan gedacht worden om de ruimte van de RJM te gebruiken voor verdiepende modules op de thema's roken en middelengebruik. In het geval dat bovengenoemd scenario (b) aan de orde is, kan de RJM eventueel als afzonderlijke monitor voortgezet worden, met een lagere frequentie dan nu. Als mogelijk alternatief voor een scholensurvey wordt genoemd een GBA-steekproef, te bevragen via internet of een schriftelijke vragenlijst. Voor het onderzoek 'Seks onder je 25<sup>er</sup>' is te overwegen dit apart te houden, vanwege de afwijkende leeftijdsgroep.

Los van dit advies vinden er diverse initiatieven plaats om alle jeugd-(gezondheids)monitors te inventariseren, en afstemming te verbeteren. Eén hiervan vindt momenteel plaats door het RIVM-VTV.





## 10 GGD-gezondheidsmonitors en jeugdmonitors (LSM-G)

Het meten van leefstijlfactoren op lokaal niveau kan ook gezien worden als een 'verdieping', in geografische zin.

In het najaar van 2012 voerden de GGD'en, samen met het CBS en het RIVM, voor het eerst een gezamenlijke enquête uit. Het voornemen is om dit elke vier jaar te herhalen. Voor deze ronde van 2012 zijn de vragen voor bewegen en sport, roken en alcohol (en andere zaken buiten het leefstijlgebied) geheel geharmoniseerd, zodat hieruit niet alleen lokale informatie maar ook een landelijk cijfer kan worden afgeleid. Voor veel andere thema's hebben de GGD'en standaardvragen ontwikkeld. De uitvoering daarvan in de vierjaarlijkse enquête is nu nog optioneel, en wisselend tussen GGD-en, maar het valt te verwachten dat in de toekomst de afgesproken landelijke set verder uitgebreid zal worden.

Het voornemen bestaat om in de toekomst de volledige leefstijlkern zoals die beoogd is voor opname in de CBS-GE, ook in de vierjaarlijkse GGD-Gezondheidsmonitor op te nemen. In dat geval is het eens per vier jaar mogelijk om voor de totale set kernindicatoren niet alleen goede vergelijkingen te maken op lokaal niveau, maar ook een landelijk cijfer te produceren dat op een zeer grote steekproef is gebaseerd.

De GGD'en zijn ook zeer actief met jeugdmonitors. Ook hier is een groot aantal standaardvragen geformuleerd, mede met hulp van de landelijke thema-instituten. Ook hier is een harmonisatietraject in gang gezet, in navolging van de situatie bij volwassenen en ouderen.



## 11 Organisatie en beheer van de LSM

De basisgedachte is dat de LSM als geheel, dus de jaarlijkse kernset, de verdiepende modules, de jeugdmonitors en de GGD-monitors, beheerd wordt door een consortium van betrokken instituten, dat hiervoor regelmatig bijeenkomt.

Uitgangpunt voor de samenstelling van dit consortium is het huidige LOT-i verband, aangevuld met CBS, SCP, RIVM/VTV en VWS. Inmiddels zijn daarbij enkele partners aangeschoven die op het gebied van leefstijlmonitoring actief zijn: GGD-NL (namens de GGD'en), TNO, RIVM-VCP, en het Mulier Instituut. Denkbaar is dat op afzienbare termijn de LOT-i partners die niet zelf gegevensverzamelingen uitvoeren samen met anderen in een gebruikersgroep zitting nemen. Dit is nog uitdrukkelijk ter discussie.

De taken voor het Consortium-LSM zijn:

- Op korte termijn:
  - het vaststellen van de eigen werkwijze en verantwoordelijkheden;
  - het verder vormgeven van de LSM en zijn verschillende onderdelen.
- Op langere termijn:
  - het jaarlijks (of voor ad hoc zaken vaker) vaststellen van de inhoud van de verschillende onderdelen;
  - het bewaken van een lange-termijn visie op de meting van leefstijl, en het in gang zetten van veranderingen of innovaties van meetmethoden, op geleide van veranderende gegevensbehoefte en de wetenschappelijke state-of-the-art;
  - mogelijk ook taken op het gebied van de verdeling van financiering en werving van fondsen.

Meer details hierover zijn weergegeven in hoofdstuk 13 onder 'Vervolgfases'.



## 12 Kwaliteits- en efficiencywinst

Waarin zit met dit alles de beoogde efficiencywinst, en waar de kwaliteitswinst? De *efficiencywinst* zit vooral in de bundeling van monitors, het weghalen van verdubbelingen, en de verlaging van de frequentie, met name voor sommige van de uitgebreidere vragenlijsten. De *kwaliteitwinst* zit in de betere afstemming en de gezamenlijke afweging van keuzes in het hele leefstijlgebied. Ook wordt kwaliteit gewonnen wanneer we deze gelegenheid gebruiken om te vernieuwen, dat wil zeggen, kritisch naar de bestaande vragenlijsten te kijken, minder relevante delen te schrappen, en vernieuwende elementen in te bouwen. Maak hierbij onderscheid tussen 'need to know' en 'nice to know' (Tiessen-Raaphorst en De Haan, 2012).

Concreter is efficiencywinst als volgt te realiseren, voor de LSM-V, afhankelijk van de te kiezen variant:

- LSM-V, compacte variant: hier blijft één jaarlijkse monitor over, in plaats van de OBiN, het COR (beide jaarlijks), het onderzoek Seksuele Gezondheid in Nederland (tweejaarlijks), en de drugsvragen in de CBS-GE. Hierover is al opgemerkt dat het als kader mogelijk erg smal is om de bestaande gegevensbehoefte te dekken.
- LSM-V, variant met twee jaarlijkse monitors, dus dichterbij de huidige situatie, qua omvang, maar nog steeds minder dan in de huidige situatie. Ook hier is voorzien in een vermindering van de frequentie van delen van de OBiN, van het COR, de drugsvragen, en het onderzoek Seksuele Gezondheid in Nederland.

Voor de jeugdmonitors:

- Jeugdonderzoeken bij tieners en/of via scholen: de voorgestelde verschuivingen houden het volume ongeveer gelijk, maar leveren wel kwaliteitswinst op door betere balans en afstemming.



## 13 Aanpak in fasen

Om het bovengeschetste te realiseren moeten de volgende stappen worden ondernomen:

*Besluit over vervolgtraject:*

- November 2012: besluit van VWS over het vervolgtraject. Bij afronding van dit rapport is de verwachting dat voor een eerste vervolgfase het RIVM zal worden gevraagd de verdere activiteiten te coördineren. VWS zal eventueel financiële randvoorwaarden aangeven.

*Eerste fase, vaststelling details, november 2012–juli 2013:*

- Instellen Consortium LSM; afspreken taken en verantwoordelijkheden, termijn en perspectief. Gezamenlijk voorstel hiervoor naar VWS, goedkeuring VWS.
- Exact definiëren van de leefstijlkern; voorbereiding per thema door groepjes van specifieke experts, in termen van indicatoren, gekoppeld aan enquêtevragen; voortbouwen op 'aftrap' in dit advies; accordering door Consortium LSM.
- Opnemen door het CBS van het resultaat hiervan in hun voorstel van een revisie van de CBS-GE voor 2014; hiertoe moet er in april 2013 een voorstel liggen.
- Concretiseren van wensen voor beheer en toegankelijkheid van de gegevens; taakverdeling naar specifieke expertise; accordering door Consortium LSM.
- Keuze maken voor de optimale opzet voor de LSM-V, in termen van verdeling van modules, in een vierjaarlijkse cyclus; samenhangend hiermee, ook een keuze voor het platform voor dataverzameling (GBA-steekproef of panelonderzoek); gebruik het voorwerk in dit advies, met de eventueel door VWS gestelde financiële randvoorwaarden; accordering door Consortium LSM.
- Definiëren van terreinen waar een inhoudelijke vernieuwingsslag gewenst is gezien nieuwe ontwikkeling in beleid, onderzoek en/of praktijk, nader te adresseren in vervolgtraject.
- Onderzoeken van de mogelijke verbreding van het peilstations/ESPAD-traject; voorbereiding Trimbos, accordering Consortium LSM.
- Onderzoeken van de mogelijkheid voor de RJM als monitor tussen de HBSC- en ESPAD-jaren; voorbereiding Trimbos, accordering Consortium LSM.
- Onderzoeken van de mogelijkheden van de GGD-jeugdmonitors. Volg de lopende inventarisatie van jeugdmonitors en het afstemmingstraject van de jeugdmonitors van de GGD'en met het RIVM, het CBS en Trimbos.

*Tweede fase, begin implementatie, juli-december 2013:*

Afhankelijk van beoordeling VWS en anderen:

- Start de implementatie van de nieuwe structuur, zoals overeengekomen in de eerste fase.
- Los resterende problemen op.
- Realiseer vernieuwingsslag op de eerder bepaalde terreinen.
- Blijf het permanente overleg LeefStijlMeting gebruiken om het proces te begeleiden. Dit biedt de beste kansen om voor het vervolgtraject ook bij



nieuwe onverwachte ontwikkelingen over een evenwichtig en samenhangend stelsel te blijven beschikken voor de monitoring van leefstijl in Nederland.

*Derde fase: implementatie met perspectief van een duurzame situatie, vanaf januari 2014.*

N.B.: Bij het ter perse gaan van dit rapport is duidelijk dat een vervolgtraject ingezet zal worden, onder coördinatie van het RIVM, en dat de tijdsfasering zal worden verruimd.

## 14 Geraadpleegde bronnen

- Elgar, F.J., C, Roberts, C. Tudor-Smith en L. Moore (2005) 'Validity of self-reported height and weight and predictors of bias in adolescents'. *Journal of Adolescent Health*, 37, 371-375.
- Griebler, R., J. Inchley, A. Theunissen, M. Molcho, O. Samdal, W. Dür, C. Currie (eds.) (2010) *HBSC Study Protocol: Background, Methodology and Mandatory Items from the HBSC 2009/10 Survey*. Vienna: LBIHPR & Edinburgh: CAHRU. Available at: <http://www.hbsc.org>.
- Hoeymans, N., J.M. Melse, C.G. Schoemaker (2010) *Gezondheid en determinanten. Deelrapport van de VTV 2010 Van Gezond naar Beter*. Bilthoven/Houten, RIVM/Bohn Stafleu van Loghum.
- Lucht, F. van de, J.J. Polder (2010) *Van Gezond naar Beter; Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2012*. Bilthoven/Houten, RIVM/Bohn Stafleu van Loghum.
- Nugteren, R., M.J. van de Berg, M. Verschuuren, H.S.J. Picavet, H.G.M. Verkleij, N. Hoeymans (2012) *Strategische analyse gegevensvoorziening VTV en Zorgbalans; naar betere informatie over volksgezondheid en zorg*. Bilthoven: RIVM-Rapport 270261001/2012.
- Ocké, M.C., C.T.M. van Rossum, E.J. de Boer, D.L. van der A (2012) *Het voedingspeilingsysteem. Aanpassing van de meerjarenvisie anno 2012*. Bilthoven, RIVM-Rapport 350061001.
- Smit, F., W.M. de Zwart, I. Spruit, K. Monshouwer, E.J.C. van Ameijden (2002) 'Monitoring Substance Use in Adolescents: School- or Household Survey?' *Drugs: education prevention and policy*, 9 (3) 267-274.
- Spijkerman, R., R. Knibbe, K. Knoop, D. van de Mheen, R. van den Eijnden (2009) 'The utility of online panel surveys versus computer-assisted interviews in obtaining substance-use prevalence estimates in the Netherlands'. *Addiction*, 104: 1641-1645.
- Stoop, I., M. Wittenberg (eds.) (2008) *Access panels and online research, panacea or pitfall? - Proceedings of the DANS Symposium - Amsterdam October 12th, 2006*. Amsterdam: Aksant 2008 - DANS Symposium Publications 4. ISBN 978-90-5260-300-1.
- Tiessen-Raaphorst, A., J. de Haan (2012) *Versterking data-infrastructuur sport*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Verschuuren, M., P.W. Achterberg, R. Gijsen, M.M. Harbers, E. Vijge, E.A. van der Wilk, P.G.N. Kramers (2012) *ECHI indicator development and documentation. Joint Action for ECHIM Final Report Part II*. Bilthoven, RIVM.
- Wijzen, C., S. de Haas (2011) 'Seksuele gezondheid in Nederland 2011: achtergronden en samenstelling van een representatieve steekproef voor een bevolkingsonderzoek'. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36, nr. 2.



## Bijlage 1

### **Leefstijl in een conceptueel model van volksgezondheid**

De VTV, één van de kerninstrumenten waarin regelmatig op hoofdlijnen over de Nederlandse volksgezondheid wordt gerapporteerd, hanteert een conceptueel model voor de gezondheid, in relatie tot verschillende groepen determinanten. In dit model staat 'leefstijl' als belangrijke groep determinanten naast de 'fysieke en sociale omgeving' (de omgeving waar we persoonlijk weinig invloed op hebben), en 'persoonsgebonden factoren' (de individuele kenmerken die niet of niet snel veranderbaar zijn).

In het Nationaal Kompas, de website waarin de gegevens voor de VTV regelmatig worden bijgewerkt, staan onder 'leefstijl' de volgende onderwerpen:

- roken;
- alcoholgebruik;
- drugsgebruik;
- voeding;
- borstvoeding;
- omgaan met stress;
- lichamelijke activiteit;
- gebitsverzorging;
- seksueel gedrag;
- verkeersgedrag;
- reizen.

Onder 'sociale omgeving' staan enkele onderwerpen die een nauwe relatie met leefstijl hebben:

- sociale steun;
- eenzaamheid;
- sociale cohesie;
- seksueel geweld.

Onder 'persoonsgebonden factoren' staat onder meer 'lichaamsgewicht' (ofwel gewicht in relatie tot lengte, leidend tot over- (of onder)gewicht). Omdat dit sterk samenhangt met voeding en bewegen nemen wij dit onderdeel mee. De lijst wordt momenteel herzien. Waarschijnlijk zullen Gebitsverzorging, Verkeersgedrag en Reizen als determinant af gaan vallen. Relevante informatie hierover zal bij de gerelateerde ziekten en aandoeningen ondergebracht worden. 'Omgaan met stress' zal worden uitgebreid, en 'Sociale cohesie' zal samengevoegd worden met inrichting buurt/wijk, dat nu onder fysieke omgeving staat.

Een pragmatische benadering voor de afgrenzing van 'leefstijl' is het gezamenlijke werkgebied van de thema-instituten verenigd in het LOT-i. Dit werkgebied omvat grofweg de terreinen:

- roken;
- alcoholgebruik;
- drugsgebruik;
- voeding;
- overgewicht;
- bewegen;
- sportparticipatie;

- ongevallen/letsels;
- veiligheid;
- seksuele gezondheid.

