



Gezondheidsindicatoren van het Brussels Gewest 2010





Gezondheidsindicatoren van het Brussels Gewest 2010



De Gezondheidsindicatoren

De “Gezondheidsindicatoren” bieden een globale visie van de gezondheid van de Brusselse bevolking binnen de demografische, sociale, ruimtelijke en multiculturele context van het Brussels Gewest. Deze documenten worden verspreid via de website van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn (www.obseratbru.be). Elk rapport mag worden gekopieerd, mits vermelding van de bron.

Reeds verschenen «Gezondheidsindicatoren»:

2008

Actualisatie van de mortaliteitsstatistieken van de Gezondheidsindicatoren 2004

2004

Gezondheidsindicatoren van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest

2001

Gezondheidsindicatoren van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest

Gelieve op volgende wijze naar deze publicatie te verwijzen:

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, *Gezondheidsindicatoren van het Brussels Gewest 2010*, Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, Brussel, 2010.

Redactie

Murielle DEGUERRY,
Myriam DE SPIEGELAERE,
Gille FEYAERTS,
Pénélope FISZMAN,
Marianne FLAMENT,
Miguel Angel LUQUE FERNANDEZ,
Déogratias MAZINA,
Peter VERDUYCKT

Cartografie

Truus ROESEMS

Wetenschappelijke medewerking

Patrick DE SMET (FARES, PROMES),
Greet LAUWEREYS (Observatoire
de la Santé et du Social),
Judith RACAPE (ULB)

Dankwoord

Deze derde uitgave van de
Gezondheidsindicatoren was niet
mogelijk geweest zonder de nauwgezette
medewerking van verschillende
partners die dit werk verrijkten dankzij
uitwisselen van gegevens, nauwgezet
nalezen en bedachtzaam advies.

Nahima AOUASSAR (GGC),
Johan BOTS (GGC),
Jean-Benoit BURRION (Brumammo),
Béa BUYSSE (K&G),
Joachim COHEN (ZrL, VUB),
Ann DEFRAÏE (WIV),
Luc DELIENS (ZrL, VUB),
Geneviève DUCOFFRE (WIV),
Jean-Pierre ERMANS (Rivage DEN ZAET),
Tessa GOETGHEBUER (ONE),
Jean-Pierre GORISSEN (FOD Volksgezondheid),
Béatrice GULBIS (Erasmus ziekenhuis),
Germaine HANQUET (WIV),
Dirk HOUTTEKIER (ZrL, VUB),
Ignacio GUTIERREZ (WIV),
Jean LEGRAND (FOD Volksgezondheid),
Muriel LIEGEOIS (ONE),
Pascal MEEUS (RIZIV),
Samuel NDAME (ONE),
Françoise RENARD (Stichting Kankerregister),

Martine SABBE (WIV),
André SASSE (WIV),
Franck SEYNAEVE (RIZIV),
Bénédicte VAN CUTSEM (FAO),
Johan VAN DER HEYDEN (WIV),
Relinda VANDERSTRAETEN (Home-Info),
Marc VANDERVEKEN (ADDIBRU),
Johan VANOVERLOOP (IMA /
Socialistische mutualiteiten),
Sophie VERHAEGEN (GGC),
Bénédicte VOS (Programme de
dépistage néonatal systématique de la
surdit  en Communauté française),
Jacques WAGENAERE (GGC),
Maryse WANLIN (FARES),
Marianne WINKLER (ONE).

Wij danken tevens de diensten
burgerlijke stand van de 19 Brusselse
gemeenten evenals de artsen die actief
meewerken aan de opmaak van de
geboorte- en sterftestatistieken.

Lay-out

Centre de Diffusion de la
Culture Sanitaire asbl :
Nathalie DA COSTA MAYA

Vertaling

Brussels Language Services sprl

Depotnummer

D/2010/9334/36

Voor meer informatie

Observatorium voor Gezondheid en
Welzijn van Brussel-Hoofdstad
Gemeenschappelijke
Gemeenschapscommissie
Louizalaan 183 - 1050 Brussel
Tel.: 02/552 01 89
observat@ccc.irisnet.be
www.observatbru.be

Murielle Deguerry

Tel.: 02/552 01 65
mdeguerry@ccc.irisnet.be

Voorwoord	11
------------------	-----------

Deel I: Algemene context

1. Demografische context	13
1.1 Evolutie van de Brusselse bevolking	13
1.2 Leeftijds- en geslachtsstructuur	14
1.3 Brussel: een multiculturele stad	17
1.4 Soorten huishoudens	19
1.5 Geboortecijfer	19
1.6 Mortaliteit	21
1.6.1 Algemeen sterftecijfer	21
1.6.2 Vroegtijdig overlijden	23
1.7 Levensverwachting	24
1.8 Migraties	25
2. Sociaal-economische context	26
Referenties	27

Deel II: Gezondheidstoestand

1. De inschatting van de eigen gezondheid	29
2. Doodsoorzaken	31
2.1 Sterfte van alle leeftijden	31
2.2 Vroegtijdig overlijden	32
2.2.1 Mannen	32
2.2.2 Vrouwen	35
3. Chronische aandoeningen	37
3.1 Overzicht van de aandoeningen	37
3.1.1 De prevalentie van chronische aandoeningen	37
3.1.2 Invaliditeit	38
3.2 Cardiovasculaire aandoeningen	40
3.2.1 Mortaliteit	40
3.2.2 Morbiditeit	43
3.3 Kanker	45
3.3.1 Overzicht van alle kankers	45
3.3.2 Longkanker	52
3.3.3 Borstkanker bij vrouwen	55
3.3.4 Colorectale kanker	59
3.3.5 Prostaatkanker	61
3.3.6 Andere kankers bij vrouwen	63
3.3.7 Kanker van het lymfatisch, hematopoietisch weefsel en aanverwanten	64
3.4 Chronische ademhalingsziekten	66
3.5 Alcoholgerelateerde aandoeningen	69
3.6 Musculo-skeletale problemen	72
3.7 Diabetes	73
3.8 Obesitas	76

4. Infecties	77
4.1 Monitoring en onder controle houden van infectieziekten	77
4.2 Frequentie van infectiegerelateerde sterfgevallen	78
4.3 Hiv-infecties	79
4.3.1 Mortaliteit	79
4.3.2 Seropositiviteit	80
4.3.3 Morbiditeit (aids)	84
4.4 Andere seksueel overdraagbare aandoeningen	86
4.4.1 Algemene situatie	86
4.4.2 Infectietypes	88
4.5 Tuberculose	91
4.5.1 Tuberculosecontrole in het Brussels Gewest	91
4.5.2 Epidemiologie van tuberculose	92
4.6 Hepatitis	95
4.6.1 Algemene mortaliteit	95
4.6.2 Hepatitis B	96
4.6.3 Hepatitis C	97
4.6.4 Hepatitis A	99
4.7 Intestinale infecties	100
4.8 Meningokokkeninfecties	102
4.9 Ademhalingsinfecties	104
4.9.1 De griep (Influenza A en B)	104
4.9.2 Pneumonieën door pneumokokken	104
5. Geestelijke gezondheid	105
5.1 Globaal overzicht	105
5.2 Zelfmoord	108
5.2.1 Mortaliteit	108
5.2.2 Zelfmoordpogingen	111
5.3 Depressie	112
5.4 Psychotische stoornissen	114
5.5 Angst en slaapstoornissen	116
6. Ongevallen	117
6.1 Arbeidsongevallen	117
6.1.1 Ongevallen in het Brussels Gewest	118
6.1.2 Arbeidsongevallen bij Brusselaars	119
6.2 Verkeersongevallen	121
6.3 Ongevallen in het dagelijks leven	124
Referenties	126

Deel III: Determinanten van gezondheid

1. Levensstijl	129
1.1 Voeding	130
1.1.1 Regelmatig ontbijten	130
1.1.2 Regelmatige consumptie van groenten en fruit	131
1.1.3 Regelmatig vis eten	134
1.2 Lichaamsbeweging	135
1.3 Tabaksgebruik	137
1.4 Alcoholgebruik	140
1.5 De consumptie van andere psychotrope substanties	143
1.5.1 De consumptie van psychotrope geneesmiddelen	144
1.5.2 Gebruik van illegale drugs	144
2. Sociale gezondheidsongelijkheden	147
2.1 De ongelijkheden op het vlak van mortaliteit	148
2.1.1 Ongelijkheden van bij de geboorte	148
2.1.2 Levensverwachting en algemene mortaliteit	149
2.1.3 De belangrijkste doodsoorzaken die aan de basis liggen van de sociale ongelijkheden in de mortaliteit	153
2.2 De sociale ongelijkheden op het vlak van de gezondheidstoestand	162
2.2.1 De subjectieve gezondheid	163
2.2.2 Chronische aandoeningen	164
2.2.3 Geestelijke gezondheid	166
2.3 Sociale ongelijkheden op het vlak van levensstijl	167
2.3.1 Tabaksgebruik	167
2.3.2 Voeding	168
2.3.3 Lichaamsbeweging	169
2.3.4 Gebruik van alcohol en andere drugs	170
3. Multicultureel Brussel	172
3.1 Inleiding	172
3.2 Nationaliteit en perinatale gezondheid	173
3.3 Nationaliteit en mortaliteit	175
3.3.1 Algemene mortaliteit	175
3.3.2 De belangrijkste doodsoorzaken per nationaliteitsgroep	176
3.3.3 Grote doodsoorzaken en nationaliteit	183
3.4 Gezondheidstoestand en nationaliteit	188
3.4.1 De subjectieve gezondheid	188
3.4.2 Chronische aandoeningen	189
3.4.3 Geestelijke gezondheid	191
3.5 Levensstijl en nationaliteit	192
3.5.1 Voeding	192
3.5.2 Lichaamsbeweging	192
3.5.3 Tabaksgebruik	193
3.5.4 Alcohol en andere drugs	194
4. Toegang tot zorg en preventie	195
4.1 Toegang tot zorg	195
4.1.1 Socio-economische toegankelijkheid	195
4.1.2 Opvolging door de huisarts	196
4.2 Preventie en opsporing	198
4.2.1 Vaccinaties	198
4.2.2 Screenings	200
Referenties	202

Deel IV : Levensloop

1. Bij de geboorte	205
1.1 Kenmerken van de moeders	205
1.1.1 Leeftijd van de moeders bij de bevalling	205
1.1.2 Nationaliteit van de moeders	206
1.1.3 Socio-economische status van de moeders	207
1.2 Prenatale opvolging	208
1.2.1 Risico-evaluatie	208
1.2.2 Frequentie van de opvolging en de onderzoeken	208
1.3 Perinatale gezondheidsindicatoren	209
1.3.1 Prematuriteit	209
1.3.2 Laag geboortegewicht	210
1.3.3 Meerlingzwangerschappen	210
1.3.4 Verloskundige interventies	211
1.3.5 Foeto-infantiele mortaliteit	212
1.4 De oorzaken van infantiele sterfte	214
1.5 Opsporing bij zuigelingen en jonge kinderen	215
1.5.1 Bloedstalen	215
1.5.2 Opsporing van gezichtsproblemen	215
1.5.3 Opsporing van doofheid	216
1.6 Borstvoeding in het Brussels Gewest	217
1.6.1 Uitsluitend borstvoeding bij het verlaten van de kraamkliniek	218
1.6.2 Uitsluitend borstvoeding nadien	219
2. Kinderen van één tot negen jaar	220
2.1 Mortaliteit	220
2.2 Infectieziekten	222
2.2.1 Poliomyelitis	222
2.2.2 Mazelen	222
2.2.3 Rubella	223
2.2.4 Bof	223
2.2.5 Kinkhoest	223
2.2.6 Invasieve pneumokokkeninfecties	223
2.2.7 Diarree door rotavirus	224
2.3 Vaccinatiedekking (kinderen van 18 tot 24 maanden)	225
2.4 Opsporing van kindermishandeling	226
3. Adolescenten van 10 tot 19 jaar	228
3.1 De gezondheid van adolescenten	228
3.1.1 Mortaliteit bij adolescenten	228
3.1.2 Morbiditeit bij adolescenten	229
3.2 Het gedrag van adolescenten	231
3.2.1 Verslavingen	231
3.2.2 Voedingsgewoonten van adolescenten	234
3.2.3 Overmatig televisie kijken	236
4. Volwassenen	237
4.1 Sociodemografische kenmerken	237
4.2 De gezondheid van jongvolwassenen en volwassenen van middelbare leeftijd	238
4.2.1 De inschatting van de eigen gezondheid	238
4.2.2 Mortaliteit bij jongvolwassenen en volwassenen van middelbare leeftijd	238
4.2.3 Morbiditeit bij jongvolwassenen en volwassenen van middelbare leeftijd	240
4.2.4 Arbeidsongevallen	247
4.3 Het gezondheidsgedrag van volwassenen	248
4.3.1 Verslavingen (tabak, alcohol, drugs)	248
4.3.2 Obesitas en de voedingsgewoonten van volwassenen	249

5. Ouderen	251
5.1 Kenmerken van de oudere bevolking	251
5.1.1 Evolutie	251
5.1.2 Geografische verdeling	251
5.1.3 Geslachtsverhouding	251
5.1.4 Multiculturaliteit	251
5.2 Gezondheidstoestand	252
5.2.1 De inschatting van de eigen gezondheid	252
5.2.2 Morbiditeit	252
5.3 Mortaliteit	256
5.4 Het levenseinde	258
Referenties	261

Deel V: Aanbod en consumptie van zorg

1. De gezondheidswerkers	263
2. Bezoek aan de preventieve structuren van het Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) en van Kind en Gezin (K&G)	267
3. De ziekenhuizen	270
3.1 Het ziekenhuisaanbod	270
3.2 Factoren die een ziekenhuisopname beïnvloeden	272
3.2.1 Kenmerken van de bevolking	272
3.2.2 Factoren die verband houden met de zorg	273
3.3 Kenmerken van de ziekenhuisverblijven	274
3.3.1 Klassieke ziekenhuisopname en dagopname	274
3.3.2 Duur van het verblijf	276
4. Zorg en woonvoorzieningen voor ouderen	277
4.1 Beleidsopties	277
4.2 Thuishulp en thuiszorg	277
4.3 Woonvoorzieningen	277
4.3.1 Diversiteit aan woonformules	277
4.3.2 Aanbod in Brussel	278
Referenties	282

Deel VI: Bronnen en methodologische toelichting

1. Belangrijkste gegevensbronnen	283
1.1 Exhaustieve individuele gegevens	283
1.1.1 De statistische formulieren voor geboorte en sterfte	283
1.1.2 De gegevens van het Brussels programma voor borstkankerscreening	283
1.2 Niet-exhaustieve individuele gegevens	283
1.2.1 De nationale Gezondheidsenquête	283
1.3 Geaggregeerde gegevens afkomstig uit publieke of private instellingen	284
1.3.1 Federale Overheidsdienst Volksgezondheid	284
1.3.2 Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV)	285
1.3.3 Intermutualistisch Agentschap (IMA)	285
1.3.4 Fonds voor Arbeidsongevallen (FAO)	285
1.3.5 Belgisch Instituut voor de Verkeersveiligheid (BIVV)	285
1.3.6 Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie (ADSEI)	285
1.3.7 Stichting Kankerregister	286
1.3.8 Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV)	286
1.3.9 Service d'Information Promotion Education Santé (SIPES) van de École de Santé Publique (ESP) van de Université Libre de Bruxelles (ULB)	286
1.3.10 VRGT/FARES	286
1.3.11 Medisch-sociale databank van het Office de la Naissance et de l'Enfance en Kind en Gezin	287
1.3.12 Eurostat	287
2. Methodologische toelichting	287
2.1 Variabelen en indicatoren	287
2.1.1 De variabele «nationaliteit»	287
2.1.2 De variabele «grote stad»	287
2.1.3 De gezondheidsindicatoren	288
2.1.4 De indicatoren voor de sociale status	289
2.2 Andere nuttige definities	289
2.3 Enkele statistische concepten en methodes	290
2.3.1 Standaardisering	290
2.3.2 De statistische nauwkeurigheid van een meting	290
2.3.3 Statistisch significante verschillen	290
2.3.4 Associatiemaat en logistische regressie	290
2.3.5 Clusteranalyse	291
Referenties	291

Deze derde editie van de Gezondheidsindicatoren van het Brussels Gewest biedt een algemeen overzicht van de gezondheid van de Brusselse bevolking, verrijkt met waarnemingen over een periode van 10 jaar (1998-2007) en ingebed in de demografische, sociale en multiculturele context van het gewest.

Deze Gezondheidsindicatoren 2010 richten zich tot iedereen die op de een of andere manier betrokken is bij de uitbouw van een gecoördineerd gezondheidsbeleid: beleidsverantwoordelijken, gezondheidswerkers of actoren die actief zijn in de verschillende domeinen die bepalend zijn voor de gezondheid van de bevolking.