De afgrenzing van 'leefstijl' in het Kompas en de VTV komt dus grotendeels, maar niet helemaal overeen met de werkgebieden van de thema-instituten. Deze poging tot afgrenzing levert ook zicht op de grensgevallen. Letsels, bijvoorbeeld, zijn een aspect van gezondheidstoestand, meer dan van leefstijl, maar via de oorzaken van letsels komen we toch iets over leefstijl, met name risicogedrag, te weten. Overgewicht valt strikt genomen niet onder 'leefstijl' maar onder 'persoonsgebonden factoren'. Onder 'sociale cohesie' vallen ook elementen van persoonlijke keuze, als determinant van vooral mentale gezondheid. Iets als 'sportparticipatie' is van belang voor sporten als fysieke inspanning én als sociaal bindmiddel. Ten slotte kennen we het veld van de 'omgeving die (on)gezond gedrag stimuleert'. Strikt genomen hoort dit niet bij leefstijl, maar daarmee is het belang niet minder. Dit aspect wordt niet zelden door de politiek over het hoofd gezien.

Recent is een conceptueel model voor het begrip 'vitaliteit' ontwikkeld door TNO en het RIVM. Dit concept overlapt sterk met een brede opvatting van het begrip 'gezondheid', maar kent daarin vernieuwende elementen. De determinanten in het domein 'leefstijl' zijn in dit model ook dezelfde als voor het VTV-model van 'gezondheid'.

## Bijlage 2

**Leefstijlonderwerpen in VTV-websites; weergave zoals recent gerapporteerd in het Nationaal Kompas Volksgezondheid en de Nationale Atlas Volksgezondheid, gespecificeerd naar bron, geografisch niveau en achtergrondkenmerken**

Variabelen	Bron	Nationaal, regionaal	Achtergrondkenmerken
<b>ROKEN</b>			
% rokers	COR, CBS-GE	Nat., reg.	Naar SES
% ex-rokers, nooit-rokers	Stivoro-COR	Nat.	
Aantal/dag	Stivoro-COR	Nat.	
% zware rokers (>20 sig/dag)	CBS-GE	Nat., reg.	Naar SES
% rokers 10-20	Stivoro-RJM	Nat.	Naar SES
<b>ALCOHOL</b>			
% drinkt wel eens/nooit	CBS-GE	Nat., reg.	Naar SES
Afgelopen maand	NPO (CBS)		
% zware drinkers	CBS-GE	Nat., reg.	Naar SES
Jongeren ooit, afgelopen maand, minimaal 1x/week	HBSC, ESPAD/ Peilstations	Nat.	Naar SES
Jongeren binge, dronken geweest	HBSC, ESPAD/ Peilstations	Nat.	Naar SES
<b>DRUGGEBRUIK</b>			
% ooit, actueel cannabis	CBS-GE	Nat., reg.	
% ooit, actueel cocaïne, amfetamine, XTC, heroïne	CBS-GE	Nat.	
Jongeren ooit, actueel cannabis	Peilst., HBSC	Nat.	Naar opleiding
Jongeren ooit, actueel XTC, amfetamine, paddo's, cocaïne, heroïne	Peilst., HBSC	Nat.	Naar opleiding
<b>VOEDING</b>			
% dat voldoet aan richtlijn goede voeding (groente, fruit, totale vetzuren, verzadigde vetzuren, transvetzuren, vis)	VCP	Nat.	
Gem. inname groente, fruit, vezel, totaal vet, verzadigd vet, transvet, vis, zout	VCP	Nat., reg.	Naar SES

<b>Variabelen</b>	<b>Bron</b>	<b>Nationaal, regionaal</b>	<b>Achtergrond- kenmerken</b>
% kinderen dat voldoet aan richtlijn goede voeding (groente, fruit, totale vetzuren, verzadigde vetzuren, transvetzuren, vis)	VCP	Nat.	
Kinderen: gem. inname groente, fruit, vezel, totaal vet, verzadigd vet, transvet, vis vitamine D	VCP	Nat., reg.	Naar SES
Gezonde (school)kantines, enz.	Onderzoek RIVM i.o.v. IGZ	Reg.	
% 15j dagelijks groente, fruit	HBSC	Nat.	
<b>BORSTVOEDING</b>			
% volledige/gedeeltelijke borstvoeding bij geboorte, 1, 3, 6 maand. Bij gedeeltelijke borstvoeding gaat het om tijdens de eerste 3 maand en in maand 4 en 5	TNO-peiling	Nat.	Naar SES, etniciteit
% borstvoeding 4 leeftijden	CBS		Naar leeftijd moeder, opleiding
<b>BEWEGEN, SPORT</b>			
% dat (niet) voldoet aan de NNGB en aan de fitnorm; totaal, 55+, jongeren, kinderen	CBS-GE (OBiN)	Nat., reg.	Opleiding, etniciteit (OBiN)
% volwassenen inactief	OBiN	Nat.	Opleiding
% volwassenen dat afgelopen jaar heeft gesport, ook bepaalde sporten	SCP-AVO	Nat., reg.	
% minimaal 1x, 2x/week sport	OBiN	Nat.	
% jongeren dat minder dan twee uur computert en/of tv/dvd kijkt in de vrije tijd per dag (norm voor sedentair gedrag)	OBiN	Nat.	

<b>Variabelen</b>	<b>Bron</b>	<b>Nationaal, regionaal</b>	<b>Achtergrond- kenmerken</b>
Fietsen/lopen als aandeel mobiliteit	CBS Mobiliteits- onderzoek, verplaatsingsged rag	Nat., reg.	
Jongeren tv-kijken, computeren	HBSC	Nat.	
Prevalentie sporten onder 25j	CBS-GE	Nat.	Opleiding
<b>GEZOND GEWICHT</b>			
Lengte, gewicht, volwassenen (overgewicht en ernstig overgewicht)	CBS	Nat., reg.	Opleiding, etniciteit
Lengte, gewicht, kinderen (overgewicht en ernstig overgewicht)	TNO groeistudie	Nat.	etniciteit
<b>SEKSUELE GEZONDHEID</b>			
Tot 25 jaar: ervaring met vormen van seks, leeftijd eerste ervaring	Rutgers WPF	Nat.	Opleiding
% 15j ooit seks gehad	HBSC	Nat.	
% onder 25j met wisselende sekspartners, aantal, 4 of meer partners	Rutgers WPF	Nat.	Opleiding, etniciteit
% onder 25j: Condoomgebruik bij eerste keer, bij huidige of laatste partner, anale seks	Rutgers WPF, HBSC	Nat.	Opleiding, etniciteit
% onder 25j: andere anticonceptie eerste keer	Rutgers WPF	Nat.	
Anticonceptie of condoomgebruik bij laatste keer, 15j	HBSC	Nat.	
Onregelmatig condoomgebruik bij wisselende partners	Rutgers WPF	Nat.	
(Onveilige) seks tussen mannen, onder 26j	Schorer/Rutgers WPF	Nat.	
% positief getest op SOA	Rutgers WPF	Nat.	
Gebruik anticonceptie 15-50j	Rutgers WPF	Nat.	
Condoomgebruik bij losse partner (15-70j)	Rutgers WPF	Nat.	Opleiding



Variabelen	Bron	Nationaal, regionaal	Achtergrond- kenmerken
<b>OMGAAN MET STRESS</b>			
Coping-gedrag	Tweede nationale studie 2001, patiënten-enquête	Nat., reg.	Opleiding, inkomen, etniciteit; geen cijfers
<b>SOCIALE STEUN, enz.</b>			
Te weinig emotionele, instrumentele informatieve ondersteuning. Negatieve sociale interacties	Tweede nationale studie 2001, patiënten-enquête; LASA, Eurobarometer	Nat., reg.	Opleiding, inkomen, etniciteit; weinig cijfers, voornamelijk tekst
% Eenzaamheid	Onderzoek van Van Tilburg, 2007.		div. studies voor SES.
Ervaren sociale cohesie in woonomgeving	Woononderzoek Nederland	Nat., reg.	Stedelijkheid, SES, etniciteit
Vrijwilligerswerk	CBS V&S	Nat.	
<b>REIZEN</b>			
Passagiers op Schiphol, vakantiebestemmingen, asielaanvragen	Diverse	Nat.	
<b>ONGEVALLLEN, LETSELS</b>			
Letsels: privé, sport, arbeid, verkeer, zelfbeschadiging, geweld; totaal, medisch behandeld, ziekenhuisopname, sterfte	OBiN, LIS	Nat., reg. (alleen SEH)	



## Bijlage 3

## Overzicht van bestaande monitors op leefstijlgebied

a. *Tabellarisch overzicht*

MONITOR	Doelgroep/ bron	Tijd- schema	Roken	Alcohol	Drug- gebruik	Voeding/ Borstvoe- ding	Bewegen	Sportparti- cipatie	Gezond gewicht	Seksuele gezondheid	Sociale cohesie	Ongevallen/ letsels	Veiligheid	SES+	Overig
<i>LEEFSTIJL-BREED</i>															
Gezond- heidsenquête CBS 2012	Steekproef 15.000	Continu	9 vragen, nu, ooit, hoeveel, shag, enz.			Borst- voeding, bevalling			Lengte, gewicht					Opleiding, werk- situatie, inkomen	Huishouden stemgedrag, religie gezondheid, med. cons.
CBS-GE vervolg- module 2012	12+, probleem met respons	Continu		10 vragen, conform GGD- monitor	21 vragen hasj, 34 over 5 andere, verder doping, paddo's, GHB, slaapmid.		Squash, 4 vragen	Max 4 sporten, fq, tijd							Beperkingen, chronische ziekten, mhi, preventie

<u>MONITOR</u>	<u>Doelgroep/ bron</u>	<u>Tijd- schema</u>	<u>Roken</u>	<u>Alcohol</u>	<u>Drug- gebruik</u>	<u>Voeding/ Borstvoe- ding</u>	<u>Bewegen</u>	<u>Sportparti- cipatie</u>	<u>Gezond gewicht</u>	<u>Seksuele gezondheid</u>	<u>Sociale cohesie</u>	<u>Ongevallen/ letsels</u>	<u>Veiligheid</u>	<u>SES+</u>	<u>Overig</u>
Gez-monitor GGD'en, samen met CBS; basis- vragenlijst	Steekproef alg. bev; nat. + lok. 700.000; 19-64, 65+ uitvoering lokaal	2012, 2016 GGD'en mogen meer toevoegen	4 vragen, nu, ooit, shag, hoeveel	7 vragen, soort, fq, chronisch, binge	Optioneel: laatste keer 68% GGD'en	Optioneel: laatste keer 60% GGD'en	Squash, 4 vragen	Max 4 sporten, fq, tijd	Lengte, gewicht	Optioneel: seksueel risico- gedrag, laatste keer 18% GGD'en	11 vragen eenzaam- heid, vooral ervaren; optioneel: sociale contacten: laatste keer 32% GGD'en	Optioneel: laatste keer 1 GGD	Huiselijk geweld: soort, wie; Optioneel: sociale veiligheid; laatste keer 50% GGD'en	Opleiding, werk- situatie, inkomen	Beperkingen, chron. aan- doeningen, ervaren gezondheid, angst & depressie, mantelzorg
LISS	Panel 8000, 16+ Immigrant panel 2400	Continu; wave 4: 5600 respons; imm: wave 1 respons 1700	Ooit, nu, sig/sigaar/ pijp, hoeveel	Dagen afgelopen week, soorten drank, hoeveel op max- dag?	Valium, 4 drugs, laatste maand, hoe vaak?	Groente, fruit, volkoren, vis, vlees? Hoe vaak? Volg je gewichts- dieet?	Inspannend, matig, lopen, zitten, tijd		Lengte, gewicht		In andere lijst dan gezondheid			+	Gezondheid, beperkingen medische consumptie, cholesterol, bloeddruk, veel meer
<b>SECTOREN LEEFSTIJL</b>															
OBiN, Veiligheid- NL, TNO, SWOV, Mulier, uitv. Ipsos/ Synovate	Steekproef van 13.000/ jaar uit panel van 200.000; <4, 4-11, 12+	Continu	1 vraag ja/nee	1 vraag, hoeveel glazen		Algemeen, consumptie groente, fruit, vruchtensap; opinions gezond eten	Vragen NNGB en fitnorm, bewegen op werk, gedragdetermi- nanten, specifieke activiteiten, sedentair gedrag, krachttraining	Wat, waar, hoe, veel detail	Lengte, gewicht, buik- omvang; opinions gezond gewicht			Letsels, details naar oorzaak (sport, werk, verkeer, privé, geweld), locatie, behan- deling, gevolgen	Opinions, acties	Opleiding, inkomen, werk- situatie, etniciteit	Ook over algemene gezondheid, chron. aandoe- ningen, medische consumptie, piercings, tatoeages, leaseauto's

<u>MONITOR</u>	<u>Doelgroep/ bron</u>	<u>Tijd- schema</u>	<u>Roken</u>	<u>Alcohol</u>	<u>Drug- gebruik</u>	<u>Voeding/ Borstvoe- ding</u>	<u>Bewegen</u>	<u>Sportparti- cipatie</u>	<u>Gezond gewicht</u>	<u>Seksuele gezondheid</u>	<u>Sociale cohesie</u>	<u>Ongevallen/ letsels</u>	<u>Veiligheid</u>	<u>SES+</u>	<u>Overig</u>
VrijeTijds- Omnibus SCP/CBS, concept! Pilot voor lokaal gebruik	Max. 3000; 6-12j proxy, 12-15 begeleid,, 16+ zelfst.	Elke 2 jaar, start 2012- 2013; basis en wissel- modules						44 sporten (RSO); hoe vaak; vrijwilligers- werk; enz.						Koppeling herkomst, inkomen	Sport & cultuur; gezondheid, beperkingen i.v.m. sport
Sporters- monitor, door Mulier, RSO, GFK	Steekproef 4000 uit panel 20.000, 5-14, 15-80j	Elke 1-2 jaar	Algemene hoeveel- heid	1 vraag, regel- matige hoeveel- heid			Ongeveer als OBiN	Wat, waar, hoe, hoeveel; veel detail; ook opinies, motieven	Lengte, gewicht					Huis- houden, opleiding, werk, inkomen, etniciteit	Algemene gezondheid; ook persoonlijke waardering, homoseksua- liteit
Voedsel Consumptie Peiling Basis	1-79j; panel ca. 4000 totaal over 4 jaar; 2 x 24-uurs navraag; ook dag-boekje voor 1-8, 71- 79	2012- 2016. Cyclus van 6 jaar; dataverz. over 4 jaar	1 vraag: ja, ooit, nee	5 vragen, conform GGD		Consumptie 2 x 24-uurs recall; algemene vragen: ontbijt, snack, dieet	Squash, met iets meer detail en vraag over tv, computer		Lengte, gewicht navraag bij 16-70; meten bij 1-15, 71- 79					Opleiding, etniciteit	Gezinsituatie, werk; data ook belangrijk voor voedselveilig- heid; VCP bevat ook module voedingsstatus onderzoek
VCP ouderen	2010-2012; steekproe- ven in 15 gemeenten	1 jaar	x			Consumptie 2 x 24-uurs recall, dagboekje; algemene vragen	x		Gemeten lengte, gewicht, buikom- vang					Opleiding, inkomen	Algemene gezondheid, chronische aandoeningen, cognitieve status