Deze publicatie heeft geenszins de pretentie exhaustief te zijn. De uitwerking van bepaalde thema's wordt niet alleen bepaald door het al dan niet bestaan van gegevens en beperkingen inzake tijd en middelen voor de analyse ervan, maar is eveneens het gevolg van bepaalde keuzes. De belangrijke plaats die de sociale gezondheidsongelijkheden in deze uitgave innemen (Deel II), moet de aandacht vestigen op het feit dat de sociale status de belangrijkste gezondheidsbepalende factor blijft. De verbetering van de volksgezondheid kan niet alleen tot stand komen via een aanbod aan diensten en zorgen; het vraagt eveneens een gezamenlijke mobilisering van alle actoren die een invloed kunnen hebben op de sociale determinanten (op het vlak van werkgelegenheid, inkomen, huisvesting, opleiding, leefmilieu,...). De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie is zich hier trouwens van bewust en heeft de strijd tegen de sociale gezondheidsongelijkheden centraal geplaatst in haar regeringsverklaring 2009-2014.

Naast een opfrissing van de *Algemene context* (Deel I) en een bespreking van de *Gezondheidstoestand* (Deel II), wordt in deze derde editie ook de *Levensloop* besproken (Deel IV), met daarin per levensfase een gedetailleerd overzicht van bepaalde gegevens. Deze publicatie wordt afgesloten met een – eerder beperkte – bespreking van het *Aanbod en consumptie van zorg* (Deel V). De samenhang tussen gezondheid en leefmilieu wordt hier nog niet besproken; bepaalde aspecten van dit thema zullen later nog behandeld worden.

Verschiedende bronnen werden geraadpleegd: de statistische formulieren voor geboorte en sterfte, de resultaten van enquêtes, maar ook kwantitatieve en kwalitatieve gegevens die werden verzameld door administraties, gezondheidswerkers, verenigingen of onderzoekers. Verduidelijking van deze bronnen en toelichting bij de methodologie die in de analyses werd aangewend komen aan bod in *Bronnen en methodologische toelichting* (Deel VI); de begrippen die daar verklaard worden, zijn in de tekst schuin gedrukt en voorzien van een *.

Om het lezen van het rapport te vergemakkelijken hebben we bewust het aantal complexe tabellen en gegevens per gemeente beperkt; deze gegevens zijn echter wel beschikbaar op onze website, in andere publicaties of op te vragen bij het Observatorium.

Deze Gezondheidsindicatoren zijn complementair aan onze andere publicaties. De lezers worden dan ook sterk aangemoedigd de gegevens uit deze publicatie aan te vullen met behulp van onze andere publicaties: Welzijns- en gezondheidsatlas, Atlas "Thuiswonen na je 65ste", Perinatale gezondheidsindicatoren, Evaluatie van het georganiseerde screeningprogramma voor borstkanker, Statistische welzijns- en gezondheidsfiches per gemeente, Armoederapporten.

Deze publicatie wil tot slot een beleidsondersteunend instrument zijn: het is uit de gesprekken met de betrokken actoren, uit de toetsing van cijfers aan de realiteit en de ervaring op het terrein dat bruikbare pistes ontstaan om de gezondheid en de levenskwaliteit van alle Brusselaars te verbeteren. Deze publicatie moet dus niet het einde maar juist het begin zijn van een proces van uitwisseling en vraagstelling.

Het team van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad

Deel I: Algemene context

1. Demografische context

1.1 EVOLUTIE VAN DE BRUSSELSE BEVOLKING

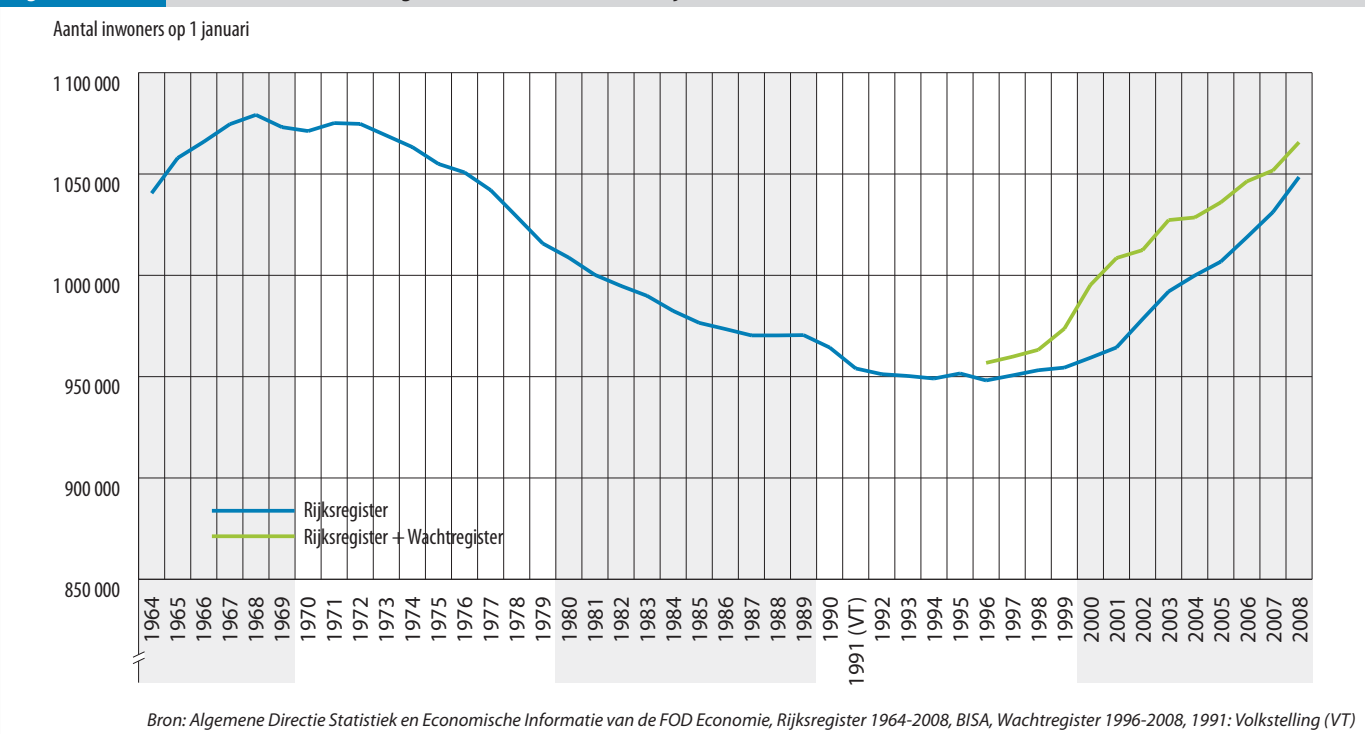
Op 1 januari 2008 telde het Brussels Gewest officieel 1 048 491 inwoners (en 17 180 inwoners in het Wachtregister).

De officiële cijfers moeten echter worden verbeterd. Het aantal inwoners dat daadwerkelijk in het Brussels Gewest verblijft, ligt in werkelijkheid veel hoger dan het aantal in de officiële statistieken gepubliceerd door de Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie (ADSEI).

Tabel 1-01 bevat de verschillende bevolkingscategorieën opgenomen in de officiële gegevens en diegene die er niet in opgenomen zijn.

Het aantal inwoners van het Gewest, rekening houdend met het Wachtregister, is in het groen weergegeven in de figuur 1-01. In 2008 vertegenwoordigde de bevolking in het wachtregister 1,6 % van de totale officiële bevolking. Dit aandeel is sinds 2003 in dalende lijn (1).

Figuur 1-01 Evolutie van de bevolking in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 1964-2008



Tabel 1-01 Bevolkingscategorieën

categorie	bron	aantal
"Officiële" bevolking	Rijksregister der natuurlijke personen	1 048 491 op 1/1/2008
Kandidaat-vluchtelingen	Wachtregister	17 180 op 1/1/2008 13 895 op 1/1/2009
Personen met een diplomatiek statuut (diplomaten, ambtenaren met een diplomatiek statuut en hun gezinsleden)	Federale Overheidsdienst voor Buitenlandse Zaken	Ongeveer 12 000 in het Brussels Gewest op 15/9/2009
Onregelmatig binnengekomen of verblijvende personen ("mensen zonder papieren")	S. Adriaenssens in "De staat van Vlaanderen"	Raming: 100 000 in België, waarvan een groot deel in het Brussels Gewest
Bepaalde categorieën van mensen die in het Brussels Gewest verblijven, maar die er niet zijn gedomicilieerd (studenten, toeristen,...)		

Veel van de gegevens in dit hoofdstuk over het Brussels Gewest is ook terug te vinden op gemeentelijk niveau; wij nodigen u uit de "Gemeentelijke fiches voor de analyse van de lokale statistieken in het Brussels Gewest 2009" te raadplegen. U vindt deze binnenkort terug op de website van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn (www.observatbru.be).

Bij de "officieel getelde" Brusselaars (momenteel meer dan één miljoen) moeten de kandidaat-vluchtelingen die zijn ingeschreven in het Wachtregister, de personen met een diplomatiek statuut, maar ook de mensen zonder papieren worden opgeteld.

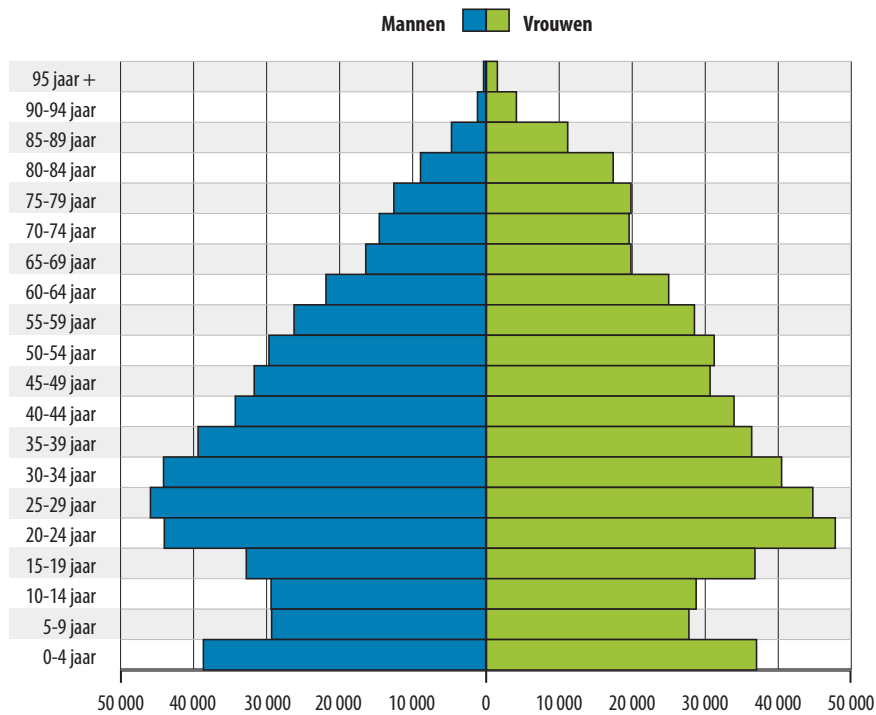
1.2 LEEFTIJD- EN GESLACHTSSTRUCTUUR

De structuur van de leeftijdspiramide in het Brussels Gewest wordt gekenmerkt door een brede basis, met een toenemend aantal jonge kinderen en jongvolwassenen.

In tegenstelling tot wat men vaststelt in de rest van het land, daalt de gemiddelde leeftijd van de Brusselse bevolking. De gemiddelde leeftijd verschilt sterk van de ene Brusselse

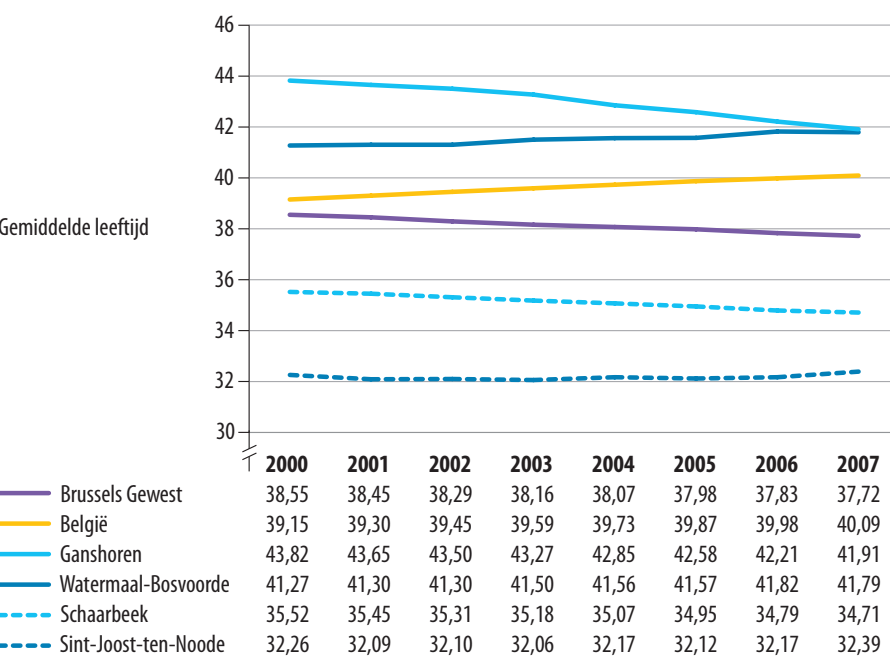
gemeente tot de andere: Ganshoren blijft de "oudste" gemeente, gevolgd door Watermaal-Bosvoorde, terwijl Sint-Joost-ten-Node de "jongste" is (figuur 1-03). De gemiddelde leeftijd daalt in alle gemeenten, behalve in de gemeenten van het zuidoostelijk kwadrant: de gemiddelde leeftijd blijft stabiel in de gemeenten Sint-Lambrechts-Woluwe en Ukkel, en stijgt zelfs in Watermaal-Bosvoorde en Sint-Pieters-Woluwe.

Figuur 1-02 Bevolkingshistogram van het Brussels Gewest op 1/1/2008



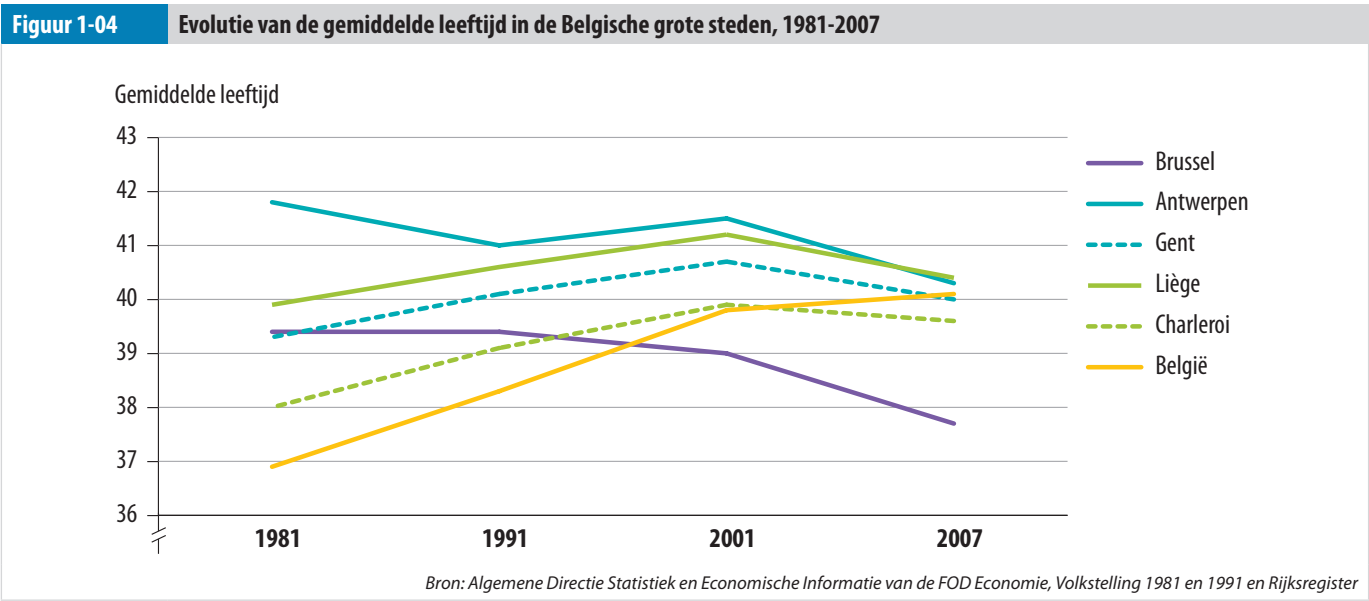
Bron: Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie van de FOD Economie, Rijksregister

Figuur 1-03 Evolutie van de gemiddelde leeftijd in het Brussels Gewest en vergelijking tussen extreme gemeenten en het hele land, 2000-2007