<u>MONITOR</u>	<u>Doelgroep/ bron</u>	<u>Tijd- schema</u>	<u>Roken</u>	<u>Alcohol</u>	<u>Drug- gebruik</u>	<u>Voeding/ Borstvoe- ding</u>	<u>Bewegen</u>	<u>Sportparti- cipatie</u>	<u>Gezond gewicht</u>	<u>Seksuele gezondheid</u>	<u>Sociale cohesie</u>	<u>Ongevallen/ letsels</u>	<u>Veiligheid</u>	<u>SES+</u>	<u>Overig</u>
COR, Stivoro	20.000; uit panel TNS NIPO van 200.000 mensen	Continu	Roken, stoppen, hulpmid- delen voor stoppen, passief roken, opinies, huisarts											Opleiding, inkomen	Gezin, werk, kerk
Seksuele gezondheid in NL; Rutgers WPF	8.000 uit panel van Clix, 15-70 jaar; 2011	Freq. omlaag brengen naar < 2 jaar								Partners, soort seks, hoe vaak, voorkeur, opvoeding, anticonc., hiv, soa, problemen, geweld, enz.				Herkomst, werk- situatie, opleiding,	Geloof, burg. Staat, alg. gezondheid
Veiligheids- barometer, Veiligheid-NL	25-54; senioren												Voor- zieningen, maat- regelen in huis, per- ceptie, hulp	Etniciteit, opleiding, woon- situatie	
CBS Sociale samenhang	Vanaf 2012, 15+, 7000 uit GBA	Continu									Contacten, vrijw.werk, participatie				Geluk, vertrouwen, milieuhinder, welzijn

<u>MONITOR</u>	<u>Doelgroep/ bron</u>	<u>Tijd- schema</u>	<u>Roken</u>	<u>Alcohol</u>	<u>Drug- gebruik</u>	<u>Voeding/ Borstvoe- ding</u>	<u>Bewegen</u>	<u>Sportparti- cipatie</u>	<u>Gezond gewicht</u>	<u>Seksuele gezondheid</u>	<u>Sociale cohesie</u>	<u>Ongevallen/ letsels</u>	<u>Veiligheid</u>	<u>SES+</u>	<u>Overig</u>
<i>SPECIFIEK JEUGD</i>															
GGD Jeugd- monitors	28 GGD'en, 12-19 jaar of bepaalde klassen. Methode nog niet uniform. Info van 25 GGD'en.	Ca. 1 keer in 4 jaar.	Laatste ronde: 1 GGD niet of niet volgens standaard	Laatste ronde: 2 GGD'en niet of niet volgens standaard	Laatste ronde: 2 GGD'en niet of niet volgens standaard.	Laatste ronde: 3 GGD'en niet of niet volgens standaard	Laatste ronde: 9 GGD'en volgens standaard	Hoe vaak en hoe lang gesport.	Laatste ronde: 4 GGD'en niet of niet volgens stan- daard	Laatste ronde: alle GGD'en		Laatste ronde: door 9 GGD'en nage- vraagd.	Sociale veiligheid door 14 GGD'en nage- vraagd.	+	+
BOVO HBSC Trimbos, Univ. Utrecht, SCP (WHO)	40 landen, 11, 13, 15 jaar. NL: 11- 16 jaar. 7500 in ca. 145 scholen, 3000 ouders	Sinds 1984 elke 4 jaar. NL sinds 2001	Nu, ooit, hoeveel, 3 vragen Hoe oud gestart?	7 vragen, hoe vaak, hoeveel, binge. Hoe oud gestart?	2 vragen cannabis, overig. Hoe oud gestart.	Ontbijt, fruit, groente, snoep, paar gewoontes	# dagen per week/# uur per dag. Dagen >60 min, hoe vaak zweten	Lidmaat- schap sportver- eniging (niet standaard)	Lengte gewicht	Ja/nee, 1e keer, anti- conceptie, dwang, homo- opinions	Relaties ouders, vrienden, 11 vragen	1 vraag ja/nee, geen oorzaak		Herkomst, werk, ouders, SES, (Family Affluence Scale), gezins- samen- stelling	Internetgebruik, algemene gezondheid, gedrag, psy- chosomatische klachten pes- ten, opinies, tandenpoets, psycho-sociale problemen

<u>MONITOR</u>	<u>Doelgroep/ bron</u>	<u>Tijd- schema</u>	<u>Roken</u>	<u>Alcohol</u>	<u>Drug- gebruik</u>	<u>Voeding/ Borstvoe- ding</u>	<u>Bewegen</u>	<u>Sportparti- cipatie</u>	<u>Gezond gewicht</u>	<u>Seksuele gezondheid</u>	<u>Sociale cohesie</u>	<u>Ongevallen/ letsels</u>	<u>Veiligheid</u>	<u>SES+</u>	<u>Overig</u>
ESPAD Trimbos	35 landen, 2200 in 150 scholen, 15-16j.	Sinds 1995; NL sinds 1999; elke 4 j. combi- peilstat.	Hoe vaak? Hoe oud gestart? Waterpijp. Perceptie schade- lijkheid	Hoe vaak, hoe oud, wat, binge, waar verkregen, gevolgen, motieven, perceptie schadelijk- heid	Hele rij drugs, hoe vaak, hoe oud, waar ver- kregen? Perceptie schade- lijkheid.						Gezins- relaties			Opleiding ouders	Tijdbesteding, school, events, Incidenteel: gehoorschade, ADHD en gebruik medicatie
Peilstations scholieren Trimbos	BO 2500 in 60 scholen, 10-12j. VO 7500 in 150 scholen, 12- 18j; 3700 ouders	Sinds 1984, elke vier jaar, combi ESPAD	6 vragen, hoeveel, herkomst	13 vragen, lijkt op ESPAD	17 vragen, lijkt op ESPAD					Energie- drankjes	Relaties ouders, vrienden			Herkomst, werk ouders,	Gezin, school, gokken, uitgaan, internet, persoonlijk, delinquentie
Roken- Jeugd- monitor	4800; 10-20 jaar	Continu; bevraging buiten het zicht van volwas- sene	Roken, stoppen, hulpmid- delen, passief roken, opinies, context												Werk ouders, afkomst, gezinssituatie



<u>MONITOR</u>	<u>Doelgroep/ bron</u>	<u>Tijd- schema</u>	<u>Roken</u>	<u>Alcohol</u>	<u>Drug- gebruik</u>	<u>Voeding/ Borstvoe- ding</u>	<u>Bewegen</u>	<u>Sportparti- cipatie</u>	<u>Gezond gewicht</u>	<u>Seksuele gezondheid</u>	<u>Sociale cohesie</u>	<u>Ongevallen/ letsels</u>	<u>Veiligheid</u>	<u>SES+</u>	<u>Overig</u>
Veiligheids- barometer; Veiligheid-NL	0-12; 13-18			13-18, in relatie tot ongevallen	13-18, in relatie tot ongeval- len								Veiligheid in huis, vervoer, woon- omgeving, helm enz. perceptie	Etniciteit, opleiding, gezin,	
Seks onder je 25e; Rutgers WPF, met SOA-AIDS NL	12-25									Partners, soort seks, hoe vaak, voorkeur, opvoeding, anticonc, hiv, soa, problemen, geweld					
<i>INTERNATIONAAL</i>															
EHIS, nog deels in ontwikkeling	Eurostat	2014, Daarna om de vijf jaar?	4 vragen hoeveel, soort, passief roken	6 vragen hoeveel, top in weekend		4 vragen, fruit, groente	8 vragen, anders dan squash		Lengte. gewicht		Sociale steun: 3 vragen, informele hulp: 3 vragen	Verkeer, thuis, vrije tijd, behandeling, 4 vragen		Herkomst, huishou- den, opleiding, werk- situatie	Ervaren gezondheid, beperkingen, chron. ziekten, depressie, zorggebruik, medicijnen, preventie

## ***b. Bespreking van de algemene monitors***

### *CBS-Gezondheidsenquête (CBS-GE)*

Deze wordt continu uitgevoerd met een jaarlijkse steekproefgrootte van 15.000 personen, van alle leeftijden. Hij bestaat momenteel uit de basisenquête en de vervolgmodule. Het basisdeel werkt met de 'mixed-mode' design. Een steekproef uit de bevolking wordt bevraagd via internet, en in tweede instantie per telefoon of huisbezoek. De vervolgmodule (als vervolg op het eerste, 12 jaar en ouder) gaat via internet of een schriftelijke vragenlijst. De vervolgmodule kent recent helaas een lage nettorespons van ruim 30 procent. Het basisdeel omvat de vragen over borstvoeding, roken en lengte/gewicht, de vervolgmodule over bewegen, sport, alcohol- en druggebruik.

### *Gezondheidsmonitor van de GGD'en (voorheen: Lokale en Nationale Monitor Gezondheid).*

Deze wordt in de regel om de vier jaar door de GGD'en uitgevoerd. In het najaar van 2012 vond dit voor het eerst geheel gecoördineerd plaats, met een totale steekproefomvang van ruim 700.000 personen vanaf 19 jaar. De steekproeftrekking gebeurt samen met het CBS op zo'n manier dat ook een landelijk cijfer kan worden berekend. Dit cijfer wordt samengesteld uit de gegevens van alle GGD'en en van de reguliere CBS-GE. Alle GGD'en nemen de standaardvragen mee over bewegen, sport, roken en alcohol. Deze zijn identiek aan de vragen in de CBS-GE. De afgesproken standaardvragen over voeding, druggebruik, seksueel gedrag, ongevallen en sociale contacten zijn optioneel.

### *OBIN-vragenlijst (VeiligheidNL, met TNO, SWOV, Mulier Instituut)*

Deze vragenlijst wordt continu uitgevoerd, met een jaarlijkse steekproef van 13.000, van alle leeftijden (deels aparte vragen voor < 4, 4-11, en 12+). Er wordt gebruikgemaakt van een panel van Ipsos/Synovate van 200.000 personen. De lijst bevat vragen over ongevallen, bewegen, sedentair gedrag, sport, voeding, roken, alcohol en veiligheid. In recente jaren was er een module over tatoeages en piercings, die onlangs werd vervangen door een over het gebruik van leaseauto's.

### *Veiligheidsbarometer (VeiligheidNL)*

Met dit instrument zijn de afgelopen jaren afwisselend de volgende doelgroepen benaderd: ouders van 0 tot 4-jarigen, (allochtone en autochtone) ouders van 0 tot 12-jarigen, 13 tot 18-jarigen, 25 tot 54-jarigen, 55-plussers en sporters. Per doelgroep varieert de steekproefgrootte en het bureau dat het veldwerk uitvoert. De vragen zijn per doelgroep deels verschillend. Ze betreffen de veiligheidsbeleving, het veiligheidsgedrag en maatregelen die men neemt om veiligheid op allerlei gebied te bevorderen. Voor jongeren wordt ook naar alcohol en druggebruik gevraagd, bij sporters (als specifiek gekozen doelgroep) ook naar bewegen en sportdeelname.

### *VrijeTijdsOmnibus (SCP, met CBS)*

Deze opvolger van de AVO gaat in 2012-2013 van start. Men wil de vragenlijst om de twee jaar afnemen in een open steekproef van 3000 personen vanaf 6 jaar, met een basismodule en wisselende modules. Voor leefstijl zijn sportparticipatie en mogelijk cultuurparticipatie van belang.

*Sportersmonitor (Mulier Instituut)*

Deze is uitgezet in 2008, 2010, 2011, onder een steekproef van 4000 personen van 5-80 jaar uit een panel van GFK van 20.000. Per editie varieert de samenstelling van de vragenlijst. In 2011 werd gevraagd naar bewegen, achtergronden van bewegen, en sportparticipatie.

*Voedselconsumptiepeiling (RIVM)*

De VCP is in 2005-2006 uitgevoerd onder jonge kinderen (2-6 jaar), in 2007-2010 onder 3800 respondenten uit een panel van GFK, in de leeftijd van 7-69 jaar, en in 2010-2011 bij 720 ouderen (70+) in een GBA steekproef in vijftien gemeenten. Vanaf 2012 is een cyclus van zes jaar voorzien, met vier jaar dataverzameling onder totaal 4000 respondenten in de leeftijden van 1-79 jaar, middels een panel van TNS NIPO. Het hoofdonderzoek omvat een gedetailleerde navraag van de consumptie via de 2 x 24-uurs recallmethode, aangevuld met een dagboekje voor de jongste en oudste leeftijdsgroepen. Daarnaast wordt een vragenlijst afgenomen met algemene zaken rond voeding, en enkele vragen over alcohol, roken en bewegen. Hiervoor is aansluiting gezocht bij de GGD-monitor. Het onderzoek moet gegevens opleveren over de inname van een reeks voedingscomponenten, ten minste die waarvoor normen zijn opgesteld, maar ook van verontreinigingen in de voeding (voedselveiligheid). Het voedingspeilingssysteem omvat ook een module voedingsstatus, waarbij via bepalingen in biologisch materiaal de inname van micronutriënten wordt geschat (Ocké et al., 2012).

*Continu-onderzoek rookgewoonten (Stivoro)*

Deze vragenlijst wordt continu uitgevoerd onder jaarlijks 20.000 respondenten van 15 jaar en ouder uit een panel van 200.000 van TNS NIPO. Het basisblok bevat vragen over wel/niet/ooit roken, hoeveel en welk soort, vroegere rookgewoonten, en voor vroegere rokers over het stopproces. Modules over verschillende aspecten van roken worden wisselend toegevoegd.

*Seksuele gezondheid in Nederland (Rutgers WPF)*

Dit onderzoek werd voor het laatst uitgevoerd in 2011 onder 8000 respondenten, 15-70 jaar. Gebruik werd gemaakt van een panel van Clix. Overwogen wordt om de frequentie terug te brengen tot minder dan eens per twee jaar. Onderwerpen zijn: partnerpatronen, voorkeuren, frequenties, seksuele opvoeding, anticonceptie, hiv/soa, problemen en seksueel geweld (Wijsen en De Haas, 2011).

*Het LISS panel (Centerdata)*

Dit panel wordt onderhouden door Centerdata in Tilburg als basis voor uiteenlopende sociaalwetenschappelijke onderzoeken. Het panel omvat 8000 personen van > 16 jaar, en is verrijkt voor migrantengroepen. Recent werd jaarlijks van circa 7000 mensen respons ontvangen. De vragenlijst omvat onder andere de leefstijlonderwerpen: bewegen, voeding, roken, alcohol, druggebruik, en sociale samenhang. Dit panel wordt hier genoemd vanwege de interessante opzet, maar is niet primair opgezet om landelijke cijfers te genereren. Daarom wordt het in het vervolg niet meegenomen.

### *CBS-onderzoek Sociale Samenhang*

De CBS-module Vrijwillige inzet en sociale samenhang, die in 2010 een vervolgmodule van de GE was, is opgevolgd door het onderzoek Sociale Samenhang. Dit onderzoek wordt jaarlijks uitgevoerd onder ruim 7000 respondenten van 15 jaar of ouder, op dezelfde manier als de GE uitgevoerd: via internet, telefonische of persoonlijke interviews. Onderwerpen zijn: vrijwillige inzet, sociale contacten, politieke participatie, vertrouwen en welzijn.

### ***c. Bespreking van de jeugdmonitors***

#### *HBSC (Trimbos, Universiteit Utrecht, SCP)*

Dit onderzoek wordt eens per vier jaar uitgevoerd onder 7500 scholieren van 11-16-jaar. De uitvoering loopt via een steekproef van 145 scholen, ook worden 3000 ouders bevroegd. Het maakt deel uit van een internationaal gecoördineerd onderzoek waaraan 40 landen meedoen, onder de vlag van de WHO. Wat betreft leefstijl omvatten de vragen de onderwerpen bewegen, voeding, roken, alcohol- en druggebruik, seksuele gezondheid, ongevallen, en de sociale (familie) context. Grenzend aan het in dit advies gehanteerde leefstijlconcept zijn er ook vragen over internetgebruik, gevoelens en meningen.

#### *ESPAD (Trimbos)*

Ook dit onderzoek wordt eens per vier jaar uitgevoerd, alternerend met de HBSC, onder 2200 kinderen van 15-16 jaar in een steekproef van 150 scholen. Ook dit maakt onderdeel uit van een internationaal netwerk waarin onder regie van een Zweeds instituut 35 landen meedoen. De vragen betreffen roken, alcohol- en druggebruik, sociale relaties en gezinsrelaties.

#### *Peilstations (Trimbos)*

Dit onderzoek wordt sinds 1999 gecombineerd met de ESPAD, maar de steekproef is breder: 2500 scholieren van 10-12 jaar (60 scholen), en 7500 van 12-18 jaar (150 scholen). De vragen komen sterk overeen met die in ESPAD. Enigszins vergelijkbaar met de HBSC zijn ook hier vragen opgenomen over persoonlijke gevoelens, tijdbesteding, internetgebruik, enzovoort.

#### *RokenJeugdMonitor (Stivoro)*

Dit onderzoek wordt jaarlijks uitgevoerd onder 4800 (schoolgaande en niet-schoolgaande) jongeren van 10-20 jaar. Voor de enquêtes wordt een selectie van scholen benaderd, en ze worden buiten het zicht van volwassenen afgenomen. Behalve over het eigen rookgedrag gaan de vragen over het roken door vrienden, motieven en meningen, voornemens, verkrijgbaarheid van tabak, opstelling van ouders, stoppen en blootstelling aan tabaksrook in diverse settings.

#### *Veiligheidsbarometer (VeiligheidNL)*

Naast volwassenen (zie boven) zijn met dit instrument de afgelopen jaren ook de doelgroepen ouders van 0- tot 4-jarigen en van 0- tot 12-jarigen, en 13- tot 18-jarigen ondervraagd. Per doelgroep varieert de steekproefgrootte en het bureau dat het veldwerk uitvoert. De vragen zijn per doelgroep verschillend. Ze

betreffen de veiligheidsbeleving, het veiligheidsgedrag en maatregelen die men zelf neemt om veiligheid op allerlei gebied te bevorderen. Voor jongeren wordt ook naar alcohol- en druggebruik gevraagd, bij sporters ook naar bewegen en sportdeelname.

*Seks onder je 25<sup>e</sup> (Rutgers WPF, SOA AIDS Nederland)*

In 2005 omvatte de eerste ronde van dit onderzoek 5000 jongeren van 12 tot 25 jaar. Het werd ontworpen en uitgevoerd samen met 40 stakeholders. Het tweede onderzoek vond plaats in 2012. Respondenten zijn geworven via de GBA en scholen (via de GGD'en). 43 scholen deden mee. De uiteindelijke steekproef bedroeg bijna 8000 jongeren. De vragen betroffen (beknopt): seksuele ervaring, meningen, satisfactie, assertiviteit, anticonceptie, spijt/dwang, problemen, vormen van seks, rol van alcohol en drugs, rol van ouders, vrienden, school.

*GGD jeugdmonitors*

Alle GGD'en voeren elke vier jaar een jeugdmonitor uit onder 12 tot 19-jarigen, en de meesten ook onder 2 tot 4- en 4 tot 12-jarigen. Hiervoor zijn standaardvraagstellingen ontwikkeld over onder andere de volgende onderwerpen: bewegen, sportdeelname, alcohol- en druggebruik, borstvoeding, mishandeling, mondgezondheid, ongevallen, opvoedingsondersteuning, pesten, psychosociale aspecten, roken actief/passief, sociale steun, voeding, vrijetijdsbesteding. De GGD'en werken momenteel aan een harmonisatietraject voor de monitors jeugdgezondheid, in navolging van het traject dat voor volwassenen en ouderen heeft plaatsgevonden.

#### ***d. Bespreking per onderwerp***

Hieronder bekijken we per onderwerp in welke monitors ze voorkomen, ofwel waar de overlap zit. Die overlap hoeft geen probleem te zijn: soms is een onderwerp opgenomen in een monitor om intern dwarsverbanden te kunnen leggen, of een trendbreuk te onderbouwen, niet om een landelijk cijfer uit te berekenen (Tiessen-Raaphorst en De Haan, 2012).

*Roken*

Rookgedrag wordt uitgebreid nagevraagd in het COR, en beknopt in de CBS-GE, de GGD-monitor, de OBiN-lijst, de Sportersmonitor, en de algemene vragenlijst van de VCP. Specifiek voor jeugd is de RJM (RokenJeugdMonitor) en vragen de HBSC, de ESPAD, het Peilstationsonderzoek en de GGD-jeugdmonitors er ook naar.

Jaarlijks komen er dus cijfers uit de CBS-GE, het COR en de OBiN-lijst. In de laatste staat slechts één vraag, die als interne referentie zinvol is. De CBS-GE en het COR worden beide gebruikt om jaarlijkse landelijke cijfers te presenteren, die dus altijd enigszins zullen verschillen. Omdat de steekproefomvang weinig verschilt en de CBS-GE-vragen de kern van de informatiebehoefte dekken, adviseren we om die als basis voor de landelijke kerncijfers te beschouwen. De waarde van het COR zit hem vooral in de verdieping: achtergronden van keuzes, enzovoort. Het meeste hiervan hoeft misschien niet jaarlijks te worden nagevraagd, maar sommige onderdelen lijken zodanig gekoppeld aan beleidsmaatregelen, dat hier een jaarlijkse meting wel gerechtvaardigd is. Voorbeelden zijn stoppogingen en hun motivatie, en blootstelling aan tabaksrook. Deze keuze vraagt een nauwkeurige beoordeling.

De vragen over roken in de OBiN-lijst, de Sportersmonitor en de VCP zijn beperkt tot ja/nee/ooit, en nuttig als interne referentie. De formulering van de vragen is ongeveer, maar niet exact gelijk, terwijl dat prima zou kunnen. Voor lokaal gebruik bevat de GGD-monitor een verkorte vorm van de CBS-GE.

Jaarlijkse cijfers voor de jeugd zijn te ontleen aan de RJM en de CBS-GE. De RJM heeft het voordeel van een grotere steekproefomvang en de benadering buiten het zicht van volwassenen, maar het nadeel van minder duidelijke representativiteit.

De scholierenonderzoeken HBSC, ESPAD en Peilstations (samen om de twee jaar) hebben drie tot zes vragen over roken, maar de sets vragen zijn onderling opmerkelijk verschillend (een aanpassing voor betere vergelijkbaarheid is in bespreking), en kiezen ook een andere invalshoek dan de RJM. Met het overhevelen van de rookmonitors van Stivoro naar Trimbos is één gedachte om de RJM te integreren in de bestaande jeugdmonitors. Daarbij spelen twee vragen: (1) hoe realiseren we de wens om jaarlijks kerncijfers te hebben over rookgedrag bij jongeren (het is niet mogelijk de frequentie van bevraging via scholen op te voeren), en (2) hoe integreren we inhoudelijk de op dit moment vrij diverse benaderingen?

#### *Alcoholgebruik*

Alcoholgebruik wordt nagevraagd in de CBS-GE (vervolgmodule), de GGD-monitor, de OBiN-lijst, de Sportersmonitor en de VCP. De jeugdonderzoeken HBSC, ESPAD, Peilstations, en de GGD-jeugdmonitors vragen allemaal naar alcoholgebruik.

Voor jaarlijkse landelijke cijfers ligt het voor de hand de CBS-GE te gebruiken. De tien vragen daarin leveren adequate basisinformatie. Een probleem is alleen dat deze vragen recent in de vervolgmodule zijn geplaatst die een erg lage nettorespons kent (circa 35 procent). De alcoholvragen in de andere volwassenenmonitors zijn beknopter en alleen geschikt voor interne referentie. De GGD-monitor bevat zeven vragen over alcohol, identiek aan de CBS-GE, en levert dus eens per vier jaar nationale en lokale cijfers.

In de voedselconsumptiepeiling (2 x 24-uurs recall) moeten deelnemers alles rapporteren wat zij drinken op twee onafhankelijke dagen. Indien dit alcoholische dranken betreft worden vervolgvragen gesteld naar type drank, merk, hoeveelheden, en andere details. Op basis van deze gegevens en de voedingsmiddelentabel (NEVO) wordt de ethanolinname in gram/dag berekend. De algemene schriftelijke vragenlijst bevat vijf vragen over alcohol, en zijn een deel van de GGD-monitorvragen.

Voor regelmatige landelijke cijfers over het alcoholgebruik door de jeugd leveren de jeugdmonitors van het Trimbos adequate informatie. De motieven om deze cijfers jaarlijks te willen zien zijn vergelijkbaar met die voor roken, maar ook hier speelt het probleem dat de logistiek van de bevraging via scholen niet op een hogere frequentie kan worden gebracht. De GGD-jeugdmonitors leveren lokale gegevens om de vier jaar.

### *Druggebruik*

Druggebruik komt aan de orde in de CBS-GE (vervolgmodule), de GGD-monitor, en in alle jeugdmonitors.

De vragen in de CBS-GE zijn in principe geschikt voor jaarlijkse landelijke cijfers, en voor de gevraagde levering aan het EMCDDA (de meeste landen leveren deze data eens per twee tot vier jaar. Evenals voor alcohol geldt hier ook dat de lage nettorespons van de vervolgmodule momenteel een kwaliteitsprobleem oplevert. De standaardvraag van de GGD-monitor betreft alleen gebruik van tien categorieën drugs in diverse tijdstrajecten, is daarin beduidend minder uitgebreid dan de vragenlijst in de CBS-GE, maar heeft wel dekking op GGD-niveau.

Van de jeugdmonitors van het Trimbos komt het vragenblok in ESPAD en Peilstations vrij sterk overeen, en deze zijn qua omvang vergelijkbaar met de CBS-GE voor volwassenen. De HBSC heeft alleen twee vragen over cannabis en 'andere drugs'. Op enig detail is hier dus alleen eens per vier jaar nieuwe informatie beschikbaar.

### *Voeding*

Het primaire onderzoeksinstrument om gegevens over voeding te krijgen is de VCP (voedselconsumptiepeiling), met zijn gedetailleerde navraag in de 2 x 24-uurs recall benadering. Alleen hiermee zijn concrete innamegetallen van verschillende voedingscomponenten en energie nauwkeurig te berekenen, en is ook de inname van voedselverontreinigingen te schatten. Voor de toekomst is voor de VCP, vanwege het arbeidsintensieve karakter, een cyclus van zes jaar voorzien: vier jaar dataverzameling onder totaal 4000 respondenten in de leeftijden van 1-79 jaar, en twee jaar data-analyse. Het onderdeel 'algemene vragenlijst' omvat onderwerpen als ontbijten, vegetarische eetgewoonten, diëten, enzovoort. Vanwege de continue karakter van de VCP is tussentijdse data-analyse en -rapportage mogelijk en hierin zal waarschijnlijk worden voorzien.

Daarnaast worden in de OBiN-lijst enkele elementen van voeding nagevraagd, naast vragen over gezond gewicht. De algemene vragen in de VCP overlappen deels met die in de OBiN. Specifiek voor de jeugd wordt voeding beknopt nagevraagd in de HBSC en in de jeugdmonitors van de GGD (nog niet geharmoniseerd en optioneel).

In de GE zullen vanaf 2014 vier vragen over de consumptie van groente en fruit worden opgenomen. Deze vragen zijn afkomstig van de EHIS. Mogelijk wordt er een extra vraag over de ontbijtfrequentie aan de GE toegevoegd.

Voor het GGD-niveau zijn er standaardvragen over voeding vastgesteld, maar deze worden nog weinig meegenomen.

### *Borstvoeding*

Vragen over borstvoeding staan alleen in de CBS-GE. Daarnaast voert TNO sinds 2005 een tweejaarlijks peiling uit. In de CBS-GE zitten jaarlijks niet meer dan circa 150 jonge moeders; TNO betreft een steekproef van (in 2010) circa 1500 uit bezoekers van consultatiebureaus, moeders van kinderen tot zeven maanden. De onderwerpen waren: wel/niet borstvoeding en hoe lang, kolven, alcohol, roken, drugs, bevalling, werk en stemming moeder, rol vader, SES.

### *Bewegen (lichamelijke (in)activiteit)*

Vragen over bewegen vinden we in de CBS-GE (vervolgmodule), de GGD-monitor, de OBiN-vragenlijst, de Sportersmonitor en de algemene vragenlijst van de VCP; specifiek voor de jeugd in de HBSC, de vragenlijst van de VCP en de jeugdmonitors van de GGD.

Bewegen wordt dus jaarlijks gemeten in de CBS-GE en de OBiN, eens per een tot twee jaar in de Sportersmonitor, eens per vier tot vijf jaar in de VCP, en eens per vier jaar voor lokaal gebruik door de GGD'en. Voor jeugd verzamelt de HBSC elke vier jaar landelijke gegevens, die ook internationaal vergelijkbaar zijn. Tevens verzamelen de GGD'en om de vier jaar gegevens voor lokaal gebruik.