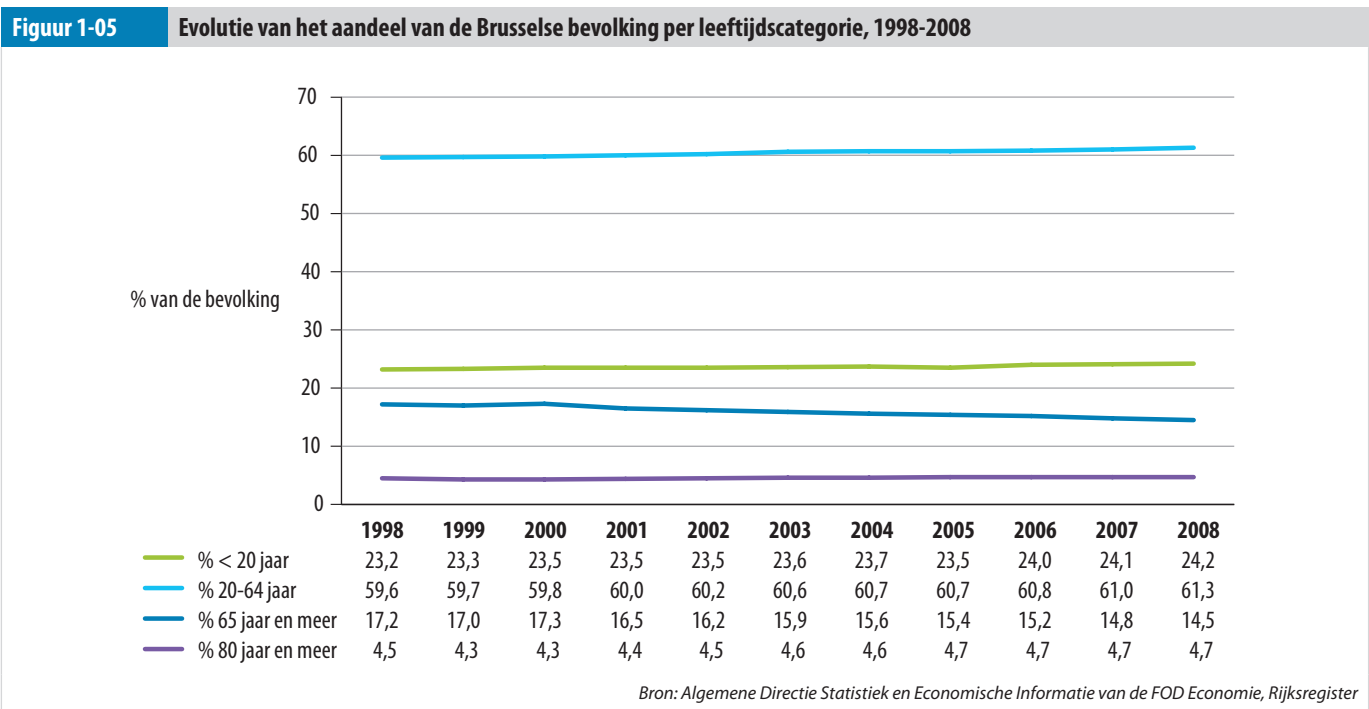
Bron: Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie van de FOD Economie, Rijksregister

De afgelopen jaren werden alle grote Belgische steden geconfronteerd met een verjonging van de bevolking, maar alleen in het Brussels Gewest wordt een voortdurende daling van de gemiddelde leeftijd waargenomen sinds 1981.

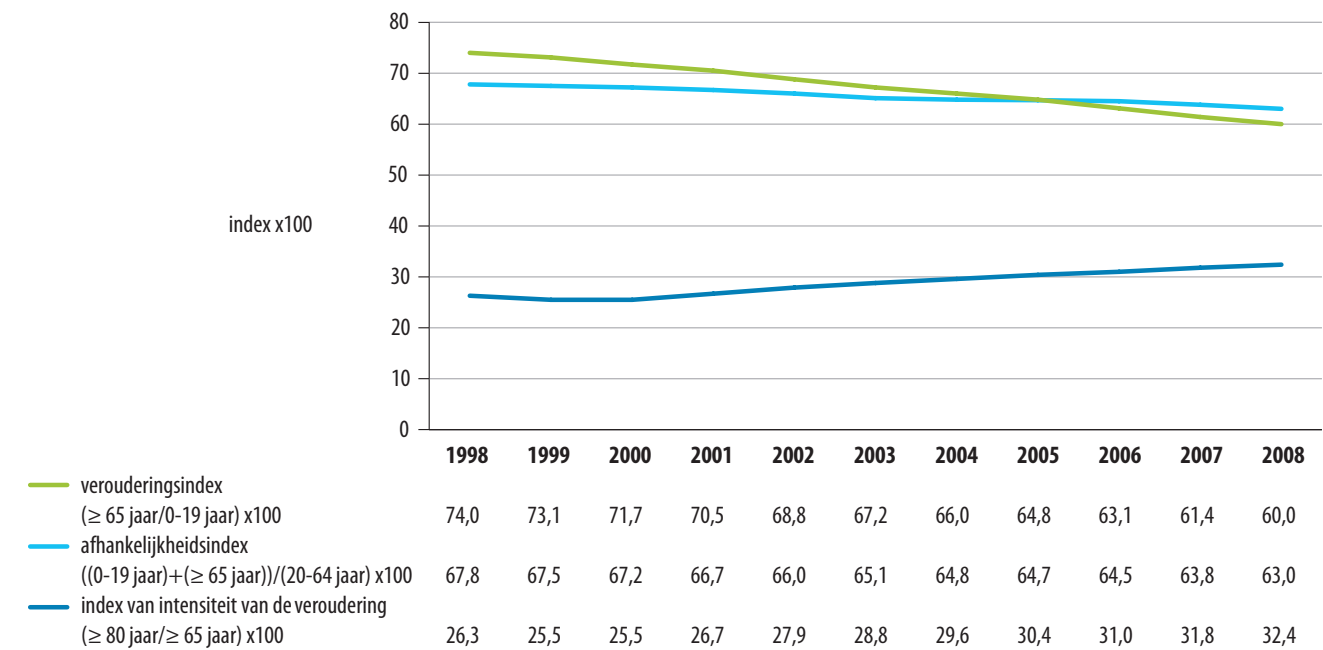


In het Brussels Gewest blijven het aantal jongeren onder de 20 jaar en de actieve bevolking (20-64 jaar) lichtjes stijgen, terwijl het aantal 65-plussers daalt. Het aantal 80-plussers in de Brusselse bevolking is sinds 2005 stabiel (figuur 1-05).

Deze evoluties verklaren de voortdurende daling van de *verouderingsindex**, die van 74 % in 1998 is gedaald tot 60 % in 2008, alsook van de *afhankelijkheidsindex**. De *index van intensiteit van de veroudering** stijgt daarentegen wel voortdurend (figuur 1-06). Volgens de ramingen van het planbureau zouden deze trends aanhouden tot in 2020 (2).



Figuur 1-06 Evolutie van de demografische indexen, Brussel, 1998-2008

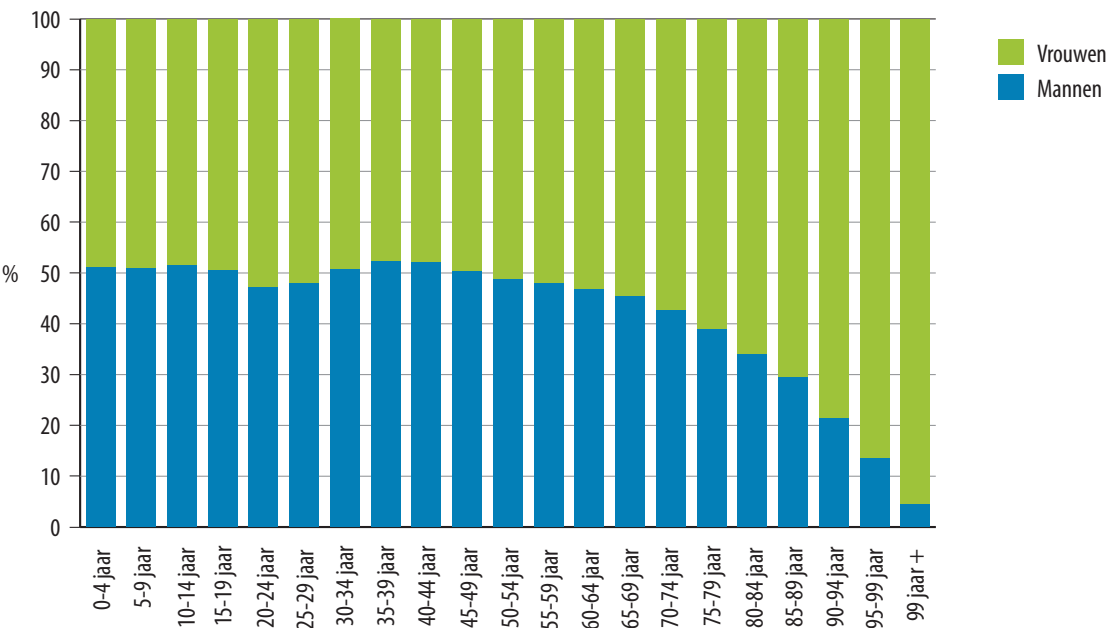


Bron: Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie van de FOD Economie, Rijksregister

In tegenstelling tot wat men in heel België vaststelt, daalt de gemiddelde leeftijd van de Brusselse bevolking, net zoals in alle grote steden van het land.

Het aandeel mannen en vrouwen varieert met de leeftijd. Er zijn iets meer mannen dan vrouwen in de groep onder de 20 jaar en in de groep tussen 30 en 50 jaar. Vanaf 50 jaar stijgt het aandeel vrouwen geleidelijk tot 74 % voor de categorie 85-plussers.

Figuur 1-07 Aandeel mannen en vrouwen in de Brusselse bevolking naar leeftijd, 2008

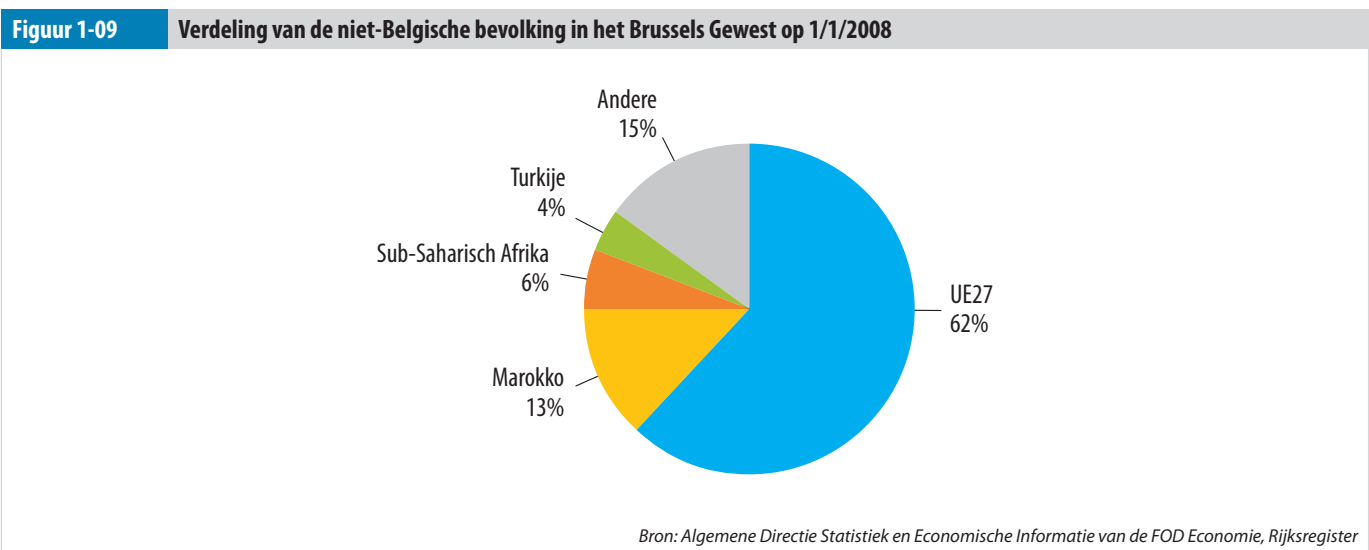
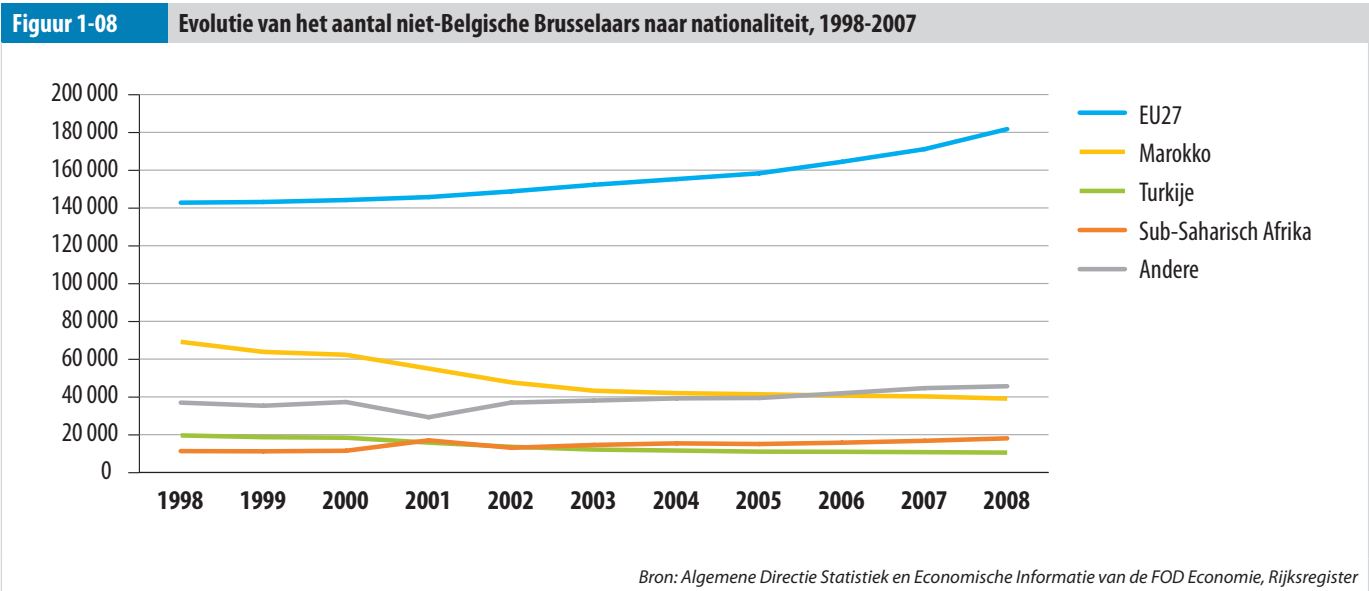


Bron: Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie van de FOD Economie, Rijksregister

1.3 BRUSSEL: EEN MULTICULTURELE STAD

Op 1 januari 2008 telde het Brussels Gewest officieel 28,1 % inwoners met een vreemde nationaliteit. Dit percentage stijgt jaarlijks lichtjes sinds 2001. De grootste stijging stellen we vast bij mensen uit een land van de Europese Unie (EU27).

Op 1 januari 2008 vertegenwoordigden zij 61,6 % van de Brusselse niet-Belgische bevolking. Het aantal personen met de Marokkaanse en Turkse nationaliteit blijft dalen, voornamelijk als gevolg van het verkrijgen van de Belgische nationaliteit voor de nieuwe generaties (figuur 1-08).

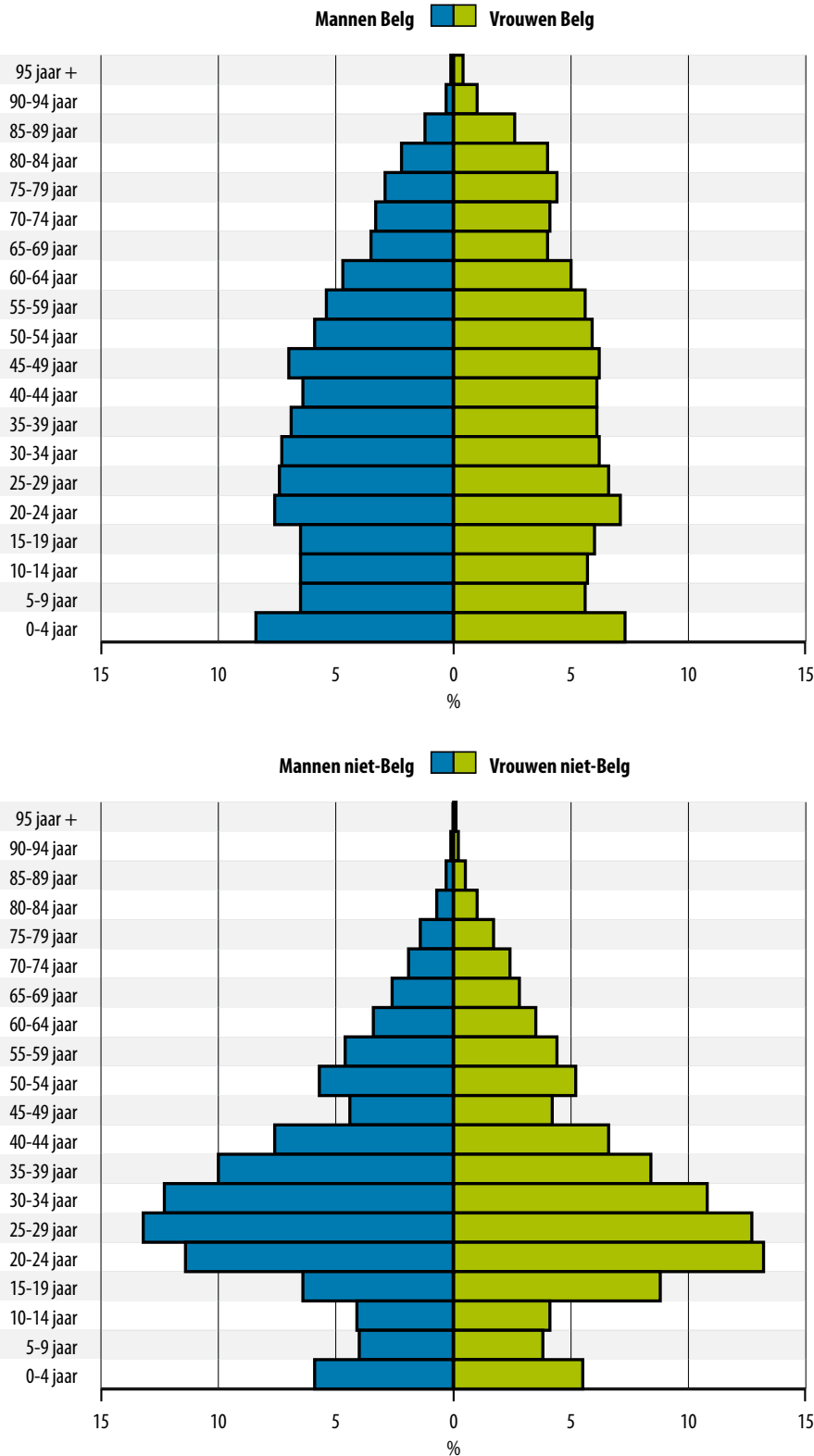


Bijna twee derde van de niet-Belgen die officieel in Brussel wonen, is afkomstig van een van de 27 lidstaten van de EU.