Kandidaten voor een jaarlijks landelijk kerncijfer zijn de gegevens uit de CBS-GE en de OBiN. Een probleem is dat deze vragenlijsten verschillende basis-instrumenten hanteren, en dat ook de steekproeflogistiek anders is (open steekproef versus panelonderzoek). CBS-GE meet vanaf 12 jaar, OBiN vanaf 4 jaar (aparte proxymodule 4-11 jaar). Momenteel zit bewegen in de CBS-GE vervolgmodule die een lage netto-respons kent. Wij adviseren dat één instrument als standaard wordt gekozen. Het squashinstrument (dat het CBS gebruikt) heeft als voordeel dat het minder gevoelig is voor wijziging van de beweegnorm, en dat het ook is gekozen om in de GGD-monitor gebruikt te worden. Een nadeel is dat dit instrument slechts een benadering van het voldoen aan de beweegnormen kan geven en (anders dan OBiN) sedentair gedrag niet meeneemt. Overigens bevat de OBiN-vragenlijst naast de standaardvragen een uitgebreid vragenblok over meningen, motivaties, enzovoort over bewegen. Dit is het type diepgang dat veel extra inzicht oplevert, maar niet jaarlijks hoeft te worden bevestigd.

In de Sportersmonitor van 2011 zijn zowel de beweegvragen van de OBiN als de squashvragen opgenomen. Zo kan met beide andere monitors een vergelijking worden gemaakt. In de VCP algemene vragenlijst worden ook de squashvragen gebruikt. In beide gevallen zien we dit als waardevol om intern verbanden te kunnen leggen.

In de jeugdonderzoeken heeft de HBSC beweegvragen die sterk lijken op die in OBiN, aangevuld met vragen over tijd doorgebracht voor de tv of achter de computer. Voor de GGD-jeugdmonitors zijn standaardvragen ontwikkeld die gaan over lopen/fietsen naar school, gym/sport binnen of buiten school of verenigingen, en tijd doorgebracht achter computer/voor tv.



### *Sportdeelname*

Vragen over sportdeelname vinden we in de CBS-GE (vervolgmodule), de GGD-monitor, de OBiN-vragenlijst, de Sportersmonitor, de VrijeTijdsOmnibus van het SCP, en in de specifieke sportersmodules van de Veiligheidsbarometer; specifiek voor de jeugd in de jeugdmonitors van de GGD.

Sportdeelname wordt dus jaarlijks gemeten in de CBS-GE en de OBiN, eens per een tot twee jaar in de Sportersmonitor en de VTO, en eens per vier jaar voor lokaal gebruik door de GGD'en. Voor jeugd verzamelen de GGD'en om de vier jaar gegevens voor lokaal gebruik.

In de CBS-GE en de GGD-monitor is sportdeelname een onderdeel van de squashvragen over bewegen. Men kan maximaal vier sporten invullen en aangeven hoeveel tijd men eraan besteedt. Dit levert vanuit gezondheidsoogpunt een adequaat kerngegeven, landelijk jaarlijks en op GGD-niveau elke vier jaar. In de CBS-GE zit dit onderdeel momenteel in de vervolgmodule die een lage netto-respons kent.

De andere drie vragenlijsten OBiN, de VTO en de Sportersmonitor zijn gedetailleerder, en hebben alle drie elementen van de Richtlijn Sportdeelname onderzoek (RSO). Ze bevragen een veertigtal expliciet genoemde sporten, en het verband waarin wordt gesport. OBiN vraagt naar maatregelen om blessures te voorkomen. De Sportersmonitor en de VTO vragen veel details over motivatie, meningen, sportverleden, sportbezoek, en vrijwilligerswerk. Deze drie monitors vertonen nogal wat overlap, en leveren alle drie gegevens op landelijk niveau, terwijl veel van de gegevens juist voor het lokale sportbeleid interessant zijn. Hier valt onzes inziens winst te boeken door monitors samen te voegen of anderszins overlappende delen weg te halen, en die winst te gebruiken om lokaal bruikbare gegevens te genereren. Ook zou winst te behalen zijn door de diepergaande detaillering minder vaak na te vragen, bijvoorbeeld om de vier jaar (zie ook Tiessen-Raaphorst en De Haan, 2012).

Zowel OBiN, de VTO als de Sportersmonitor, evenals de CBS-GE, bevragen ook de jeugd. Landelijk levert dit meer dan voldoende gegevens. Voor lokaal gebruik zijn er alleen gegevens uit de GGD-jeugdmonitors, die op het punt van sport vrij beknopt zijn, en nog niet geharmoniseerd. Hier is dus zeker verbetering mogelijk.

### *Gezond gewicht*

De vragen naar lichaamsgewicht en -lengte, waaruit overgewicht en obesitas worden berekend, staan standaard in CBS-GE (basislijst), GGD-monitor, OBiN, Sportersmonitor en VCP; specifiek voor jeugd in de GGD-jeugdmonitors en de HBSC.

Jaarlijkse cijfers voor BMI komen dus uit de CBS-GE en OBiN. OBiN vraagt aanvullend over buikomvang, en opinies over gewicht. Uit onderzoek blijkt dat in de regel zelfgerapporteerde getallen voor gewicht iets geflatteerd uitvallen. Daarom wordt de voorkeur gegeven aan getallen die in een bevolkingsonderzoek werkelijk gemeten zijn. Dergelijke getallen komen uit een Health Examination Survey (HES), een type onderzoek dat in Nederland in het verleden is uitgevoerd maar op dit moment niet is voorzien. Wel wordt in de VCP voor bepaalde leeftijdsgroepen lengte en gewicht gemeten.

### *Seksuele gezondheid*

Naast de uitgebreide twee tot vier-jaarlijkse onderzoeken van Rutgers WPF wordt seksueel gedrag alleen nagevraagd in de HBSC en sommige GGD-enquêtes. Voor volwassenen en voor de jeugdmonitors zijn sets van zeven standaardvragen ontwikkeld die door een aantal GGD'en worden gebruikt. De vragen betreffen partnerpatronen, anticonceptie en (volwassenen) een hiv/soa-test. Voor de specifieke doelgroep homoseksuele mannen is er de Schorer-monitor.

Voor regelmatige kerncijfers, om de drie tot vier jaar, kunnen we dus gebruikmaken van de Rutgers-onderzoeken, en voor sommige GGD'en, ook om de vier jaar, van de lokale monitors. Op basis van de onderzoeken van Rutgers WPF kunnen ook enkele indicatoren worden geformuleerd die in een jaarlijkse kern kunnen worden opgenomen. Wellicht zijn ook de standaardvragen van de GGD'en op dit punt een inspiratiebron.

Rutgers WPF is bezig de voormalige Schorer-monitor (uitgevoerd onder homoseksuele mannen) te verbreden naar een monitor LHBT (lesbisch, homo- en biseksueel, transgenders). Hoewel dit over een specifieke doelgroep gaat, wordt nagegaan of integratie in het brede onderzoek over seksuele gezondheid in Nederland mogelijk is.

### *Sociale context*

Deze term gebruiken we hier als paraplu voor een aantal zaken die in verschillende onderzoeken aan de orde komen, en die deels te maken hebben met de omgeving waarin men verkeert, en deels met eigen keuzes en eigen gedrag. In de overeengekomen vragenlijst van de GGD-monitor vinden we het onderwerp 'eenzaamheid'. De standaardvragen die nog niet door alle GGD'en worden gebruikt omvatten ook sociale contacten. De VrijeTijdsOmnibus van het SCP vraagt naar cultuurparticipatie en vrijwilligerswerk. De CBS-enquête Sociale Samenhang levert ook gegevens op dit terrein. De meeste jeugdmonitors gaan in op gezinsrelaties en andere relaties, en de plek die de respondent daarin heeft. Met name in die jeugdmonitors lijkt dit onderwerp op een doordachte manier geïntegreerd te zijn. Voor een goed beeld bij volwassenen is nog verder denkwerk nodig om te zien welke kerngegevens en -indicatoren vanuit het oogpunt van leefstijl en gezondheid het meest van belang zijn.

### *Ongevallen*

Ongevallen en letsels worden onderzocht middels de OBiN-vragenlijst en registraties onder beheer van VeiligheidNL. Daarnaast zijn er voor de GGD-monitors standaardvragen ontwikkeld over ongevallen.

Jaarlijkse kerninformatie over incidentie van diverse categorieën ongevallen en letsels kan worden verkregen uit de OBiN-vragenlijst. Zoals bij andere verdiepende onderzoeken kan ook hier de vraag gesteld worden of er onderscheid mogelijk is tussen een kern waarover we meer frequent informatie wensen, en verdiepende modules die minder vaak hoeven mee te lopen. Ook hier vormen de standaardvragen van de GGD'en wellicht een goed voorbeeld.

Vanuit het oogpunt van leefstijl zou bij dit onderdeel van belang zijn welk risicogedrag mensen vertonen dat gelieerd is aan het vóórkomen en het voorkómen van ongevallen. Dat aspect is in de OBiN-vragenlijst weinig prominent aanwezig.

#### *Veiligheid*

Dit is een wat diffuus onderwerp. De GGD-monitor heeft huiselijk geweld als onderwerp in het voor 2012 afgesproken gezamenlijke onderzoek, maar er zijn meer standaardvragen op het gebied van veiligheid geformuleerd die sommige GGD'en ook gebruiken. De OBiN-lijst heeft enkele vragen hierover, maar het is vooral de Veiligheidsbarometer die hier breder op ingaat, en zowel de ervaren veiligheid als het eigen veiligheidsgedrag aan de orde stelt.

## Bijlage 4

### Gesprekken met LOT-i- en andere partners

- *SCP, Annet Tiessen*
  - Recent rapport 'Versterking data-infrastructuur in de sport' noemt 17 kernindicatoren. Voor ons kader van belang: bewegen, sedentair gedrag, sportdeelname.
  - Bewegen wordt bevraagd in de GGD-GE (open steekproef), de OBiN-lijst van C&V (panel), met net iets ander instrument. Hier is winst te halen.
  - Sportdeelname zit beknopt in GGD-GE, veel uitgebreider in OBiN, Sportersmonitor (ook panel) en SCP-VTOmnibus. Die details zijn relevant voor (lokaal) sportbeleid, niet voor leefstijlbeleid.
  - Afgrenzing leefstijl: sportdeelname lijkt relevant vanwege de beweging en de sociale participatie; dan ook (actieve) cultuurdeelname?
  - AT is bekend met LISS-panel van Centerdata; ook daar zit bewegen in. Beoordeelt de opzet van het panel als relatief gunstig.
- *NISB, Remco Boer, Robert Gelinck*
  - NISB verzamelt zelf geen data. Zitten meer in een 'VTV'-rol voor de sport.
  - Voor NISB belangrijke bronnen: Sportersmonitor (panel door Mulier Instituut), RSO (een gemeenschappelijke vragenlijst over sportdeelname die ook in de Sportersmonitor zit), monitor van NOC/NSF, OBiN van C&V.
  - Zien graag een stroomlijning van de vragen over bewegen zodat er één landelijk cijfer komt.
  - Afgrenzing: de omgeving als stimulans of rem op gezond gedrag zit niet in de huidige monitoring. Dit is ook vaak een blinde vlek bij beleidsmakers. Is hier iets aan te doen? In enquêtes vragen naar motieven voor gedrag?
- *Voedingscentrum Nederland, Boudewijn Breedveld*
  - Ziet kansen voor verbetering monitoring, o.a. door uniformere vraagstelling.
  - Voor VCN is de VCP centraal. Dit onderzoek is anders dan andere vragenlijsten door de wijze van bevraging (2 x 24-uurs recall) en de complexiteit (uit producthoeveelheden met tabellen berekenen van voedingsstoffen en energie). De VCP bereidt nieuwe ronde voor, 1-79 jaar.
  - Zijn visie: naast de VCP zelf zijn ook algemene vragen over voeding belangrijk (bijvoorbeeld eetpatronen, motieven voor keuzes). Hierin zit vernieuwing.
  - Als de VCP elke vijf tot zes jaar zou lopen, kunnen die algemene vragen in een bredere leefstijlmonitor en frequenter aan bod komen.
  - Zo'n brede leefstijlmonitor: vaste kern met periodiek verdiepende modules.
- *Trimbos-instituut, Karin Monshouwer, Jacqueline Verdurmen, Ron de Graaf*
  - Trimbos is al jaren bij twee series jeugdmonitors betrokken: de ESPAD/Peilstations in eigen beheer, en de HBSC samen met de Universiteit van Utrecht en het SCP. Beide lopen elke vier jaar; alternerend is er dus elke twee jaar een monitor. Dataverzameling loopt via scholen.

- HBSC is bijna leefstijlbreed, ESPAD/Peilstations meer gericht op middelengebruik. HBSC en ESPAD zijn internationaal verankerd: 40 respectievelijk 35 landen.
  - Ook veel GGD'en hebben jeugdmonitors. Deze zijn nog lang niet zo geharmoniseerd als de GGD-GE voor volwassenen, maar wel bruikbaar voor lokaal beleid.
  - VWS vraagt aan het Trimbos de rookmonitors van Stivoro over te nemen en te integreren in het totaal van 'middelengebruik'.
  - Trimbos denkt momenteel na hoe dit in te passen. Een bredere volwassenenmonitor met ook vragen over opvattingen, waarderingen? De RokenJeugdMonitor mogelijk inpassen in de bestaande jeugdmonitors.
  - De monitor van middelengebruik door volwassenen is minder duurzaam geregeld. Na wat omzwervingen is dit nu een (groot) onderdeel van de vervolgmodule van de CBS-GE, maar kent een nettorespons van 30 procent, dit wordt onvoldoende gevonden.
- *Pharos, Robbert van Bokhoven, Mark Raijmakers*
    - Focus op toegankelijkheid van voorzieningen voor migranten, recenter ook lage SES.
    - Geen eigen dataverzameling, wel de vraag hoe migrantengroepen voldoende in beeld komen. Recent: in een 'representatief' panel van NIVEL bleken deze groepen sterk ondervertegenwoordigd.
    - Probleem is algemener. Veel monitors varen op (commerciële) panels. Er zijn dan drie stappen met mogelijke vertekening: selectie panel, selectie steekproef daarbinnen, uiteindelijke (non-)respons.
    - Oplossingen zijn: oversampling van kleinere groepen, of meer gericht onderzoek.
    - Zijn er leefstijldeterminanten die speciaal voor migranten belangrijk zijn? Pharos: elementen van sociale cohesie gelden daar vaak als belangrijker dan in de autochtone samenleving.
- *Stivoro, Marc Willemsen, Dewi Segaar, Peter Achterberg (RIVM)*
    - De monitors van Stivoro vormen een belangrijke bron van materiaal voor regelmatige kerndata én voor verdiepend onderzoek.
    - De jeugdmonitor wordt via scholen uitgezet, buiten het zicht van ouders of leraren. Jaarlijkse herhaling is belangrijk voor snel zicht op trends, in relatie met beleidsmaatregelen.
    - De volwassenenmonitor loopt al jaren via een panel van TNS NIPO. Er is een basislijst en wisselende ad hoc modules.
    - VWS heeft recent de subsidie voor monitoring overgeheveld naar Trimbos. Stivoro ziet de logica maar heeft ook zorgen over de continuïteit, en het loskoppelen van de eigen onderzoeksomgeving en expertise. Kunnen we de effecten van (veelvuldige) beleidsmaatregelen blijven volgen? Krijgen we de herschikking op tijd bevredigend rond? Goed overleg is nodig!
    - Er moet aandacht blijven voor nieuwe ontwikkelingen die soms snel gaan, zoals waterpijp roken, de elektronische sigaret, enzovoort.
- *Rutgers WPF, Ciel Wijzen, Dianda Veldman*
    - Schorer is failliet. Rutgers neemt de Schorer-monitor onder MSM over.
    - Het eigen monitorproject over seksualiteit in Nederland wil Rutgers verbreden, en de frequentie terugbrengen tot minder dan eens per twee jaar. Deze monitor werkt met een panel.
    - Naast de bevolkingsbrede monitor zijn er specifieke onderzoeken onder doelgroepen: jeugd, allochtonen. Een nieuwe wens: koppeling aan registraties.

- Voor de jeugd is de HBSC goed, maar te weinig detail voor Rutgers.
  - Een visie op een leefstijlbrede kernvragenlijst, en wisselende modules met meer diepgang, spreekt wel aan. Ook de gedachte om voor 'jeugd' en 'volwassenen' aparte trajecten te hanteren
- *Consument en Veiligheid (Nu: VeiligheidNL), Karin Klein Wolt*
    - De belangrijkste dataverzamelingen op leefstijlgebied zijn de OBiN-lijst en de veiligheidsmonitor.
    - De veiligheidsmonitor heeft vragen over ervaren veiligheid en veiligheidsgedrag.
    - Ongevallen en letsels zijn strikt genomen geen 'leefstijl', maar de dataverzameling hierover in LIS en de OBiN-vragenlijst is uniek.
    - OBiN heeft ook vragen over bewegen, sportdeelname, (tot 2011) tatoeages/piercings, (na 2011) leaseautogebruik; in beknoptere zin wordt gevraagd naar voeding, veiligheid, roken en alcoholgebruik.
    - Vanuit leefstijlperspectief zijn de ongevallen interessant waar ze verwijzen naar een relatie met gedrag. Afgezien van de tatoeages vertonen de overige onderwerpen overlap met andere monitors
  - *SOA-AIDS Nederland, Martin van Oostrom*
    - SOA-AIDS verzamelt zelf geen data. Data over incidenties komen van surveillance door RIVM/CIB. Voor data over gedrag zijn de onderzoeken van Rutgers belangrijk, waarin SOA-AIDS deelneemt.
    - CIB heeft te weinig aandacht voor de gedragskant van seks en soa's. Monitoring is misschien niet jaarlijks nodig, maar risicogedrag kan vrij snel omslaan.
    - Het idee van een brede leefstijlmonitor spreekt aan, met name voor de zaken die nog niet gedekt worden door de GGD-GE; ook het idee om jeugd en volwassenen apart te bekijken.
    - Wat in de VTV staat is te beknopt per onderwerp, is ook zelden lokaal gedifferentieerd, terwijl bijna alle leefstijlbeleid uiteindelijk lokaal wordt uitgevoerd. Harmonisatie door de G4 gaat verder dan de GGD-GE!
    - 'De meeste mensen maken veel te lange vragenlijsten'.
  - *LISS, Marcel Das*
    - Kwam 'toevallig' langs, geen partner LOT-i; onderzoeksgerichte database, gekoppeld aan Universiteit Tilburg.
    - Panel van 5000 huishoudens, gebruikt voor allerlei specifieke onderzoeken; ontleend aan CBS selectie, geen zelfselectie, verrijkt voor immigranten.
    - Achtergrond vragenlijst, met blokken over gezondheid, leefstijl, economie, huisvesting, werk, religie, opinies; wordt jaarlijks herhaald.
    - Gezondheid/leefstijl omvat vrijwel alle elementen van de LOT-i partners; niet: seksualiteit, veiligheid, ongevallen.
    - Vragen veelal ontleend aan internationale projecten (bijvoorbeeld SHARE), minder aan nationale standaarden.
    - Is *niet* opgezet voor landelijke monitoring, wel als achtergrond voor specifieke onderzoeken.



## Bijlage 5

### Eerste discussiebijeenkomst

4 juni 2012, 13-17 uur, Jaarbeurs, Utrecht.

Aanwezig: Peter Achterberg (RIVM), Karin Bemelmans (Voedingscentrum), Matthijs van den Berg (RIVM), Robbert van Bokhoven (Pharos), Carolien van den Brink (RIVM, verslag), Robert Gelinck (NISB), Maartje Harbers (RIVM), Christianne Hupkens (CBS), Karin Klein Wolt (VeiligheidNL), Pieter Kramers (RIVM, verslag), Karin Monshouwer (Trimbos-instituut), Hans van Oers (RIVM, voorzitter), Martin van Oostrom (SOA-AIDS Nederland), Dewi Segaar (Stivoro), Annet Tiessen (SCP), Ciel Wijsen (Rutgers WPF), Wil de Zwart (VWS-VGP).

- Opening en voorstelrondje.
- Presentatie Pieter Kramers: Aanleiding, opdracht, aanpak, gekozen kaders (zie ppt bijgevoegd); slotopmerking: 'Een goed monitoringsysteem moet een langere adem hebben dan politieke hypes'.
- Presentatie Matthijs van den Berg: Databehoeftes VTV/Kompas/+, verplichtingen internationaal.  
Vraag Monshouwer: Jaarlijks monitoren? Alleen voor volwassenen, of ook voor jeugd? Voor scholierenonderzoek lijkt dat erg belastend. Antwoord VTV: ja, theoretisch wel. Opmerking Bemelmans: Bij jeugd gaat gedragsverandering juist snel.
- Presentatie Carolien van den Brink en Christianne Hupkens: Gezondheidsmonitor CBS/GGD'en/RIVM en Gezondheidsenquête CBS.
- *Discussie 1:*  
*Vraag Segaar:* Wat is de doelgroep CBS? Deel 1: Alle leeftijden, deel 2: 12+.  
*Vraag Achterberg:* Zitten er drugs vragen in EHIS? Nee.  
*Van Bokhoven:* Is er selectieve respons? Voor etnische groepen is de respons lager; voor lage inkomensgroepen is dit niet bekend bij Hupkens.  
*Monshouwer:* Ook de manier van afname heeft effect op antwoorden.  
*Vraag De Zwart:* Heeft EHIS richtlijnen voor methoden? Nee, EHIS heeft geen richtlijnen voor methode van onderzoek. EUROSTAT kan dat niet opleggen. Dit kan verschillen tussen landen veroorzaken.  
*Kramers:* Hoe zit het met andere standaardvraagstellingen van de GGD-enquêtes die nog niet in de ronde van a.s. najaar meelopen? Antwoord *Van den Brink:* Het kan zo maar zijn dat er extra onderwerpen zijn die straks toch nog door alle GGD'en worden opgenomen.  
*De Zwart:* Hoe flexibel is het toevoegen van onderwerpen? Antwoord *Van den Brink:* Er zijn nu nog geen toevoegingen mogelijk. Voor volgende ronde wordt dit opnieuw besproken.  
*Wijsen:* Seksuele gezondheid komt nauwelijks voor in de VTV. Hoe kan ik dan aanhaken bij dit project? Toch, in het Kompas is 'seks onder je 25<sup>er</sup>' wel gebruikt.  
*Segaar:* VTV is een situatieschets. Als je meer wilt weten bijvoorbeeld over (oorzaken van) gedragsverandering, moet je anders navragen. *Achterberg:*



VWS moet zich dat ook realiseren. Als je verandering waarneemt, moet je ook weten waardoor dat komt.

*Van Bokhoven:* Een algemene vragenlijst moet alle subgroepen in de bevolking bereiken. Sommige onderwerpen moet je misschien anders bevragen bij migrantengroepen. Boodschappen doen wordt bij allochtonen bijvoorbeeld niet geassocieerd met bewegen. Bij squash lijkt dit geen probleem, omdat er wel concreet wordt nagevraagd. Bij focusgroepen zou je de vragenlijst eens voor kunnen leggen als test, maar je wilt eigenlijk geen verschillende vraagstellingen. Een probleem is daarnaast het bereik van die groepen. Grote steden vertalen vragenlijsten en uitnodigingsbrieven wel in Turks en aantal Arabische talen. Het CBS test vragen in vragenlabs ook bij specifieke doelgroepen, zoals laag opgeleiden.

*Kramers:* Hoe bepalen we de behoefte van het beleid aan gegevens (nationaal en lokaal)? Bij VTV realiseert men zich ook wel dat VTV en het Kompas wat smal is als enige norm daarvoor. De Zwart bevestigt dit. Bijvoorbeeld bij druggebruik gaan de internationale verplichtingen veel verder.

*Monshouwer:* Is een steekproef van 450.000 voor de GGD-monitor niet wat groot? Kan dat niet efficiënter? Kun je niet schatten? *Gelinck:* Ook lokaal is er echt behoefte aan cijfers. Veel leefstijlbeleid wordt toch lokaal gemaakt.

*Van Oostrom:* Tussen de G4 zijn ook verschillen gevonden.

*Van den Brink:* Dat kunnen we straks allemaal bekijken. De vraag is ook of het uiteindelijk tot andere beleidsprioriteiten leidt.

*Bemelmans:* Vanuit lokaal/gemeenten worden de GGD-monitors gesteund door de wet en door geld. Daar moeten we landelijk gebruik van maken. Zijn er trouwens geen dingen overbodig?

- Presentatie Pieter Kramers: Terugkoppeling gesprekken met de partners, randvoorwaarden voor een traject.
- *Discussie 2.*

*De Zwart:* Je plaatst 'onderzoek' naast 'monitoring'; wat hier genoemd wordt bestempelen we toch allemaal als monitoring? *Kramers:* Soms zijn vragenlijsten zo gedetailleerd, dat je het meer onderzoek moet noemen. *De Zwart:* Soms moet je breder inzetten om op (onverwachte) beleidsvragen te kunnen inspelen.

*Tiessen:* Voor gemeenten is er een verkorte variant van sportvraag, voor wanneer dat voldoende is.

*Klein Wolt:* Waar streven we met z'n allen naar? Minder vragen over hetzelfde onderwerp, minder onderzoeken? *De Zwart:* Dit traject is toch ingegeven door bezuinigingen. Kunnen we met minder geld toe, waar kun je efficiëntie halen, misschien juist wel winst? *Tiessen:* Is er een overzicht van wat er uit VWS-geld wordt betaald?

*Bemelmans:* Er worden monitors gemist in het overzicht, bijvoorbeeld die over overgewicht en borstvoeding door TNO. De groeistudie van TNO is ook voor een deel monitor. En TNO wordt toch ook voor een deel door VWS gefinancierd? Ieder wordt gevraagd missende onderdelen door te geven.

*Gelinck* noemt de mobiliteitsmonitor, die gaat toch ook deels over bewegen?

*Achterberg:* We kunnen ons beter beperken tot het huidige kader van het LOT-i, maar wel met TNO in gesprek gaan. Kramers pakt dit op.

*Segaar:* We hadden toch besloten om ook buiten LOT-i te gaan kijken, omdat we als thema-instituten niet zoveel overlap hebben? *Monshouwer:* Daarom is GGD/CBS/SCP toegevoegd. *De Zwart* ziet toch wel wat overlap.

*Kramers:* Het zou mooi zijn als we tot een meer samenhangende set zouden kunnen komen, dat wat er parallel in zit met elkaar klopt, en dat er een

goede verhouding is tussen wat jaarlijks en wat minder frequent bevroegd wordt, en landelijk versus lokaal. Hoe zou je het doen als je opnieuw zou beginnen? Sommige overlap is niet functioneel.

*Van Oers:* We beperken ons tot de belangrijkste instituten die belangrijke leefstijl onderwerpen monitoren. Daarnaast zijn er ook kleinere onderzoeken, maar dat laten we voor wat het is. Eventueel nog wel gesprek met TNO.

*Van Bokhoven:* Deel ervaringen over methodieken om respons onder moeilijk bereikbare groepen te verhogen. Dat zou een kwaliteitsslag zijn.

*Monshouwer:* In het scholierenonderzoek zijn alle groepen goed vertegenwoordigd.

- Presentatie Pieter Kramers: Contouren van een plan voor verbetering (zie ppt bijgevoegd). Bij de discussie over een jaarlijks kern versus minder frequente verdiepende modules citeert hij nog het rapport van Tiessen over sportgegevens, die onderscheid maakt tussen 'need to know' en 'nice to know'.
- *Discussie 3*  
 Aanvulling op de presentatie: VWS heeft gevraagd om sportvragenlijsten toch mee te nemen in dit verband vanwege het belang voor het beleid. Van den Brink mist het belang van cijfers voor lokaal beleid bij jeugd. HBSC biedt dat niet. De monitors van de GGD'en zijn de enige die dat doen. Eigenlijk moet een beslissing z.s.m. vallen, hoewel er niet besloten kan worden dat alles opeens volgend jaar moet.  
*Van Oostrom:* Bij het beleid ligt een zwaartepunt op de jeugd, dat is dus belangrijk.  
*Van Oers:* Op korte termijn moet ook voor jeugd duidelijk worden hoe het er uit moet komen te zien. *Segaar:* Dit speelt ook in verband met de voorgenomen verbreding van roken naar andere leefstijlfactoren door Trimbos. *De Zwart:* Dit voorstel moet aansluiten bij GGD-monitors. Dit is ook de opdracht aan het Trimbos. VWS betaalt overigens maar heel weinig voor de HBSC.  
*Van den Berg* vraagt zich af of eens per twee jaar monitoren niet genoeg is, voor jeugd. Anderen vinden dit te weinig. Waarom voor volwassenen wel jaarlijks en niet voor jeugd?  
*Kramers:* VTV presenteert niet elk jaar nieuwe cijfers, maar wel trends, en daarvoor zijn jaarlijkse cijfers nodig.  
*Van den Berg:* Volgens het gepresenteerde schema wordt de gezondheidsenquête van CBS de basis, maar die heeft niet alle onderwerpen. *Hupkens:* CBS wil gaan werken met roulerende modules. Daarvoor worden dan één keer per twee jaar gegevens verzameld, en komt er ruimte voor andere onderwerpen.  
*Bemelmans:* Kijk naar alle andere standaardvraagstellingen van de GGD-monitor, om te kijken of wij dat als groep een goede (basis)set vinden. Deze staan allemaal op: [www.monitoregezondheid.nl](http://www.monitoregezondheid.nl).  
*Tiessen:* Wat is het idee van aanvullende/verdiepende modules? Komen die aan de centrale vragenlijst te hangen, of doen de instituten dat zelf? Kramers denkt dat het niet realiseerbaar is om bij CBS of GGD'en opeens van alles toe te voegen. Het gebeurt al in bestaande monitors, misschien is er een tussenvariant via het beste panel?  
*Monshouwer:* Hoe doen we dat bij jeugd? Scholierenonderzoek is daarvoor de beste oplossing. Maar scholen willen niet elk jaar meedoen. Er zijn andere methoden. Bij de Stivoro-jeugdmonitor worden leerlingen op scholen aangesproken door enquêteurs. In de OBiN-lijst gaat het via de ouders.