De structuur van de Belgische en niet-Belgische bevolking volgens leeftijd verschilt enorm: bij de niet-Belgen is het aantal jongvolwassenen groter en het aantal ouderen kleiner. We zien echter mettertijd dat de basis van de

piramide bij de niet-Belgen smaller wordt, en breder bij de Belgen. Dit fenomeen kan onder meer worden verklaard doordat de kinderen van de derde generatie migranten automatisch de Belgische nationaliteit krijgen.

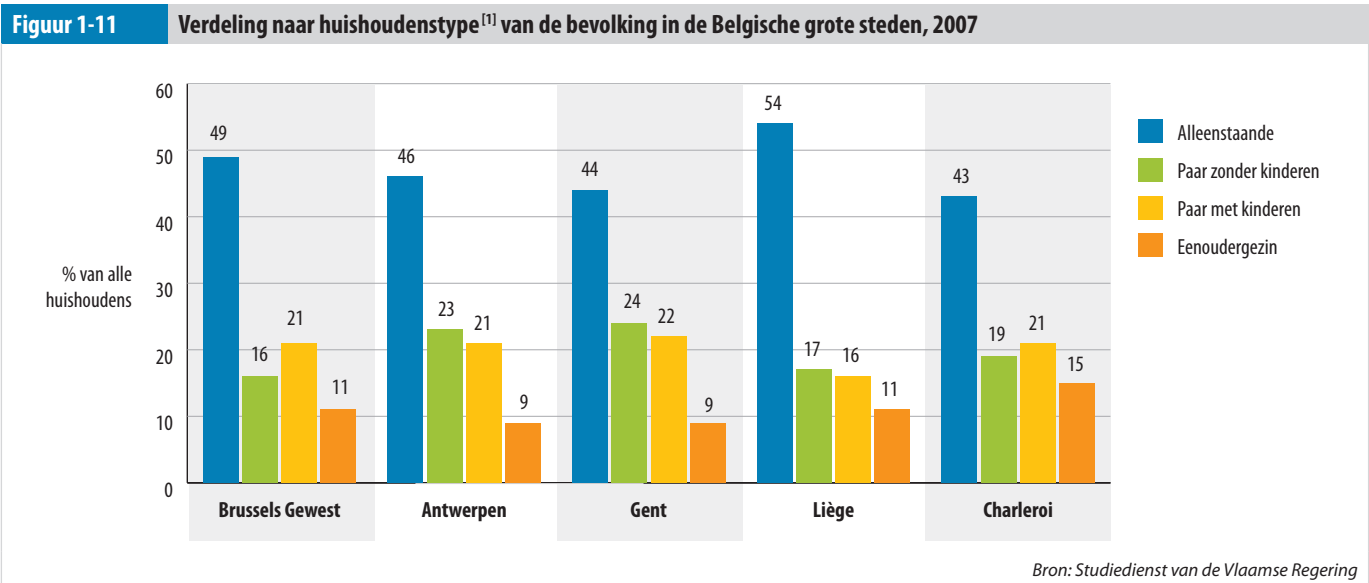
Figuur 1-10 **Histogram van de Belgische en niet-Belgische bevolking in het Brussels Gewest op 1/1/2008**



Bron: Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie van de FOD Economie, Rijksregister

1.4 SOORTEN HUISHOUDENS

Wat het aandeel alleenstaanden betreft, komt het Brussels Gewest op de tweede plaats, na Luik. Het aandeel eenoudergezinnen is in beide steden gelijk, na Charleroi.



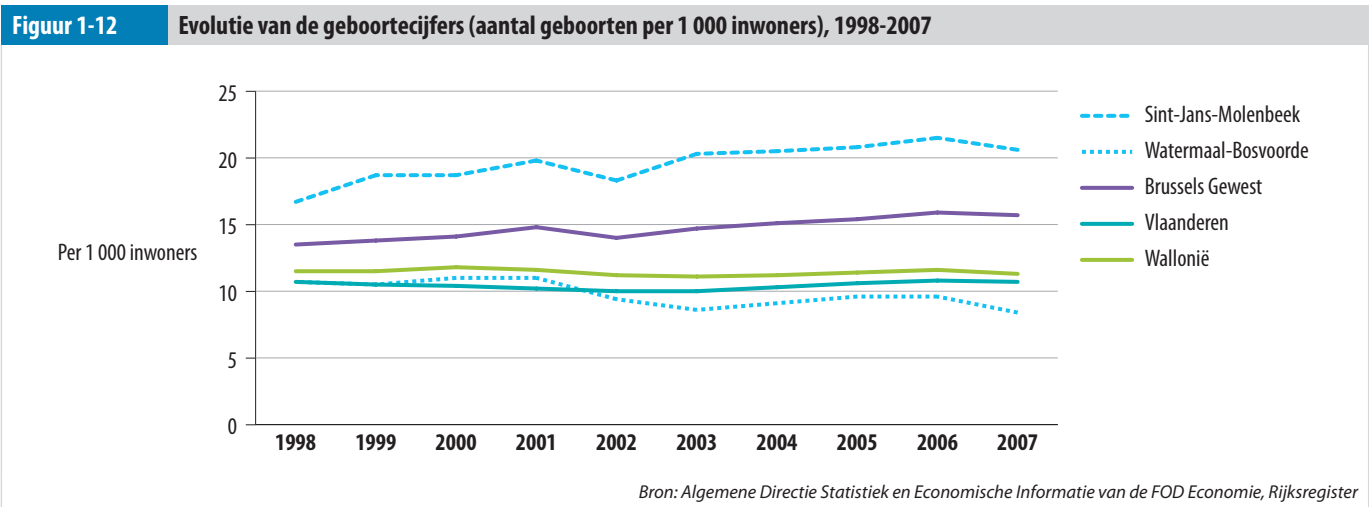
1.5 GEBORTECIJFER

Het *geboortecijfer** in het Brussels Gewest stijgt voortdurend.

De geboortecijfers in figuur 1-12 worden berekend op basis van het Rijksregister dat wordt samengesteld op basis van de bevolkingsregisters van de gemeenten (woongemeente). Een andere bron met informatie over de geboorten zijn de statistische formulieren voor geboorte, die worden ingevuld door de gezondheidswerkers en de diensten van de burgerlijke stand van de gemeente van geboorte. Deze bron houdt rekening met alle geboorten, ongeacht het verblijfsstatuut van de moeder. Het aantal geboorten dat via deze bron wordt geregistreerd ligt dus veel hoger dan het

aantal dat door het Rijksregister wordt geregistreerd (+1 456 geboorten in 2007).

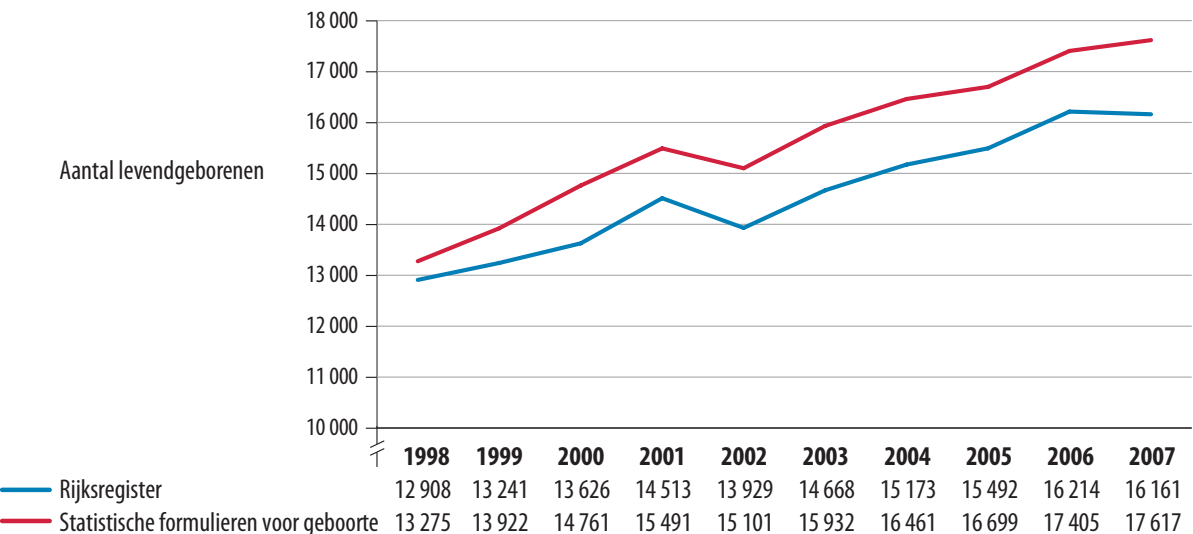
In 2007 had meer dan de helft van deze niet in het Rijksregister geregistreerde geboorten betrekking op inwoners van Brussel-Stad, Schaarbeek, Anderlecht en Elsene. Deze geboorten hebben enerzijds betrekking op kinderen van wie de moeder in het wachtregister is ingeschreven (138 geboorten in 2007 en 114 in 2008) en anderzijds op bijzondere situaties (zie tabel 1-01). Verhoudingsgewijs zijn ze in de gemeenten Sint-Pieters-Woluwe, Sint-Joost-ten-Node, Etterbeek en Brussel-Stad goed voor 10 % van de geboorten.



¹ In de figuur werden alleen de vier vaakst voorkomende huishoudentypes opgenomen waardoor de som van de percentages geen 100 % bedraagt.

Figuur 1-13

Evolutie van het aantal Brusselse levendgeborenen volgens het Rijksregister en volgens de statistische formulieren voor geboorte^[2], 1998-2007



Bron: Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie van de FOD Economie, Rijksregister en Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Statistische formulieren voor geboorte

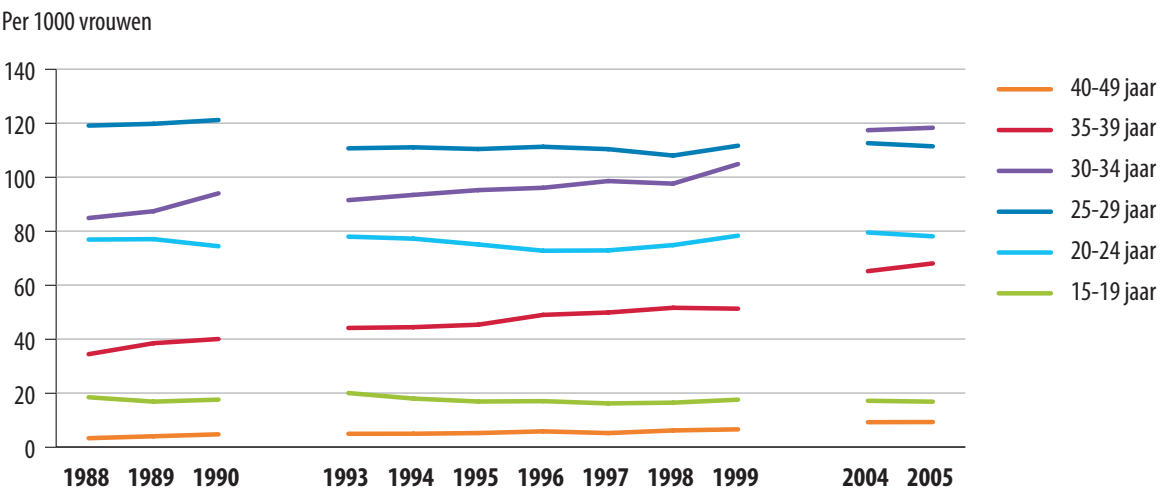
De sociodemografische kenmerken van de geboorten in Brussel kunnen alleen worden geanalyseerd aan de hand van de statistische formulieren voor geboorte. Voor het vervolg van dit rapport zal dus deze bron worden gebruikt.

Het vruchtbaarheidscijfer daalt voor vrouwen onder de 20 jaar, terwijl het sterk stijgt voor vrouwen boven de 30 jaar. Het vruchtbaarheidscijfer voor 40-plussers is tussen 1988 en 2005 verdrievoudigd.

Het hogere geboortecijfer in het Brussels Gewest ten opzichte van de andere gewesten is te wijten aan een hoger vruchtbaarheidscijfer*, maar vooral aan een groter aandeel jongvolwassen in de vruchtbare leeftijd.

Figuur 1-14

Evolutie van de vruchtbaarheidscijfers per leeftijdsgroep in het Brussels Gewest, 1988-2005

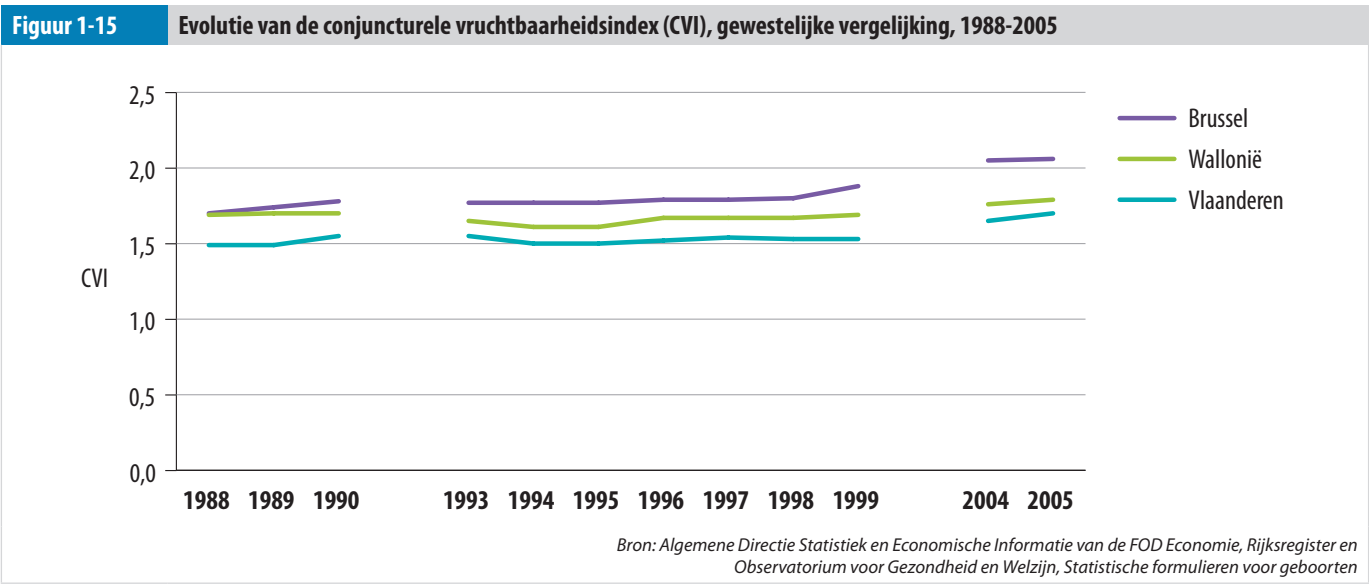


Bron: Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie van de FOD Economie, Rijksregister en Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Statistische formulieren voor geboorten

² Het verschil tussen beide bronnen is onderschat voor de jaren 1998 en 1999 omdat de formuliergegevens van geboorten van Brusselse baby's in Wallonië voor deze jaren nog niet beschikbaar waren op het moment van de redactie van dit rapport; zij vertegenwoordigen ongeveer 1,5 % van de Brusselse geboorten.

Dankzij de *conjuncturele vruchtbaarheidsindex** krijgen we een beeld van het gemiddeld aantal kinderen dat een vrouw van de bevolkingsgroep in kwestie in haar vruchtbare periode zou hebben (als ze op elke leeftijd dezelfde

vruchtbaarheid zou hebben als diegene die voor deze leeftijd werd genoteerd in de loop van het bestudeerde jaar). Het verschil tussen Brussel en de andere gewesten is toegenomen tussen het einde van de jaren 90 en 2004.

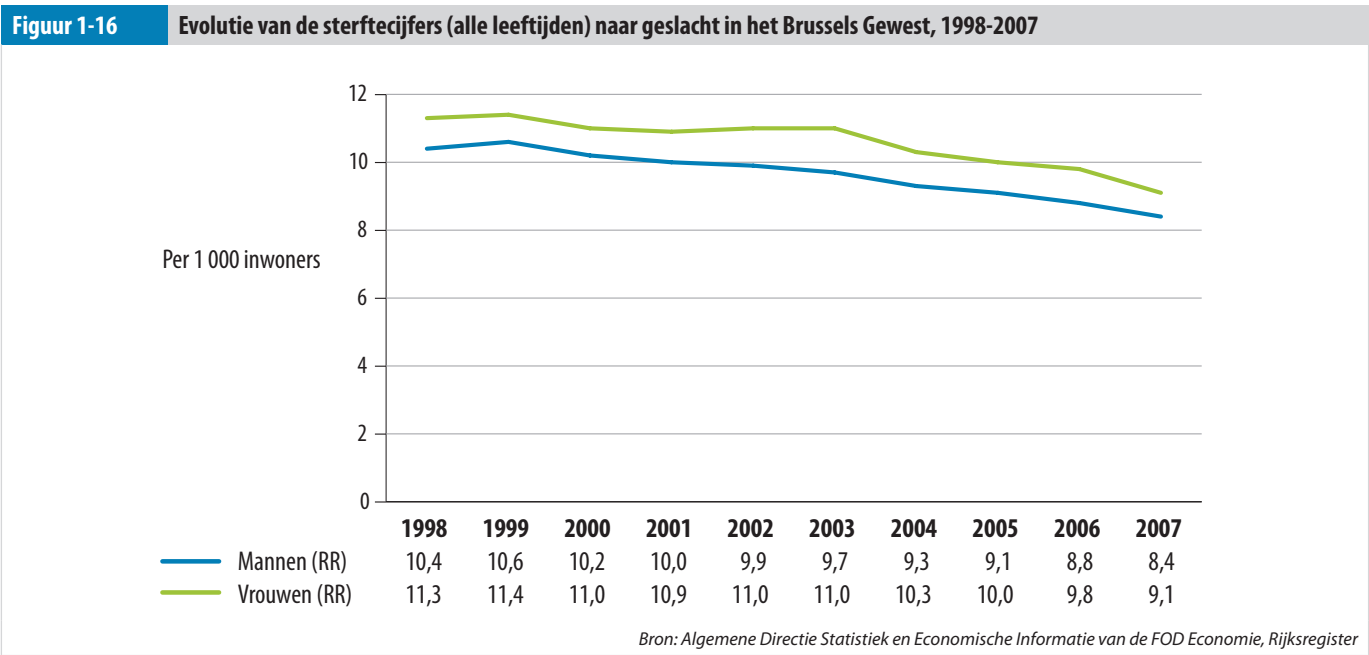


Het hoger geboortecijfer in het Brussels Gewest ten opzichte van de andere gewesten is voornamelijk toe te schrijven aan een groter aandeel jongvolwassenen op vruchtbare leeftijd. Het vruchtbaarheidscijfer voor vrouwelijke 40-plussers is tussen 1988 en 2005 verdrievoudigd.

1.6 MORTALITEIT

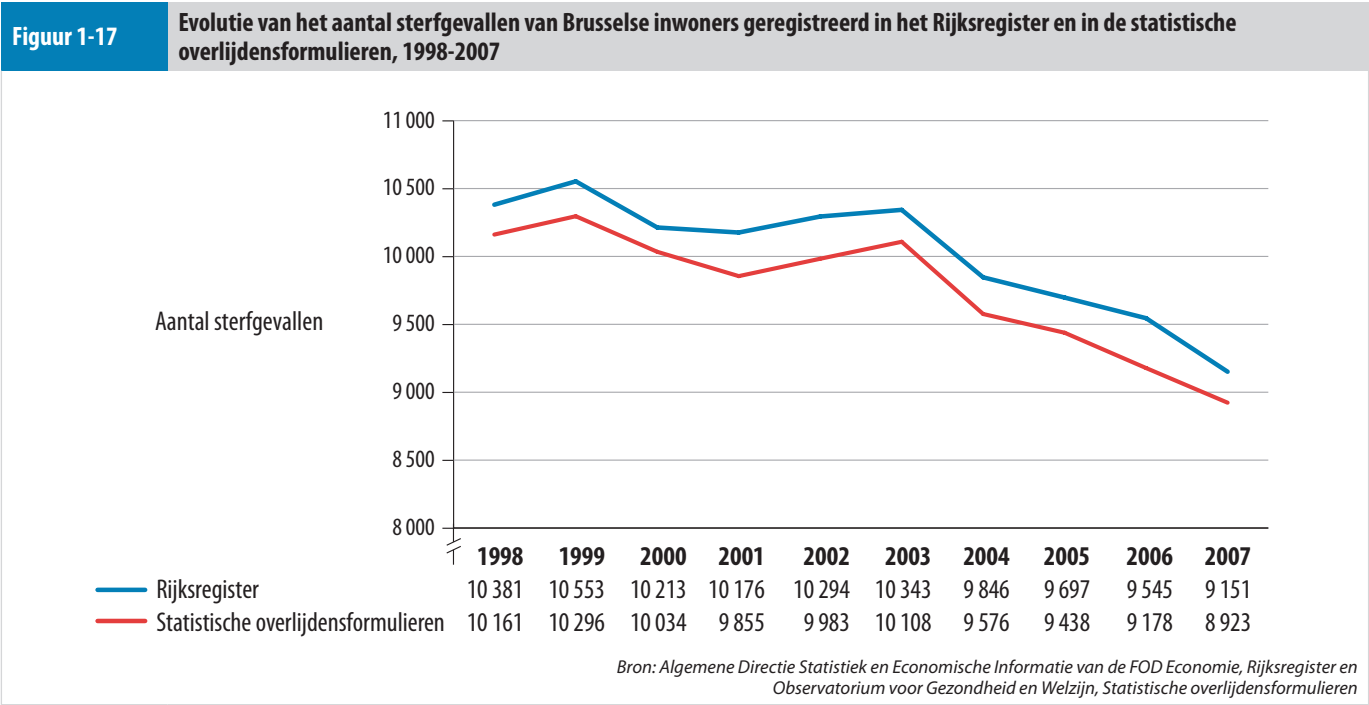
1.6.1 Algemeen sterftecijfer

Het algemeen sterftecijfer blijft dalen. Dat van vrouwen is groter dan dat van mannen, omdat de bevolking meer bejaarde vrouwen telt.



In tegenstelling tot wat men bij de geboorten ziet, ligt het aantal sterfgevallen dat via de statistische formulieren wordt geregistreerd lager dan het aantal dat via het Rijksregister wordt geregistreerd. Dit verschil wordt grotendeels

verklaard doordat sterfgevallen van Brusselaars in Wallonië^[3] of in het buitenland^[4] niet in de statistische formulieren van Brussel worden opgenomen.



Voor een gedetailleerdere analyse van het sterftecijfer (per leeftijd, oorzaak, enz.) wordt in dit rapport gebruik gemaakt van de statistische formulieren voor het overlijden. De sterftecijfers worden lichtjes onderschat (voor 2007 bedraagt het algemeen sterftecijfer voor alle leeftijden berekend op basis van het Rijksregister 8,8 per 1000, terwijl het 8,6 per 1000 bedraagt op basis van de statistische formulieren).

De Brusselse sterftecijfers liggen onder het Europees gemiddelde voor de periode 2003-2007. De Brusselse cijfers, voor leeftijd gestandaardiseerd naar de Europese standaardpopulatie (ESR)* bedragen 792,9/100 000 voor mannen en 504,4/100 000 voor vrouwen (inclusief sterfgevallen van kinderen jonger dan een jaar); dat is iets hoger dan in Vlaanderen voor 2004-2006 (respectievelijk 750,5 en 470,2) (4).

Vergelijking van de gestandaardiseerde sterftecijfers in Brussel en in andere Europese regio's

De gestandaardiseerde cijfers voor mannen en vrouwen liggen aanzienlijk hoger in Brussel dan in andere stedelijke regio's zoals Ile de France of de regio van Madrid, hoger ook dan in Berlijn of Stockholm. Ze liggen eerder in de buurt van de cijfers voor Londen, Nederland of Luxemburg (3). Toch bevinden ze zich bij de cijfers van de 10 landen met de laagste sterftecijfers, na Finland en vóór het Verenigd Koninkrijk (5).

Aangezien de gestandaardiseerde cijfers rekening houden met de leeftijdsstructuur, kunnen de relatief lage sterftecijfers voor het Brussels Gewest niet worden verklaard door de leeftijdsstructuur van de bevolking. Het geografische verschil van gestandaardiseerde sterftecijfers weerspiegelt veeleer de sociaal-economische verschillen. De Europese regio's met de hoogste gestandaardiseerde sterftecijfers zijn sociaal-economisch achtergestelde regio's, zoals de landen uit Oost-Europa, Nord-Pas-de-Calais in Frankrijk, Schotland in het Verenigd Koninkrijk of Andalusië in Spanje.

Er is ook een invloed van de levensstijlen. De meeste regio's uit het zuiden van Europa hebben bijzonder lage sterftecijfers, voornamelijk voor vrouwen, dankzij een zeer lage cardiovasculaire mortaliteit die waarschijnlijk samenhangt met de mediterrane voedingsgewoonten (olijfolie, groenten, fruit, vis, en matige consumptie van melkproducten en vlees...). Het sterftecijfer in Brussel is het resultaat van zowel negatieve (groot aandeel armen) als positieve factoren (groot aandeel personen uit mediterrane landen).

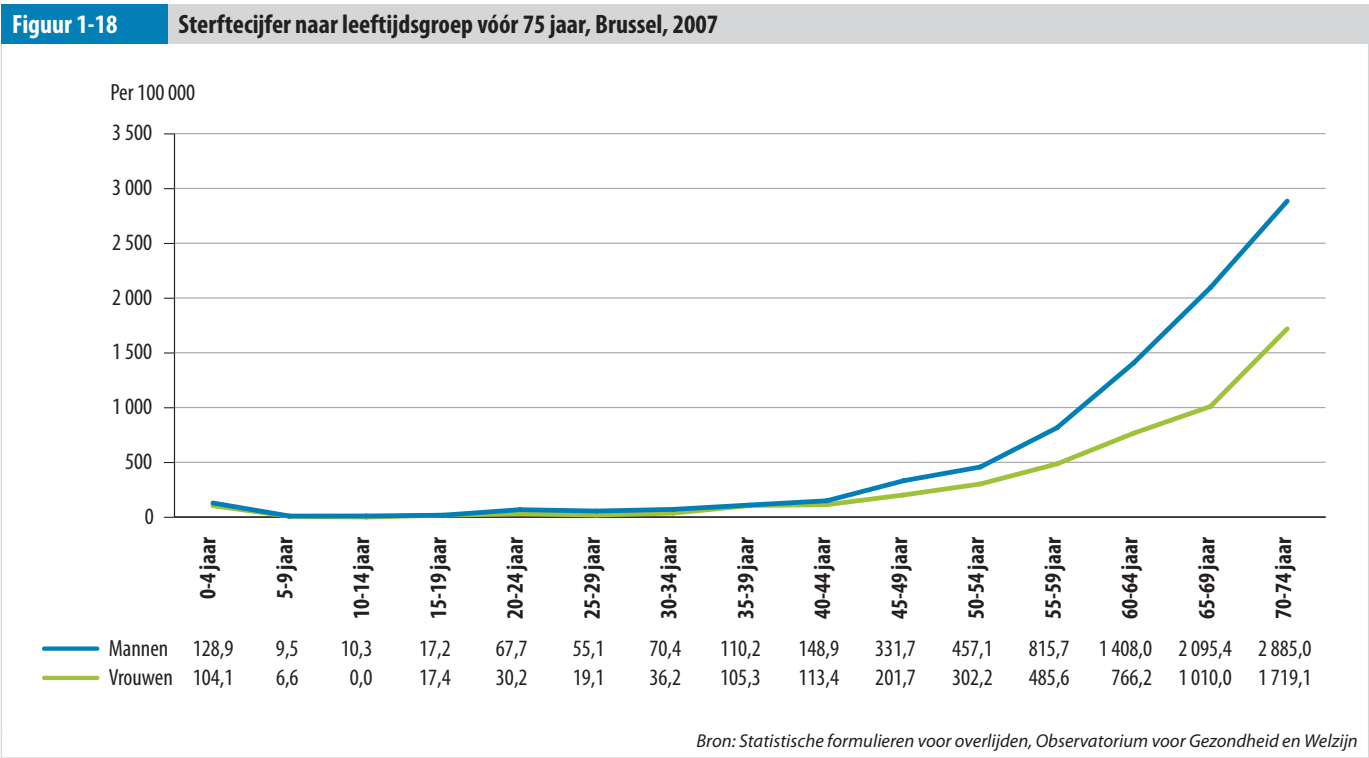
3 Op het moment van publicatie beschikken we nog niet over alle gegevens omtrent overlijdens van Brusselaars in Wallonië. In 2004 waren dat er 212, ofwel 2,2 % van de via de formulieren geregistreerde sterfgevallen.

4 Het betreft hier vaker niet-Belgen.

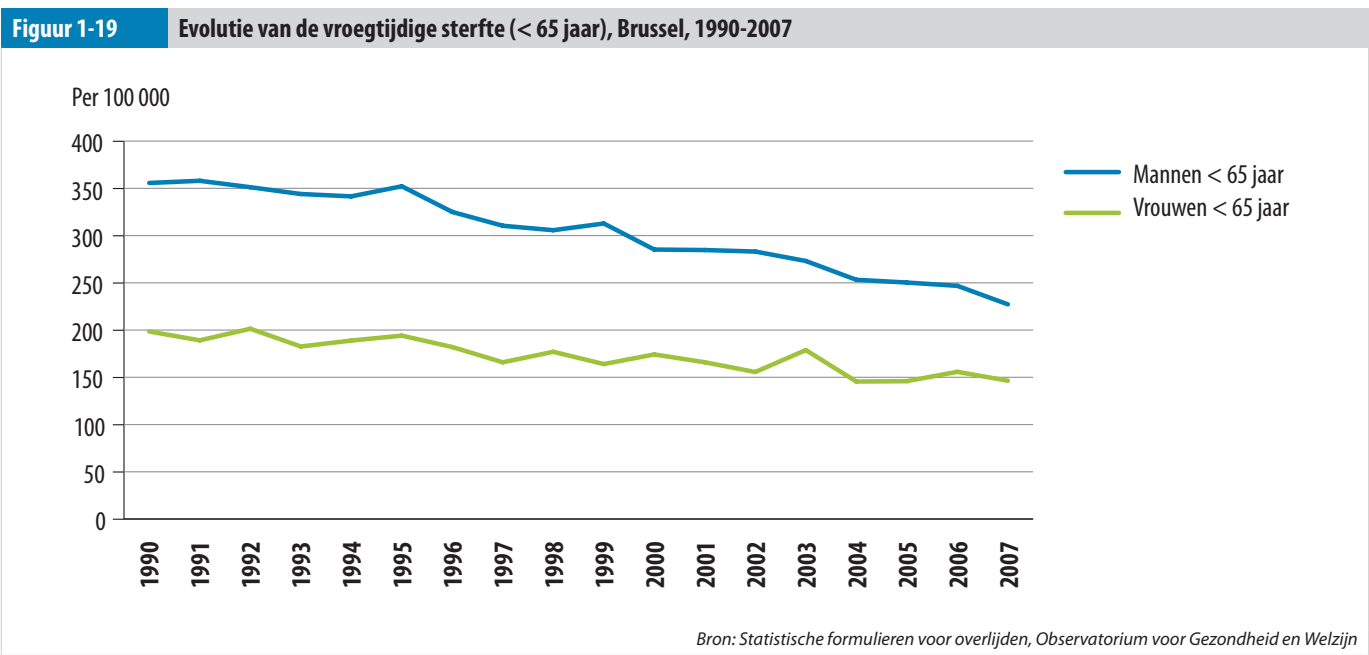
1.6.2 Vroegtijdig overlijden

Over het algemeen spreekt men van vroegtijdig overlijden bij sterfgevallen vóór de leeftijd van 65 jaar. Steeds meer worden evenwel alle sterfgevallen vóór de leeftijd van 75 jaar als vroegtijdig beschouwd.