Rutgers WPF trekt een steekproef via de GBA, maar werkt ook via scholen. CBS-GE omvat ook jeugd, maar de aantallen zijn niet altijd groot genoeg om elk jaar landelijke uitspraken te kunnen doen. *Monshouwer*: De weg via scholen is niet de makkelijkste methode, maar wel meest representatief. Scholen worden steeds terughoudender. Er moet in ieder geval afstemming komen tussen Trimbos en GGD-monitors.

Kramers rondt af. Hij hoopt vóór de zomer een conceptrapport te circuleren voor commentaar. Het mooiste zou zijn als het rapport van dit traject door alle partners onderschreven wordt, zodat er een consensus is voor vervolgwerk. Dit verdient de voorkeur boven een advies van het RIVM, 'gehoord hebbende alle partijen'. Opgemerkt wordt dat een formeel akkoord toch van de directeuren moet komen. Afhankelijk van de feedback op het concept rapport wordt besloten of er in september nog een tweede bijeenkomst nodig is. Hiervoor zal alvast wel een datum worden gereserveerd.

- De voorzitter dankt alle aanwezigen voor hun bijdrage in de discussie.

## Bijlage 6

### Tweede discussiebijeenkomst

18 september 2012, 13-17 uur, Jaarbeurs, Utrecht.

Aanwezig: Matthijs van den Berg (RIVM), Saskia Boeker (GGD-NL), Robbert van Bokhoven (Pharos), Boudewijn Breedveld (Voedingscentrum Nederland), Carolien van den Brink (RIVM-Gezondheidsmonitor, *verslag*), Remco van den Dool (Mulier Instituut, namens SCP), Hanneke de Graaf (Rutgers WPF), Vincent Hildebrandt (TNO), Yvonne Hof (Trimbos), Christianne Hupkens (CBS), Karin Klein Wolt (VeiligheidNL), Pieter Kramers (RIVM, *verslag*), Hans van Oers (RIVM, *voorzitter*), Martin van Oostrom (SOA-AIDS Nederland), Liesbeth Preller (NISB), Caroline van Rossum (RIVM-VCP), Jacqueline Verdurmen (Trimbos), Ciel Wijsen (Rutgers WPF), Marc Willemsen (Stivoro)

- Welkom door *Hans van Oers* en voorstelrondje.
- Presentatie door *Pieter Kramers* over wat er de afgelopen maanden is gebeurd.  
*Stivoro* vraagt of er bij het kostenoverzicht ook een conclusie komt over wat de winst van het nieuwe concept is, en hoe zich dat verhoudt tot het eventuele informatieverlies. *Pieter* licht toe dat de opdracht naast efficiëntie (bezuiniging) ook expliciet te maken heeft met kwaliteitswinst. *TNO* geeft aan dat er ook gemeld moet worden dat er bij een bezuinigingsslag informatie verloren gaat. Volgens *SOA Aids* noemt het advies niets over bezuiniging. Volgens *Hans van Oers* is de achtergrond bij de opdracht vooral de bestaande versnippering.  
 De definitie 'monitor' wordt gebruikt voor het dataverzamelingsinstrument. Met leefstijlmonitor wordt het totaal van de kern plus aanvullende modules bedoeld.  
*Pieter* dankt iedereen voor de reacties op het voorstel. De meeste reacties ondersteunen het basisidee. Maar de crux zit in de uitwerking en de details.
- Korte toelichting door de partners op hun ingezonden reacties n.a.v. het juli-concept:
- *VeiligheidNL en TNO*. Zij ondersteunen het rapport en het feit dat het efficiënter moet. In de technische commissie van OBiN is er kritisch naar gekeken. Ga voor een nieuwe oplossing uit van een bestaand instrument. OBiN zou handig platform kunnen zijn om te starten met de leefstijlmonitor. Daar werken al vier instituten samen (o.a. Mulier en VeiligheidNL) in één monitor. VeiligheidNL doet de schoning en daarna worden de gegevens vrijgegeven aan de partners. Iedereen heeft eigen thema. TC-OBiN besluit over gebruik door derden. Ad hoc thema's, bijvoorbeeld vanuit VWS, kunnen eenvoudig worden toegevoegd. Werken met een panel is efficiënt. OBiN vindt continu plaats. Een nieuw thema zou mogelijk binnen 1 maand kunnen worden toegevoegd.  
*TNO* ziet kansen voor vernieuwing. Een gevaar is dat het, met het inschuiven van bestaande monitors in nieuwe, oude wijn in nieuwe zakken wordt. Gebruik het moment ook voor inhoudelijke vernieuwing. En met zoveel partners moet er misschien langer worden uitgetrokken dan een half jaar om er uit te komen. Bepaal de keuze voor een platform aan de

hand van een lijst met criteria die we eerst opstellen. Naast bewegen en sport moet er ook aandacht zijn voor sedentair gedrag. Deze drie samen nemen in één term: fysieke (in)activiteit.

- *Trimbos-instituut*. Men kan zich vinden in de structuur van een kern met verdiepende modules. Voor volwassenen zou de kern door de CBS-gezondheidsenquête gedaan kunnen worden. Bij jeugd zien ze een rol voor HBSC en Peilstations, momenteel allebei om de vier jaar, elke twee jaar een van beiden. Men ziet mogelijkheden om de Peilstations te verbreden met meer leefstijlthema's, het is nu bijna alleen middelengebruik. HBSC heeft ook de internationale component, waardoor vergelijkingen tussen landen mogelijk zijn. Het voordeel van scholierenonderzoek is dat ook hoog-risicogroepen vertegenwoordigd zijn, en dat de non-respons heel laag is. Het Trimbos heeft een voorkeur voor steekproefonderzoek in plaats van panelonderzoek. Betrek ook klanten bij de lijst van criteria die wordt opgesteld. Kies eerst de structuur, dan de inhoud.
- *Stivoro*. Goed dat er gekeken wordt naar overlap. Eigenlijk vreemd dat er al tijden meerdere landelijke rookcijfers zijn. De kern van het onderzoek bij Stivoro is niet zozeer het rookcijfer, dat kan CBS ook heel goed, maar zaken als effecten van beleidsmaatregelen en determinanten van roken. Een grote steekproef (20.000) is nodig om verschillen van 1 procentpunt met betrekking tot rokersprevalentie te kunnen meten. Verdieping is heel belangrijk. Je wilt elk jaar meten om de vinger aan de pols te houden naar aanleiding van maatregelen. Verander niets in de oorspronkelijke verdiepende modules. VWS bezuinigt in 2014 de helft op tabak, maar de monitors (RJM en COR) willen ze buiten schot laten. Advies: RJM en COR zo veel mogelijk intact laten, omdat ze voor een goed tabaksbeleid belangrijk zijn.
- *Rutgers WPF*. Sluit zich bij de voorganger aan. Kan zich inhoudelijk vinden in rapport. Gaan er op vooruit omdat ze jaarlijkse cijfers krijgen, wat eerder niet het geval was. Is blij dat ze van het panel af kunnen, dit was i.v.m. financiën nodig. Rutgers WPF doet onder de noemer 'Monitor en registraties' (VWS basissubsidie) veel meer dan alleen de bevolkingsstudies seksuele gezondheid. We doen bijvoorbeeld ook registraties en aanvullende onderzoeken op doelgroepen (bijvoorbeeld allochtonen en LHBT, of verdiepende module over zorggebruik). Dit zou allemaal buiten de leefstijlmonitor vallen. Wij zouden graag in het rapport opgenomen zien wat de kaders zijn waarbinnen een leefstijlmonitor gepositioneerd is en wat de gevolgen zijn van het optuigen van de leefstijlmonitor voor deze activiteiten van Rutgers WPF. Wij willen deze activiteiten vanzelfsprekend graag kunnen blijven uitvoeren o.a. omdat ze nodig zijn als kennisbasis voor ons overige ontwikkel- en implementatiewerk en voor derden. Wij zijn sterke voorstanders van steekproefonderzoek en zouden ervoor willen pleiten om de leefstijlmonitor hierop te baseren (en dus bij voorkeur geen panel te gebruiken).
- *Voedingscentrum/VCP (RIVM)*. De kern is vanuit voeding gezien niet zo spannend, de verdieping is veel interessanter. Er is zojuist een meerjarenplan opgesteld voor de VCP die een zesjaarscyclus heeft. Er wordt gedurende vier jaar continu gemeten, elk jaar wordt een steekproef van 1000 onderzocht. Het plan is met een externe begeleidingscommissie opgesteld en ook internationaal afgestemd, en dit kan nu niet zomaar worden aangepast. In de VCP wordt een koppeling gemaakt tussen

kernvragen en verdiepende vragen, dus je kunt niet zomaar een kern weghalen uit VCP. Kan de termen 'kerncijfers' en 'verdieping' nog niet helemaal plaatsen, maar voor voeding zou VCP de kern moeten leveren. Een mogelijkheid voor ad hoc vragen is ook nodig.

- *CBS*. Sinds 1981 is er de CBS-gezondheidsenquête met ook vragen over leefstijl. Stemt in met voorstel dat de kerninformatie uit de gezondheidsenquête komt. CBS doet een voorstel om de nieuwe leefstijlmonitor op te zetten als een steekproefkader identiek en parallel aan de lopende GE, voor een verdubbeling van de omvang van de kernvragen, en daaraan toegevoegd de verdiepende modules. Voordelen zijn een representatieve steekproef van bevolking, de mogelijkheid verbanden te leggen met andere onderwerpen uit de gezondheidsenquête, en de mogelijkheid van koppeling aan registraties. Elk jaar kan een nieuwe vragenlijst worden opgesteld. Er wordt de vraag gesteld in hoeverre anderen de gegevens ook kunnen analyseren. CBS antwoordt dat de meeste instituten de gegevens kunnen krijgen. Echter, vanwege privacywetgeving (Wet bescherming persoonsgegevens) moet een bestand soms wel worden ingedikt zodat cijfers niet meer op de persoon herleidbaar zijn.
- *GGD Nederland*. Mist het GGD-perspectief in het rapport. Momenteel krijgen 750.000 mensen een vragenlijst. Het is belangrijk dat landelijke cijfers ook uitgesplitst kunnen worden naar regio's, gemeenten, wijken. De basisset is afgestemd met CBS, daarnaast is er ruimte voor lokale invulling. Wil kijken of de kernset van de leefstijlmonitor ook de kern kan worden voor de 28 GGD'en. Aandachtspunt is dat de monitors gefinancierd worden door gemeenten.
- *SCP (afdeling sport, media, cultuur)*. Heeft onlangs een rapport uitgebracht over kennisinfrastructuur sport. Vindt het belangrijk om overlap te voorkomen, maar vindt het plan wel ambitieus. De vrijetijdsmonitor is net gestart als tweejaarlijks onderzoek, over sport en cultuur. En dat was al moeilijk om samen te brengen. Moet alles wel in één monitor? De kwaliteit van het onderzoek is belangrijk, vandaar dat de vrijetijdsmonitor wordt uitgevoerd door CBS. Zijn er niet drie lagen mogelijk: (1) de gezondheidsenquête, (2) de set verdiepingen zoals voorgesteld door CBS, en (3) een monitor die bestaat uit ad hoc vragenlijsten via een internetpanel? Soms moet een onderzoek binnen twee weken worden opgestart. CBS is daar niet flexibel genoeg voor.
- *NISB*. Richt zich op mensen die te weinig actief zijn. Heeft geen eigen monitor, maar gebruikt de Sportersmonitors en OBiN. Standaardisatie op het gebied van gegevens over bewegen is belangrijk. De kwaliteit moet dusdanig zijn dat er ook trends bekeken kunnen worden. Sluit aan bij opmerking van TNO om ook sedentair gedrag mee te nemen. Achtergrondkenmerken moeten ook meegenomen worden. Spreekt zich niet uit over de manier waarop het gedaan moet worden. Een jaarlijks cijfer over bewegen is van belang, maar verdieping evenzeer. De data moeten beschikbaar zijn voor analyse door afzonderlijke partners.
- *SOA aids*. Wat is de positie van deze monitor in het hele kennissysteem dat ook registers en doelgroeponderzoek omvat? Maak dit aan het begin van het rapport duidelijk. Punt van zorg is de positie van VWS. De relatie tussen infectieziektebestrijding en (seksueel) gedrag is onduidelijk aangegeven. Als het om detailuitwerkingen gaat, zorg dan dat de partijen die op één domein

zitten, bij elkaar gaan zitten in plaats van iedereen bij elkaar. Voor VWS moet duidelijk zijn wie de regie heeft.