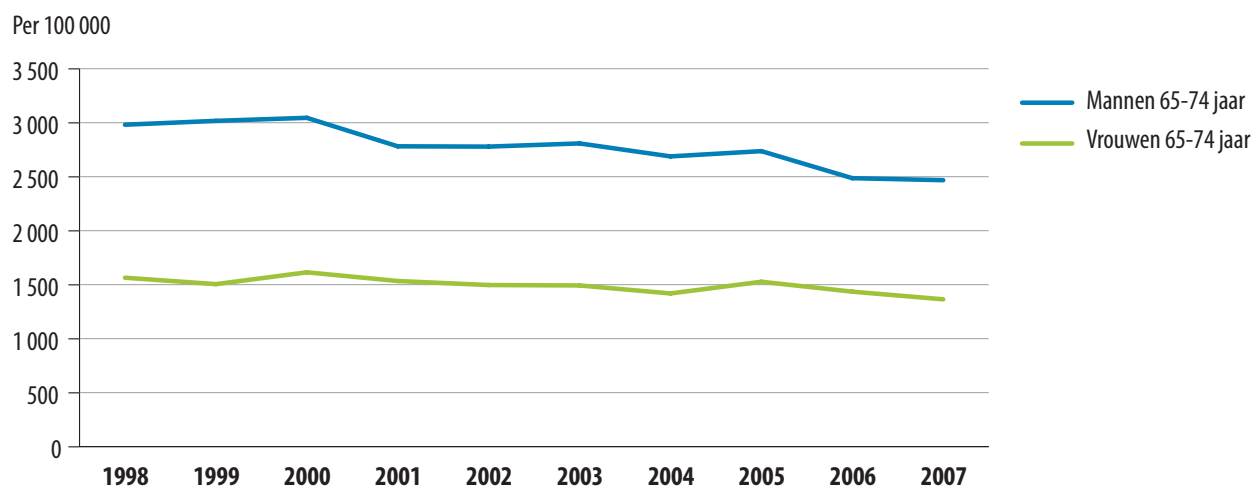
De sterftecijfers stijgen met de leeftijd, behalve in de kindertijd: de sterftecijfers voor de 5- tot 14-jarigen zijn het laagst. In elke leeftijdscategorie liggen de sterftecijfers voor mannen hoger dan die voor vrouwen.



De mortaliteit vóór 65 jaar daalt voortdurend sinds 1990, in het bijzonder bij mannen (figuur 1-19). Ook de mortaliteit van de categorie 65- tot 74-jarigen is in de afgelopen 10 jaar sterker gedaald bij mannen (figuur 1-20).



Figuur 1-20 Evolutie van de sterfte tussen 65 en 74 jaar, Brussel, 1998-2007



Bron: Statistische formulieren voor overlijden, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

De mortaliteit vóór 65 jaar daalt voortdurend sinds 1990, in het bijzonder bij mannen.

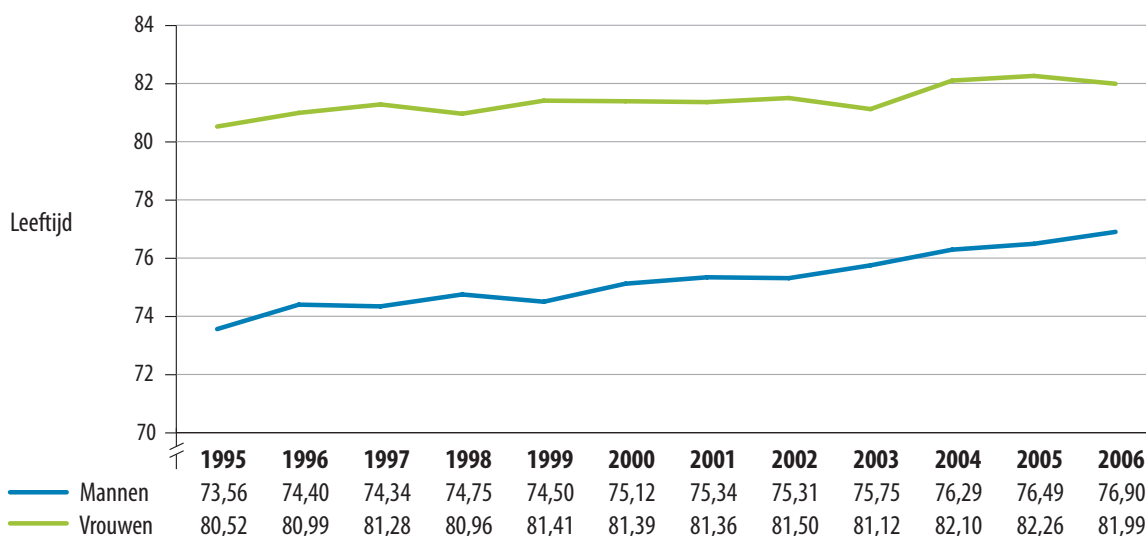
1.7 LEVENSV ERWACHTING

De levensverwachting bij de geboorte blijft toenemen, zowel in het Brussels Gewest als in het hele land.

Op basis van de gegevens van het Rijksregister bedroeg de levensverwachting in 2006 voor mannen 76,9 jaar en voor vrouwen 82,0 jaar. Deze cijfers liggen dicht in de buurt van die voor het hele land: 77,0 voor mannen en 82,6 voor vrouwen.

Het verschil in levensverwachting bij de geboorte tussen mannen en vrouwen wordt kleiner: van 7,0 jaar in 1995 tot 5,1 jaar in 2006. In het Brussels Gewest is dit verschil het kleinst (5,2 jaar in Vlaanderen en 6,5 jaar in Wallonië in 2006).

Figuur 1-21 Evolutie van de levensverwachting naar geslacht, Brussel, 1995-2006

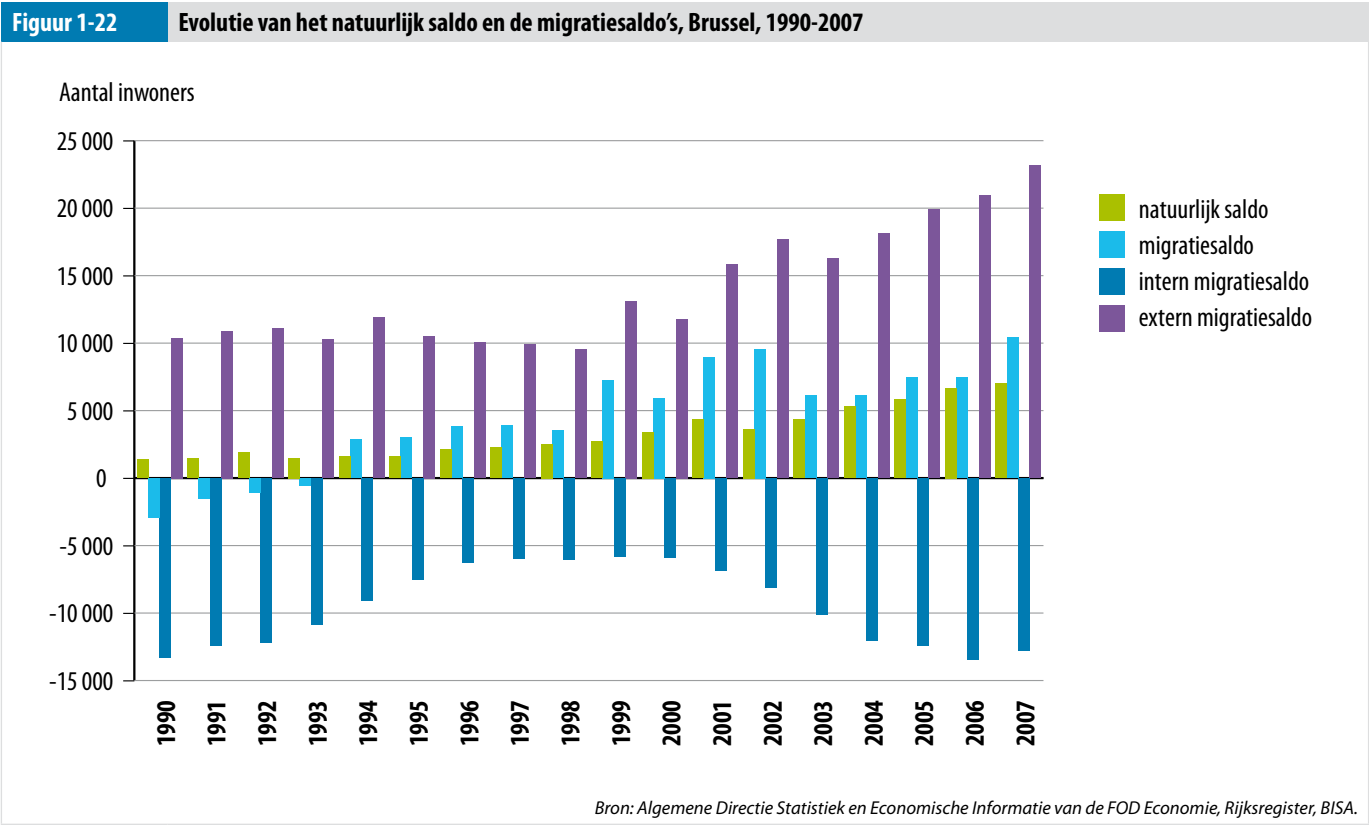


Bron: Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie van de FOD Economie

1.8 MIGRATIES

Het intern migratiesaldo (beweging van de bevolking tussen de rest van het land en het Brussels Gewest) bedroeg in 2007 -12 787 (78 010 mensen uit de rest van het land zijn zich in het Brussels Gewest komen vestigen, terwijl 90 797 Brusselaars het Gewest hebben verlaten voor een ander gewest van het land). Het extern migratiesaldo (beweging van de bevolking tussen de rest van de wereld en het Brussels Gewest) bedroeg +23 179 (34 992 personen uit een ander land zijn zich in het Brussels Gewest komen vestigen en 11 831 Brusselaars zijn naar het buitenland verhuisd) (1).

De integratie van verschillende bevolkingsbewegingen: geboorten, sterfgevallen en migraties resulteren in een voortdurende stijging van de Brusselse bevolking sinds 1999: het aantal geboorten ligt hoger dan het aantal sterfgevallen (positief natuurlijk saldo) en een positief (intern + extern) migratiesaldo. Deze verschillende bestanddelen worden weergegeven in figuur 1-22.



De voortdurende stijging van de Brusselse bevolking sinds 1999 kan worden verklaard door een geboortecijfer dat hoger ligt dan het sterftecijfer en door het grote aantal personen uit andere landen die zich in het Brussels Gewest hebben gevestigd.

2. Sociaal-economische context

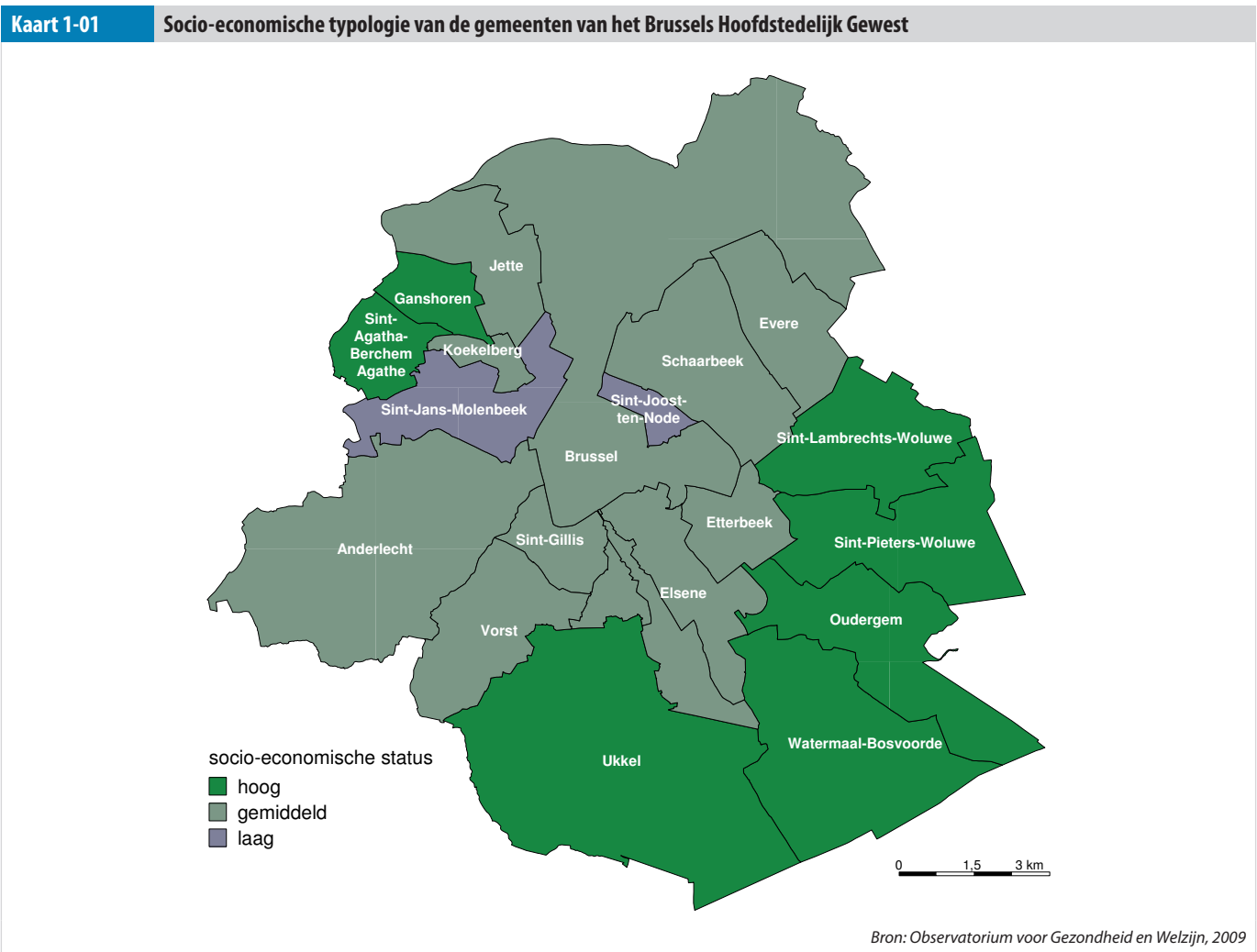
Meer dan een op de vier Brusselaars leeft onder de *armoederisicogrens** en het aantal mensen met een *leefloon** of met een gehandicaptenuitkering blijft stijgen. De werkloosheid blijft hoog, in het bijzonder bij de jongeren (6). Hoewel een groot deel van de bevolking in sociaal moeilijke omstandigheden leeft, trekt het Gewest ook hooggeschoolde jongvolwassenen aan. De bevolkingscategorie van de 50-plussers heeft gemiddeld een hoger opleidingsniveau dan het nationale gemiddelde.

Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is echter een stadsgewest met scherpe sociaal-economische tegenstellingen. Tot de 19 Brusselse gemeenten behoren de drie gemeenten met het laagste fiscale inkomen per inwoner van het land, terwijl slechts vijf gemeenten zich boven het nationaal gemiddelde bevinden.

Zelfs binnen elke gemeente zijn de sociaal-economische verschillen zeer uitgesproken. Ze werden geanalyseerd en in kaart gebracht in de Welzijns- en gezondheidsatlas van Brussel-Hoofdstad, gepubliceerd in 2006^[5] (7).

De sociale status is een belangrijke gezondheidsbepalende factor, daarom is een hoofdstuk van deze Gezondheidsindicatoren gewijd aan de analyse van het verband tussen sociale status en gezondheid in het Brussels Gewest.

Aangezien we om de sociale ongelijkheden ten opzichte van mortaliteit te analyseren niet over individuele sociaal-economische gegevens beschikken; hebben we gekozen voor een “ecologische” aanpak door aan iedere persoon het sociaal-economische niveau van zijn woongemeente toe te kennen. De 19 gemeenten werden onderverdeeld in drie



*De sociale status is een belangrijke gezondheidsbepalende factor.
Meer dan één op de vier Brusselaars leeft onder de armoederisicogrens
maar de socio-economische verschillen binnen het gewest zijn erg groot.*

5 Kan worden geraadpleegd op de website van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, www.observatbru.be

Referenties

groepen aan de hand van een *clusteranalyse** op basis van vijf variabelen: het aandeel huiseigenaars, het gemiddeld inkomen per inwoner, het percentage kinderen in een huishouden zonder inkomsten uit arbeid, het aandeel van de bevolking met een leefloon of een equivalent leefloon en het aandeel niet-werkende werkzoekenden.

Kaart 1-01 toont het resultaat van deze clusteranalyse.

Sint-Joost-ten-Node en Sint-Jans-Molenbeek scoren veel slechter op de vijf indicatoren dan de andere gemeenten. Deze twee gemeenten worden ondergebracht in de categorie "lage status". In de vorige editie van de gezondheidsindicatoren behoorde Sint-Gillis ook tot de armste gemeenten, maar intussen sluit het profiel van deze gemeente meer aan bij de middengroep.

De gemeenten met de hoogste socio-economische status scoren veel beter op de vijf indicatoren dan het Brusselse gemiddelde. Deze gemeenten bevinden zich in het zuidoosten van het gewest (Sint-Lambrechts-Woluwe, Sint-Pieters-Woluwe, Oudergem, Watermaal-Bosvoorde en Ukkel), maar ook Sint-Agatha-Berchem en Ganshoren sluiten aan bij deze groep.

De gemeenten in de middengroep hebben een profiel dat het best aansluit bij het gewestelijk gemiddelde.

- (1) Brussels Instituut voor Statistiek en Analyse. Statistische Indicatoren van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest – 2007, 2007-2009
- (2) Federaal Planbureau en Algemene directie Statistiek en Economische informatie. Bevolkingsvooruitzichten 2007-2060, 1-136, 2008
- (3) Eurostat. Health Statistics - Atlas on mortality in the European Union, 2003
- (4) Vlaams Gewest. Sterftecertificaten alle overlijdens: (<http://www.zorg-en-gezondheid.be/sterfteatlas.aspx>)
- (5) WHO Health for all Mortality database (jan 2009): www.who.int/healthinfo/morttables/en/index.html
- (6) Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, Welzijnsbarometer, Brussels armoederapport 2009, Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, 2009
- (7) Roesems T., De Spiegelaere M., Deboosere P., Wayens B., Kesteloot C., Willaert D., Gadeyne S., Slegers K., Van Cutsem S., Marissal P., Vanderhoffen C., and Charles J. Welzijns- en gezondheidsatlas van Brussel-Hoofdstad 2006, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, 2006

Deel II: Gezondheidstoestand

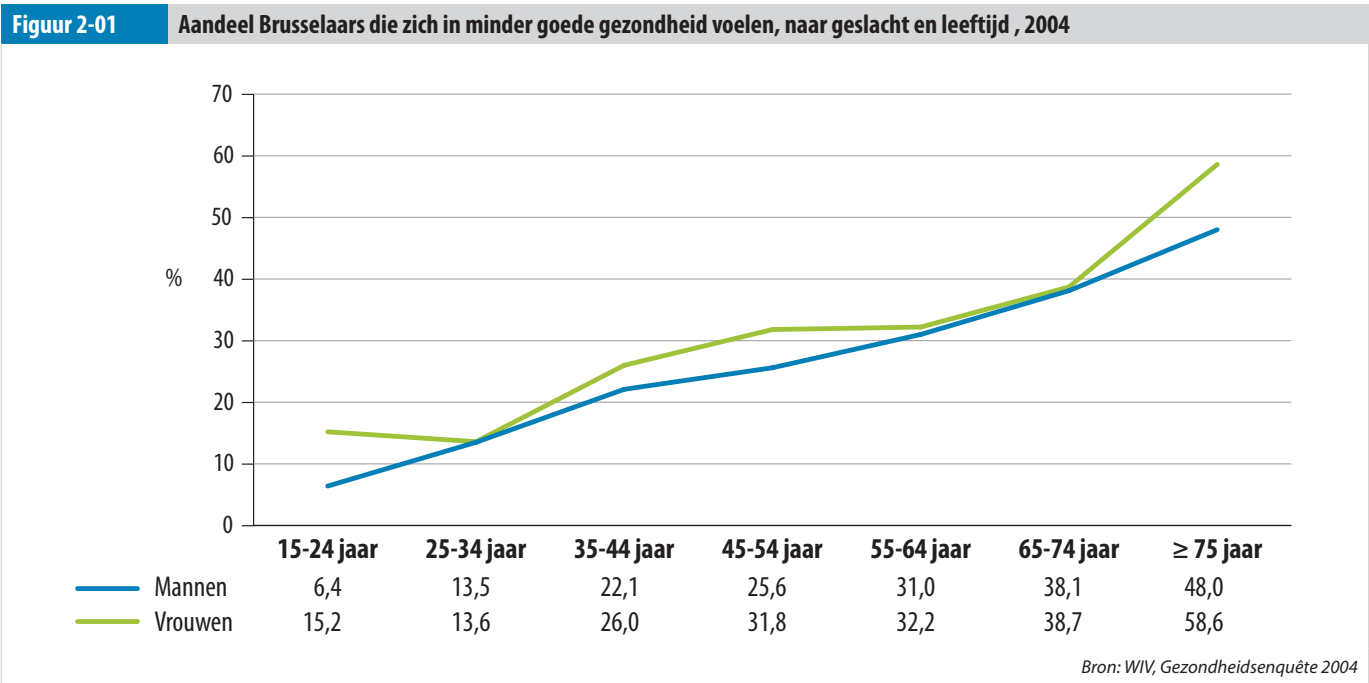
1. De inschatting van de eigen gezondheid

De “inschatting van de eigen gezondheid” is een begrip dat zowel het welzijn als de gezondheid in de ruime zin van het woord omvat^[1]; het wordt gebruikt als indicator van de algemene gezondheidstoestand van een bevolking.

25 % van de ondervraagde Brusselaars in de Nationale Gezondheidsenquête van 2004 meende dat zijn gezondheidstoestand niet bevredigend was (middelmatig, slecht of heel slecht) (1). Dit is quasi hetzelfde percentage als in 1997 (25 %) en 2001 (26 %).

Dit percentage neemt toe met de leeftijd en ligt significant hoger bij vrouwen dan bij mannen (28 % versus 23 %).

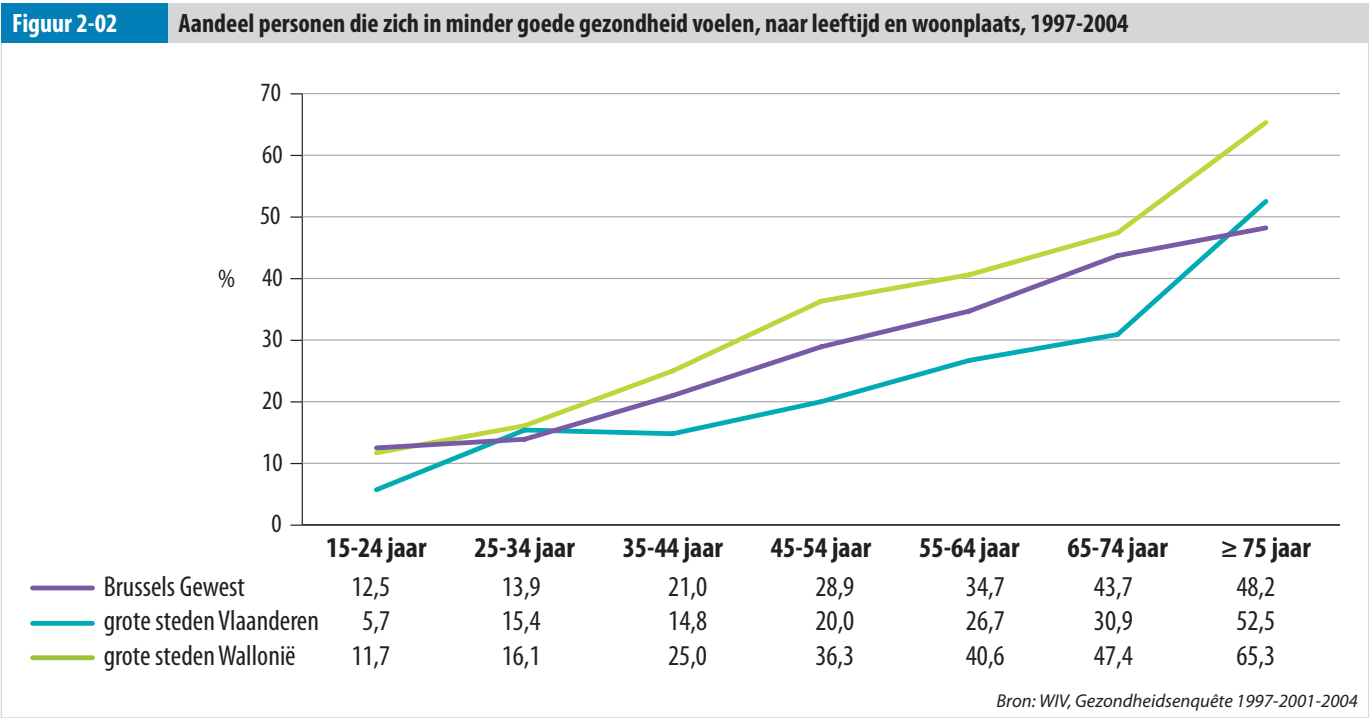
De verschillen tussen mannen en vrouwen zijn vooral merkbaar bij de allerjongsten – het percentage jonge meisjes dat de eigen gezondheidstoestand niet bevredigend vindt (15,2 %), ligt meer dan dubbel zo hoog als bij de jongens (6,4 %) – en bij de 75-plussers.



1 In de Welzijns- en Gezondheidsatlas van Brussel-Hoofdstad, in 2006 door het Observatorium gepubliceerd, vinden we een hoofdstuk gewijd aan deze indicator, een discussie over de geldigheid ervan en een gedetailleerde analyse van de waarden die voor Brussel werden waargenomen in de socio-economische enquête van 2001.

Jonge Brusselaars vinden vaker dat ze een slechte gezondheid hebben dan jongeren uit *grote steden** in Vlaanderen en Wallonië. Brusselaars ouder dan 75 vinden daarentegen minder vaak dan hun leeftijdsgenoten in de andere grote steden van het land (figuur 2-02) dat hun gezondheid slecht is. Voor alle andere leeftijdscategorieën

is het percentage mensen dat vindt dat ze een slechte gezondheid hebben het hoogst in de grote Waalse steden en het laagst in de grote Vlaamse steden. De analyse van de socio-economische enquête van 2001 toont dezelfde geografische verschillen waarvoor de verklaring complex kan zijn (2).



De subjectieve gezondheid schommelt ook sterk naargelang het behaalde onderwijsniveau, zowel voor mannen als voor vrouwen. Er worden tevens verschillen vastgesteld naargelang de nationaliteit, wat deels verklaard wordt door de verschillen in sociale status. De verschillen naargelang de sociale status en de nationaliteit worden toegelicht in Deel III “Determinanten van gezondheid”.

2. Doodsoorzaken

In Deel I werd vastgesteld dat het sterftcijfer in Brussel zich situeert tussen dat van de 10 Europese landen met het laagste sterftcijfer, maar dat het niettemin hoger ligt dan dat van andere grote stedelijke regio's in Europa, zoals Ile de France of Madrid. Dit middelmatige risico is zowel het resultaat van negatieve (aanzienlijk percentage arme mensen) als van positieve factoren (hoog percentage mensen afkomstig uit mediterrane landen).

2.1 STERFTE VAN ALLE LEEFTIJDEN

Om dit document niet te zwaar te maken, worden hier niet alle sterftcijfers en doodsoorzaken volgens de "samengevatte Europese lijst" van Eurostat hernomen. Deze cijfers kunnen echter wel worden geraadpleegd op

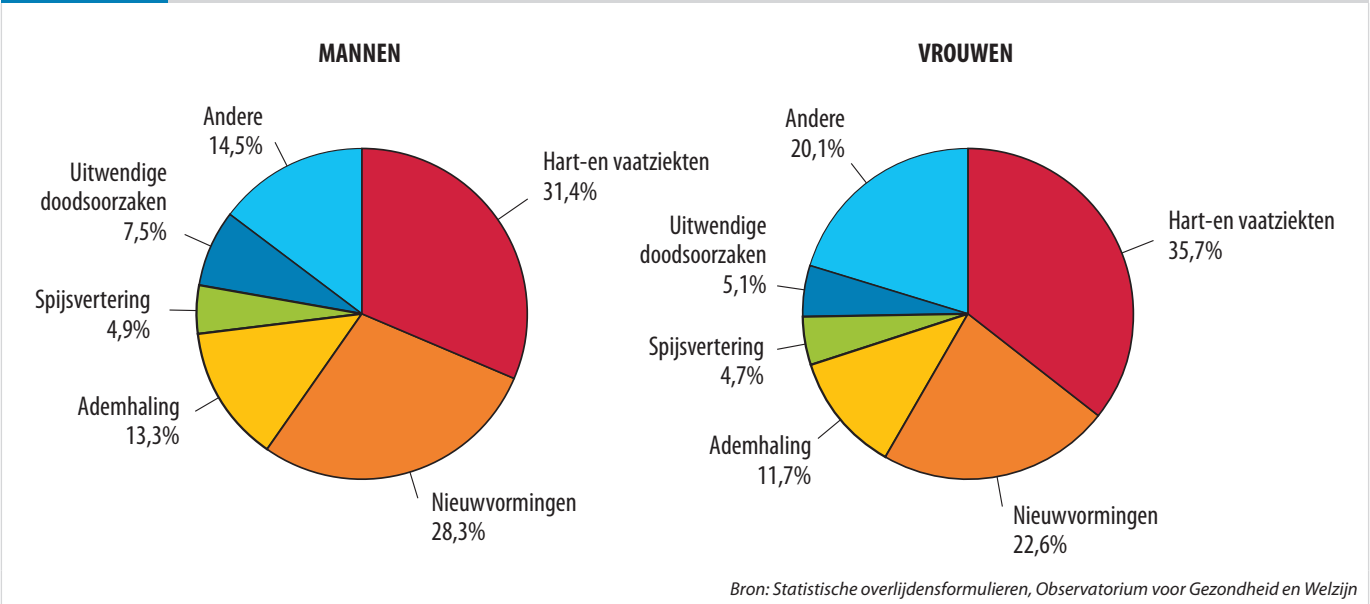
de website van het observatorium in het Deel "Indicatoren" (www.observatbru.be).

Waar nodig wordt de keuze verduidelijkt met verwijzing naar de Internationale Classificatie van Ziekten ICD-10 (3).

De belangrijkste doodsoorzaken blijven hart- en vaatziekten, die 32 % van de sterfgevallen veroorzaken, en kanker, verantwoordelijk voor 24 % van de sterfgevallen.

De verdeling van de belangrijkste doodsoorzaken verschilt lichtjes tussen mannen en vrouwen: het percentage sterfgevallen te wijten aan hart- en vaatziekten ligt hoger bij vrouwen, terwijl het percentage sterfgevallen te wijten aan kanker en uitwendige doodsoorzaken (ongevallen, zelfmoord en moord) hoger ligt bij mannen.

Figuur 2-03 Verdeling van de doodsoorzaken naar geslacht, Brussel, 2003-2007



In vergelijking met de periode 1998-2002 wordt een daling van het belang van hart- en vaatziekten vastgesteld, zowel bij mannen als bij vrouwen, en een daling van het aandeel sterfgevallen te wijten aan kanker bij mannen (4).

Hart- en vaatziekten blijven de belangrijkste doodsoorzaak voor de periode 2003-2007, maar in vergelijking met de periode 1998-2002 daalt het aandeel van deze oorzaak.

2.2 VROEGTIJDIG OVERLIJDEN

De belangrijkste doodsoorzaken verschillen naargelang de leeftijd (zie Deel IV “Levensloop”). Er wordt bijzondere aandacht besteed aan vroegtijdige overlijdens omdat deze sterfgevallen als “vermijdbaar” worden beschouwd.

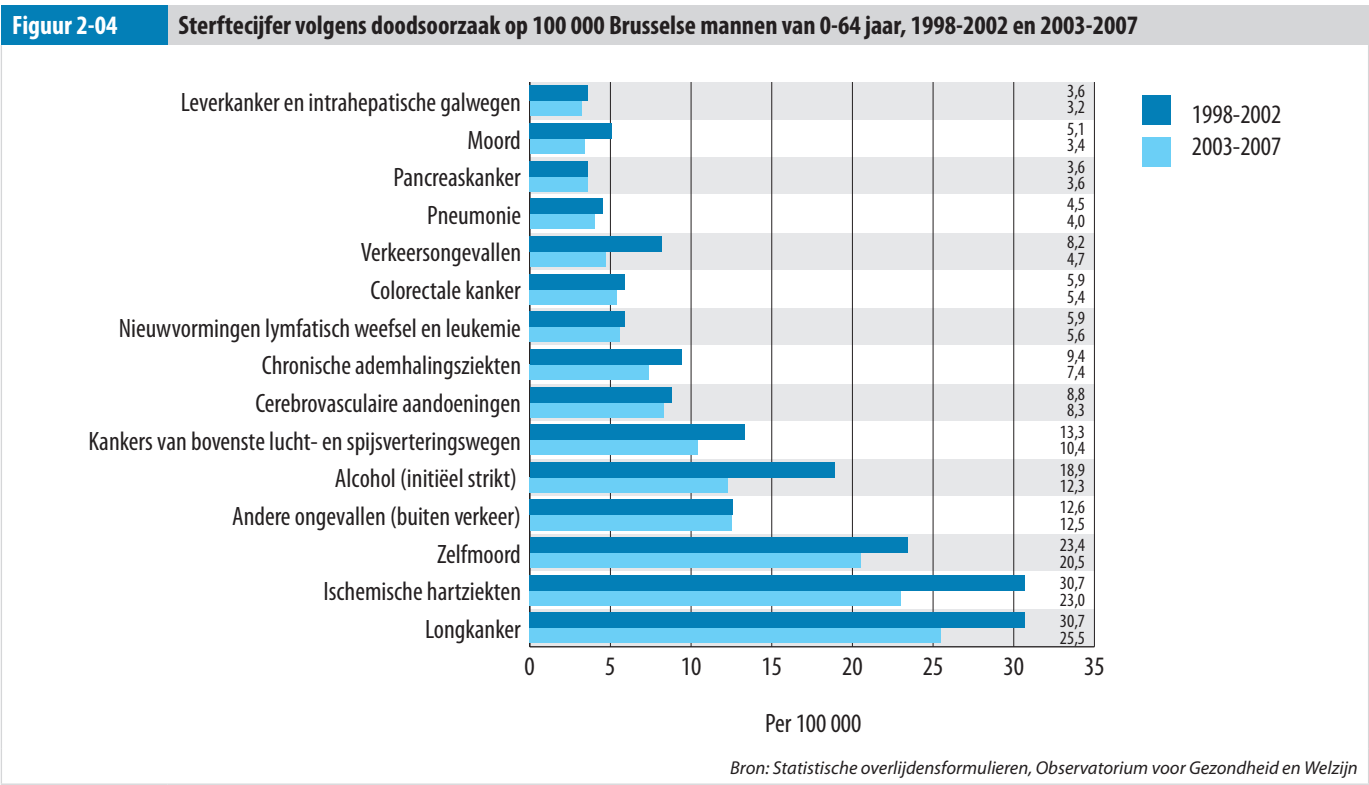
Vroegtijdige sterfgevallen omvatten gebruikelijk sterfgevallen vóór 65 jaar. Door de toegenomen levensverwachting en levensduur zonder lichamelijke beperkingen moeten ondertussen ook sterfgevallen vóór 75 als vroegtijdige sterfgevallen worden beschouwd. Daarom werden in dit hoofdstuk de belangrijkste doodsoorzaken vóór 65 en voor de leeftijdscategorie 65-74 jaar nauwkeurig geanalyseerd. Om de evoluties te meten, worden de cijfers van de periode 2003-2007 vergeleken met die van de periode 1998-2002, die werden voorgesteld in de vorige Gezondheidsindicatoren (4).