- *Pharos*. Vindt de notitie helder. Pharos heeft geen eigen structurele monitor, maar bundelt wel tweejaarlijks cijfers en kwalitatieve informatie op bepaalde thema's, uit bijvoorbeeld literatuur, andere monitors, focusgroepen. Twee opmerkingen: er moet aandacht zijn voor migranten (en laaggeletterden en mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden). In panels kan zonedig het aandeel migranten worden opgehoogd. Vragenlijsten kunnen door Pharos worden getest op verschillende groepen. Er zijn veel potentiële klanten, dus gegevens moeten ook beschikbaar zijn.
- *Vragen n.a.v. de presentaties*.  
 Vraag aan CBS vanuit *Rutgers WPF*: Willen jullie eigenlijk een verdubbeling van het onderzoek doen? Antwoord: voor de beperkte vragenset inderdaad, om een grotere massa te krijgen, waarbij koppelen van gegevens mogelijk blijft. De CBS-gezondheidsenquête is voor leefstijl vanaf 12 jaar. De nieuwe monitor zou alleen volwassenen kunnen zijn. Mogelijk zijn er te lage aantallen bij CBS voor de doelgroep jongeren. *Stivoro*: Roken in de RJM loopt vanaf groep 5, 6. De Trimbos-jeugdmonitors meten vanaf 10 jaar, de Sportersmonitors vanaf 6 jaar.  
*TNO*: Wat moeten we ons voorstellen bij verdiepende modules? Meer detail of determinanten van gedrag? Maak dat duidelijk in het rapport.  
*Rutgers WPF*: Voor jeugd zou dat net zo kunnen werken. Met af en toe verdiepende module, zoals seks onder je 25<sup>e</sup>.
- *Reactie van Pieter*:  
 Pieter resumeert enkele belangrijke punten die genoemd werden:
  - grijp je kans om te vernieuwen;
  - bakken af waar het over gaat, dus geen korting op ander onderzoek;
  - gebruik en toegankelijkheid van gegevens;
  - eventueel drie onderdelen van monitor i.p.v. voorgestelde twee (idee SCP/Mulier);
  - achtergrondkenmerken moeten er altijd in.
- Presentatie door *Pieter Kramers*, met overwegingen en discussiepunten over hoe de ontvangen reacties op te nemen in het eindadvies aan VWS. De presentatie is apart rondgestuurd, wordt hier niet samengevat. Tijdens de presentatie komen de volgende zaken naar voren:  
*TNO*: inactiviteit is een verkeerde term, het moet echt sedentair gedrag zijn.  
*VCP*: sedentair gedrag zit er bij ons niet meer in, gaat mee met CBS/GGD.  
*VCP*: zorg voor feitelijke meting lengte en gewicht, dit is beter dan zelfgerapporteerde waarden.  
*GGD-NL*: binnen de JGZ worden kinderen gemeten. Dit wordt samengebracht in de database Jeugd in Beeld.  
 Horen ongevallen/letsels bij de kern? Het is geen leefstijl, maar is belangrijk genoeg om in de kern op te nemen.  
 Vraag vanuit *RIVM* (Carolien) aan CBS: Is het een optie voor het CBS om de gezondheidsenquête uit te breiden i.p.v. hun voorstel voor een nieuwe steekproef en monitor? CBS geeft aan dat er ruimte gaat komen vanaf 2014, maar weet niet precies hoe veel.  
*Rutgers WPF*: Bij het laatste onderzoek 'Seks onder je 25<sup>e</sup>' was het lastiger om scholen bereid te vinden mee te doen. Reactie *Trimbos*: Belangrijk dat er een breed draagvlak komt voor onderzoek op scholen. De GGD-monitors, Peilstations/HBSC en 'Seks onder je 25<sup>e</sup>' moeten hierin samenwerken.

*Rutgers WPF:* Komt er geen verdieping bij jeugd? *Reactie Pieter:* de bestaande monitors zijn al vrij uitgebreid, dit zou apart onderzoek moeten zijn.

*Rutgers WPF:* Wat wordt bedoeld met een 'apart logistiek traject'? *Reactie Pieter:* Dat het om een apart uitgevoerd onderzoek gaat, in plaats van modules van eenzelfde onderzoek.

*RIVM (Carolien)* vraagt welke kosten VWS heeft opgegeven. Volgens Pieter zijn dit alleen bedragen voor de uitvoering van het monitoringonderzoek.

*RIVM (Carolien)* vraagt of VWS er zelf iets over heeft gezegd of andere gebruikers mee moeten betalen. Dit hebben ze niet expliciet gezegd, maar uit diverse opmerkingen kunnen we wel afleiden dat het een discussiepunt is.

*Rutgers WPF:* Er moet in het verdere proces een moment zijn waarop besloten wordt dat we het gaan doen. VWS moet dat aangeven.

GGD-NL: wat betreft de GGD-monitors is VNG ook belangrijke partij.

*RIVM (Carolien)* merkt op dat bekend moet zijn wat het kostenplaatje is voordat je voor een scenario kiest. Dat moet een van de criteria zijn.

- Vraag van Pieter: Destijds is gezegd dat de LOT-i partners 'mogelijkheden zien voor efficiënter en beter werken'. Is dit nu de richting waarin toen gedacht werd?
- Discussie naar aanleiding van de presentatie van Pieter  
*RIVM (Carolien):* Zijn jaarlijkse cijfers bij jeugd zo belangrijk dat je veel wilt investeren terwijl je relatief eenvoudig aan cijfers kunt komen om de twee jaar?  
*Trimbos:* Over middelengebruik kun je wel tweejaarlijks iets zeggen en ook trends bepalen.  
*Matthijs:* Het uitgangspunt is niet anders dan bij volwassenen. Om binnen vier jaar een lijn te kunnen trekken hebben we dat nodig.  
*Trimbos:* Ook andere klanten moeten daar een stem in hebben. Niet alles hoeft jaarlijks. Sommige dingen veranderen nauwelijks.  
*Stivoro:* Maar bij roken is het zeker belangrijk. Het beleid wijzigt zo snel.  
*TNO:* Discussie over jaarlijkse kern moet je niet los zien van die over verdiepende modules en frequentie daarvan. Sommige dingen uit de kern hoeven misschien niet jaarlijks.  
*Pieter:* De kern bevat in principe alle leeftijden.  
Is het tijdschema wel realistisch? Daar moeten we het met VWS nog goed over hebben.  
Hoe organiseren we de leefstijlmonitor?  
*VeiligheidNL:* Was getriggerd door opmerking dat OBiN bijvoorbeeld nog wel apart zou kunnen lopen. *Pieter:* Dat zou bijvoorbeeld voor ongevallen kunnen zijn. Maar dan heb je geen relatie met andere thema's, zoals sporten. *Hans:* Het levert je ook wat op, relaties met andere onderwerpen. En letsels zou dan nog wel onderdeel kunnen zijn van de leefstijlmonitor, ook al wordt er een andere bron voor gebruikt.  
*TNO:* OBiN herkent zichzelf in voorstel voor organisatie van de monitor en zou een goed uitgangspunt kunnen zijn.  
Bij VWS moeten neuzen wel dezelfde kant op staan. We hebben met verschillende opdrachtgevers te maken. *Hans:* we zouden met een delegatie naar VWS kunnen gaan om het advies daar aan een delegatie aan te bieden. Dan krijgt het meer gewicht.



- Pieter zal zijn presentatie rondsturen zodat iedereen nog een reactie kan geven. Hij nodigt iedereen uit om dezer dagen desgewenst hier nog op te reageren.
- Hans dankt de aanwezigen voor hun bijdrage.

## Bijlage 7

### Voorbeeld voor de invulling van de jaarlijkse leefstijlkern (LSM-K)

In onderstaande tabel is een voorbeeld geformuleerd over hoe de leefstijlkern er in termen van enquêtevragen uit zou kunnen zien. Hierbij is rekening gehouden met de gegevensbehoefte (o.a. in de VTV), de huidige vragenlijsten (continuïteit), de inbreng van de partners, en de balans tussen de thema's. Dit voorbeeld is bedoeld als uitgangspunt voor de verdere discussie.

In de laatste twee kolommen worden ofwel concrete voorstellen gedaan, ofwel een aantal varianten aangegeven, met de instituten die in de eerste plaats aangewezen lijken om de detailuitwerking te verzorgen.

Thema	Minimale jaarlijkse behoefte (VTV enz.)	Huidige situatie	Voorstel/opties	Actie
Roken	% rokers, ex-rokers, nooit-rokers, hoeveel/dag, tijd na stoppen	CBS 9 vragen, GGD 4 vragen; Stivoro adviseert 46 vragen jaarlijks	Huidige CBS; eventueel enkele vragen erbij uit Stivoro-voorstel	Trimbos, Stivoro, CBS, GGD, VTV
Alcohol-gebruik	% wel/niet, zware drinkers, binge	CBS 10 vragen, GGD 7 vragen	Minimaal huidig GGD	Trimbos, CBS, GGD, VTV
Drug-gebruik	Cannabis ooit, nu	CBS 83 vragen, is geen kern	Selecteer enkele uit huidige 21 cannabis-vragen	Trimbos, CBS, GGD, VTV
Voeding	Suggesties: ontbijten, groente, fruit, meer? Andere beleidsdoelen?	Enkele vragen OBiN. Nieuw plan VCP: jaarlijks tussentijdse analyses. Gevraagd in EHS 2014	Algemene vragenlijst is altijd proxy voor 'echte' VCP. Selecteer enkele vragen die zinvol zijn voor jaarlijkse kern	VCP/RIVM, VCN, TNO (?), CBS, GGD, VTV
Borst-voeding	% op verschillende tijdstippen	CBS (kleine steekproef); TNO onderzoek	Is relatief kleine doelgroep; in CBS-GE houden of is TNO onderzoek goed genoeg?	TNO, VCP/RIVM, CBS, GGD, VTV
Bewegen	% voldoende aan norm NNGB en fitnorm, % inactief, % sedentair	CBS, GGD: 4 vragen squash; OBiN: iets andere vragen	Squash lijkt OK; OBiN-vragen beter? Keuze maken! Sedentair gedrag toevoegen. Beste vragen?	TNO, VeiligheidNL, Mulier, NISB, RIVM, CBS, GGD, VTV
Sport-deelname	% sporten, benoemd, frequentie	CBS, GGD: vraag squash; OBiN	Squash of equivalent lijkt goede kern. Lidmaatschap vereniging toevoegen?	Mulier, SCP, VeiligheidNL, NISB, CBS, GGD, VTV

Thema	Minimale jaarlijkse behoefte (VTV enz.)	Huidige situatie	Voorstel/opties	Actie
Gezond gewicht	BMI, jaarlijks zelfgerapporteerd, af en toe echte meting	CBS, GGD, enz.	Houd in de kern; zorg dat af en toe ijking mogelijk is aan een Health Examination Survey	Is er een Health Examination Survey in de toekomst?
Seksuele gezondheid	Tot nu toe geen jaarlijkse rapportage	Niet in CBS; optioneel in GGD-enquêtes	Voorstel RWPF: wel/niet seks; risicogedrag soa/hiv, anticonceptie, seksueel geweld, seksuele oriëntatie	Rutgers WPF, CBS, GGD, Trimbos, VTV
Omgaan met stress, sociale steun, enz.	Bij VTV herdefinitie; is gemengd en divers blok	Niet in CBS-GE, wel in CBS-onderzoek Sociale Samenhang; GGD heeft eenzaamheid, sociale contacten	Belangrijk; wat is goed/niet gedekt in CBS-sociale samenhang en GGD-enquêtes? Iets in leefstijlkern nodig?	CBS, GGD, VTV, Trimbos
Ongevallen/letsels	Incidentie privé, sport, verkeer, arbeid, zelfbeschadiging, geweld, behandeling, gevolgen	Veel in OBiN, niet in CBS; nauwelijks in GGD. Gevraagd in EHIS 2014	Geen leefstijl, wel belangrijk voor kern. Is selectie van enkele vragen te doen en zinvol?	VeiligheidNL, TNO, CBS, GGD, VTV
Veiligheid	Bij VTV niet onder leefstijl	In OBiN, veiligheidsmonitors	Niet meenemen in de leefstijlkern. Zorg voor dekking elders	VeiligheidNL, TNO, CBS, GGD, VTV

## Bijlage 8

### Voorbeelden van een mogelijk schema voor de LSM-V

Voorbeeld (1): frequentie eens per twee of drie jaar

	<i>Jaar 0</i>	<i>Jaar 1</i>	<i>Jaar 2</i>	<i>Jaar 3</i>
LSM-V	Module A (1)	Module B (1)	Module A (1)	Module B (1)
	Module C (1)	Module D (1)	Module E (1)	Module C (1)
	Ad hoc (2)	Ad hoc (2)	Ad hoc (2)	Ad hoc (2)
	Overloop jaarlijks (3)	Overloop jaarlijks (3)	Overloop jaarlijks (3)	Overloop jaarlijks (3)
	Deel kern + achtergrond	Deel kern + achtergrond	Deel kern + achtergrond	Deel kern + achtergrond

Voorbeeld (2): frequentie eens per vier jaar

	<i>Jaar 0</i>	<i>Jaar 1</i>	<i>Jaar 2</i>	<i>Jaar 3</i>
LSM-V	Module A (1)	Module B (1)	Module C (1)	Module D (1)
				Module E (1)
	Ad hoc (2)	Ad hoc (2)	Ad hoc (2)	Ad hoc (2)
	Overloop jaarlijks (3)	Overloop jaarlijks (3)	Overloop jaarlijks (3)	Overloop jaarlijks (3)
	Deel kern + achtergrond	Deel kern + achtergrond	Deel kern + achtergrond	Deel kern + achtergrond

'(1)', '(2)' en '(3)' benoemen de elementen 1-3, zoals benoemd in hoofdstuk 8.



## Bijlage 9

### Lijst van afkortingen

• AVO	Aanvullend Voorzieningengebruik Onderzoek
• CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
• CBS-GE	CBS-Gezondheidsenquête
• COR	Continu Onderzoek Rookgewoonten
• ECDC	European Centre for Disease prevention and Control
• ECHI	European Community Health Indicators
• EFSA	European Food Safety Authority
• EHIS	European Health Interview Survey
• EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
• ESPAD	European School Survey on Alcohol and other Drugs
• FCTC	Framework Convention for Tobacco Control
• GBA	Gemeentelijke Basis Administratie
• GGD	Gemeentelijke Gezondheids Dienst
• HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
• HES	Health Examination Survey
• I&M	Ministerie van Infrastructuur en Milieu
• KWF	Koningin Wilhelmina Fonds
• LISS	Langlopende Internet Studies voor Sociale wetenschappen
• LOT-i	Landelijk Overleg Thema-instituten
• LSM	Leefstijlmetr
• NDM	Nationale Drug Monitor
• NISB	Nederlands Instituut voor Sport en Beweging
• NJI	Nederlands Jeugd Instituut
• NOC*NSF	Nederlands Olympisch Comité * Nederlandse Sport Federatie
• NVVS	Nederlandse Vereniging voor Seksuologie
• OBIN	Ongevallen en Beweging in Nederland
• OESO	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
• RIVM	Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieu
• RJM	RokenJeugdMonitor
• RSO	Richtlijn Sportdeelname Onderzoek
• SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
• SEH	Spoedeisende Hulp
• Stivoro	Stichting Volksgezondheid en Roken
• SWOV	Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid
• SZW	Sociale Zaken en Werkgelegenheid
• TNO	Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
• VCN	Voedingscentrum Nederland
• VCP	Voedselconsumptiepeiling
• VTO	VrijeTijdsOmnibus
• VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenning
• VWA	Voedsel en Waren Autoriteit
• VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
• WHO	World Health Organization
• WPG	Wet Preventieve Gezondheid

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven  
[www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)