2.2.1 Mannen

Bij mannen noteert men een daling van het sterftecijfer voor de meeste van de belangrijkste oorzaken van vroegtijdig overlijden. Longkanker blijft de belangrijkste oorzaak van vroegtijdig overlijden.

De meest opmerkelijke dalingen worden teruggevonden bij verkeersongevallen, ischemische hartziekten, alcohol ^[2], en longkanker.

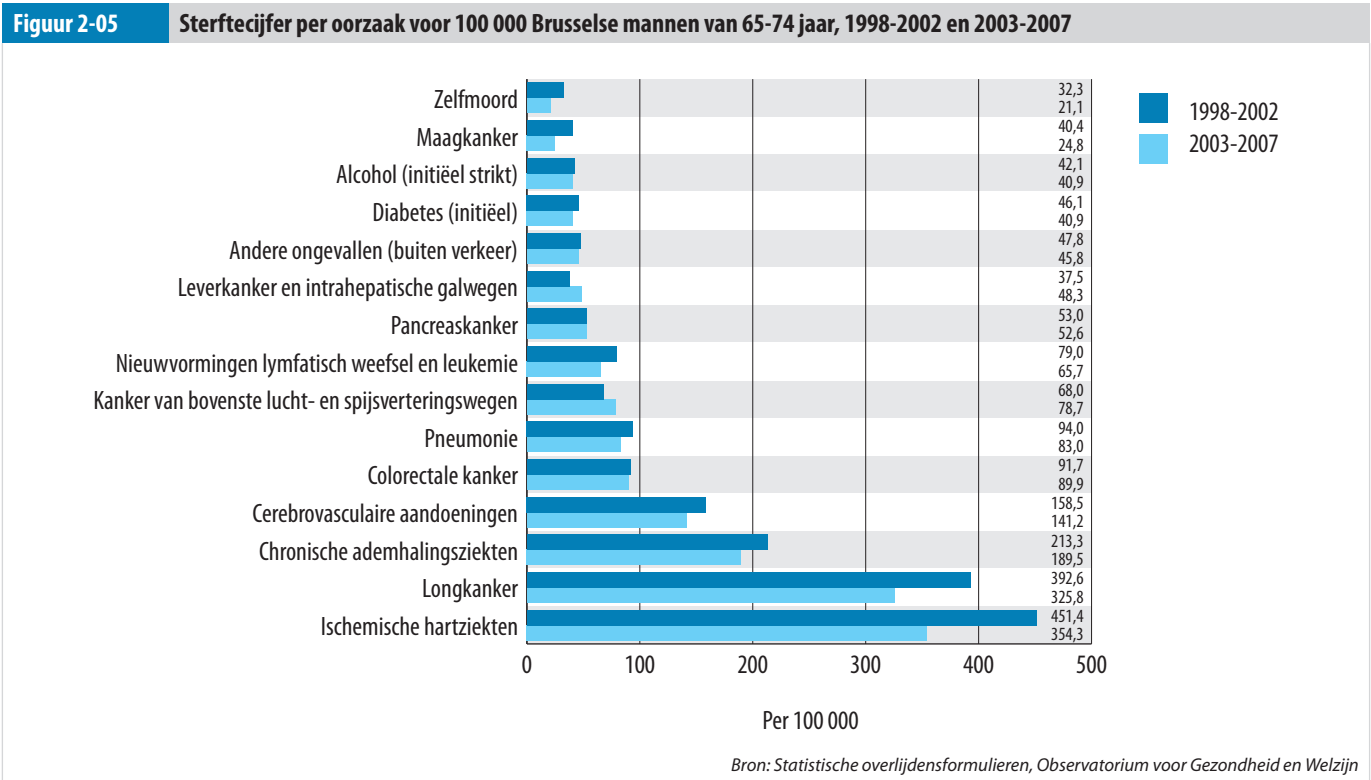
Voor ongevallen (andere dan in het verkeer) en pancreaskanker blijven de cijfers stabiel.



2 In deze tabel omvatten de sterfgevallen als gevolg van alcohol enkel die sterfgevallen veroorzaakt door een ziekte die specifiek is te wijten aan alcoholgebruik en die is vermeld als initiële oorzaak van het overlijden. De analyse van het sterftecijfer als gevolg van alcohol in een ruimere betekenis wordt voorgesteld in het hoofdstuk over chronische aandoeningen.

Voor mannen van 65 tot 74 wordt tevens een daling genoteerd van de cijfers van de belangrijkste doodsoorzaken, met uitzondering van kankers van de bovenste ademhalings- en spijsverteringswegen en van leverkanker.

De positie van de verschillende doodsoorzaken verschilt van die van de groep 0-64 jaar. Ischemische hartziekten komen het vaakst voor en chronische ademhalingsziekten staan op de 3^{de} plaats. Colorectale kanker bekleedt de 5^{de} positie. Diabetes ^[3] en alcoholgerelateerde aandoeningen in de nauwste zin van het woord maken nu deel uit van de top 15.



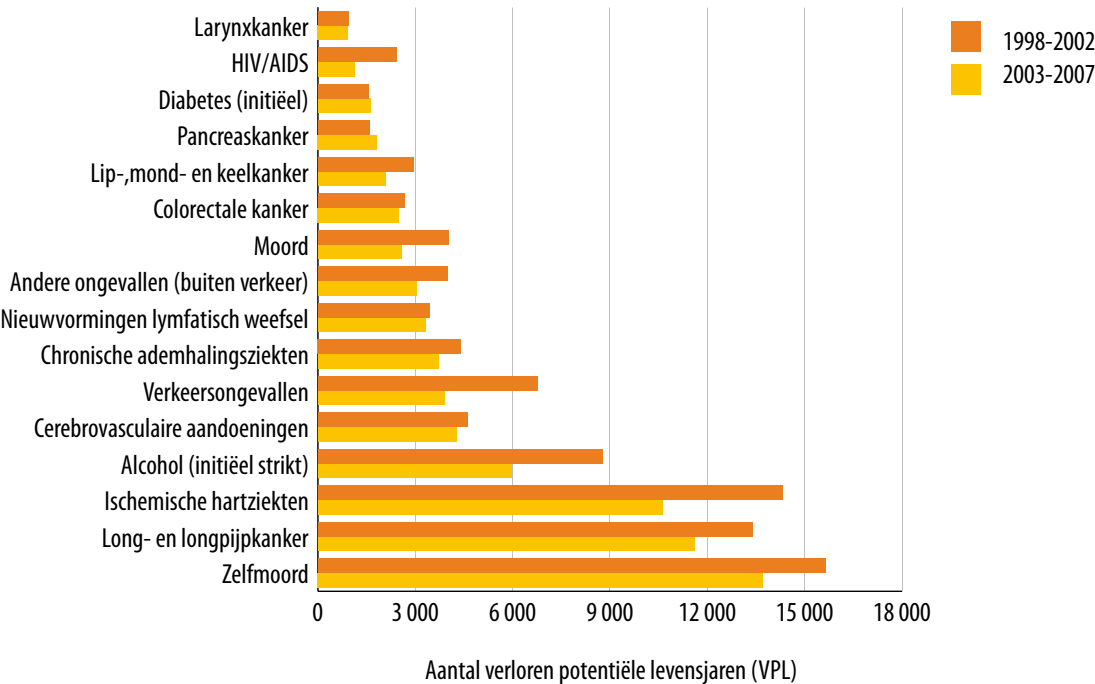
3 Om de verschillende doodsoorzaken te kunnen vergelijken, omvat de mortaliteit door diabetes enkel de sterfgevallen waarvoor diabetes als initiële oorzaak is aangewezen, waardoor het werkelijke percentage mortaliteit door diabetes wordt onderschat. In het hoofdstuk chronische aandoeningen wordt de mortaliteit door diabetes nauwkeuriger geanalyseerd en worden de sterfgevallen door diabetes vermeld in de meervoudige doodsoorzaken erin opgenomen. (Zie “Bronnen en methodologische toelichting” voor de classificatie van de sterfgevallen)

Een andere manier voor de analyse van de oorzaken van vroegtijdig overlijden is de evaluatie van hun aandeel in de verloren potentiële levensjaren (VPL) ^[4] vóór 75 jaar. Deze indicator houdt niet alleen rekening met het aantal sterfgevallen maar ook met de leeftijd op het ogenblik van het overlijden. Hoe vroeger het overlijden, hoe groter dus het aantal VPL.

Bij mannen is zelfmoord de belangrijkste oorzaak van verloren potentiële levensjaren, gevolgd door longkanker en ischemische hartziekten. Alcoholgerelateerde aandoeningen (in de nauwste definitie) staan op de vierde plaats.

In vergelijking met de voorgaande periode daalt het absolute aantal VPL voor alle belangrijke oorzaken, met uitzondering van diabetes en pancreaskanker.

Figuur 2-06 **Aantal verloren potentiële levensjaren vóór 75 jaar bij mannen, Brussel, 1998-2002 en 2003-2007**



Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

4 Voor de definitie van de VPL verwijzen we naar “Bronnen en methodologische toelichting”.

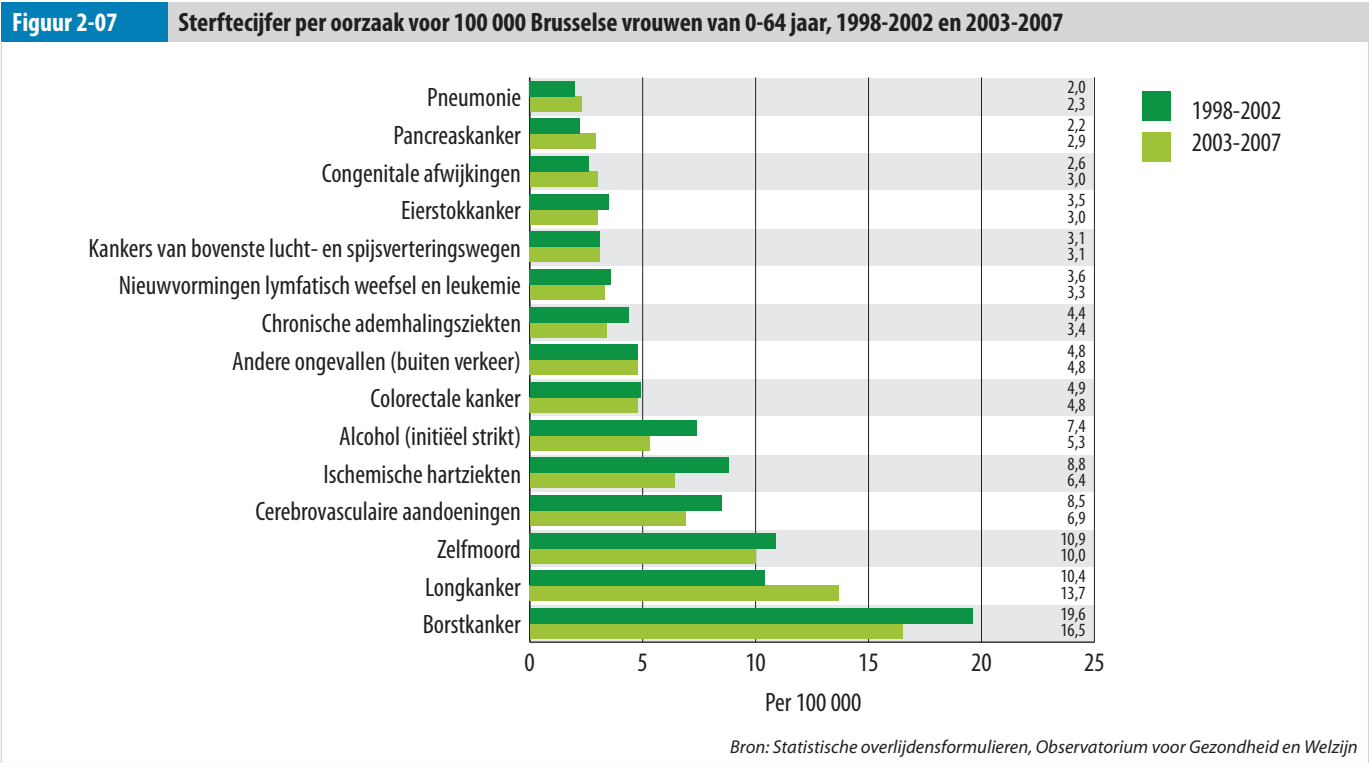
2.2.2 Vrouwen

Het vroegtijdige sterftcijfer bij vrouwen ligt aanzienlijk lager dan bij mannen; enkel 6 oorzaken hebben een hoger aantal dan 5 per 100 000.

Borstkanker blijft de belangrijkste oorzaak van vroegtijdig overlijden, zelfs al daalt ook dit percentage. Er wordt een grote stijging genoteerd van het sterftcijfer door

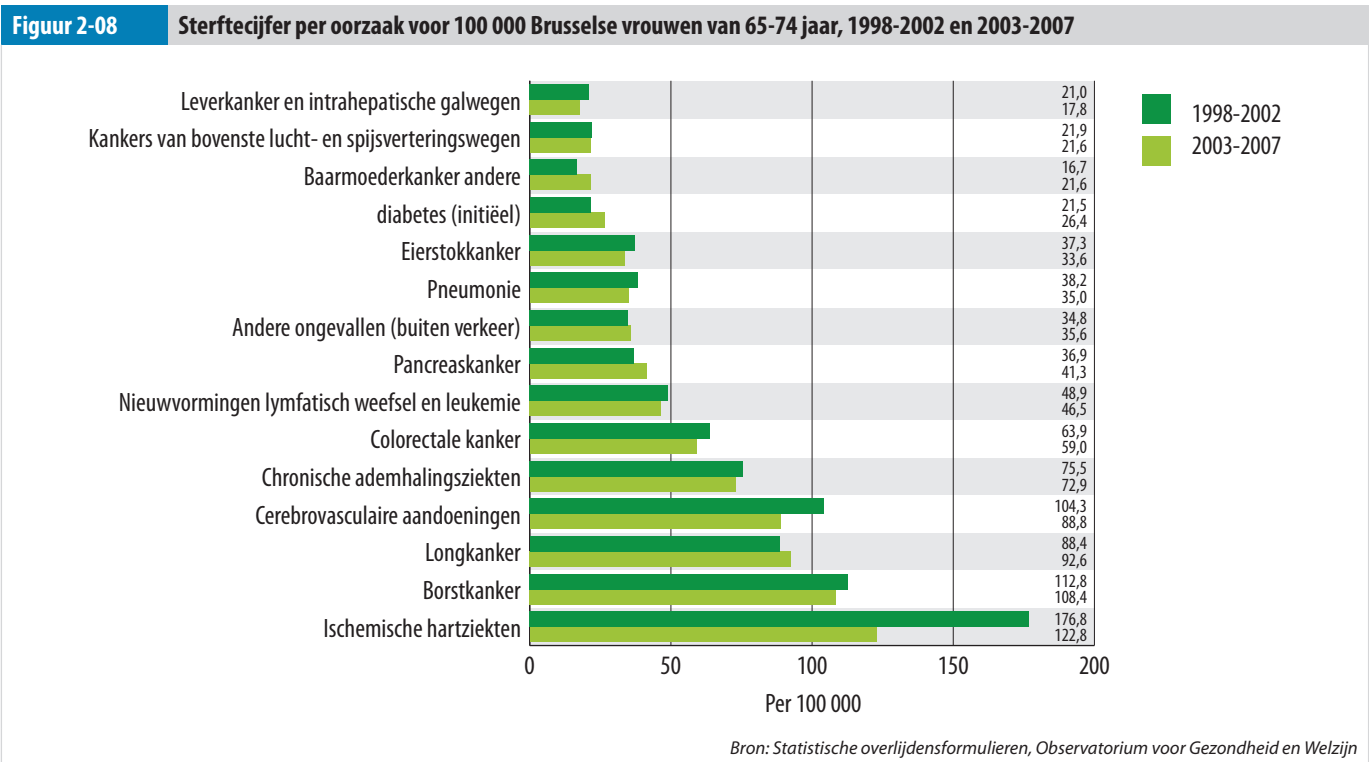
longkanker, die de tweede oorzaak van vroegtijdig overlijden bij Brusselse vrouwen wordt.

Terwijl de percentages van de meeste oorzaken dalen, blijven de percentages voor ongevallen (buiten het verkeer) net zoals bij mannen, stabiel.



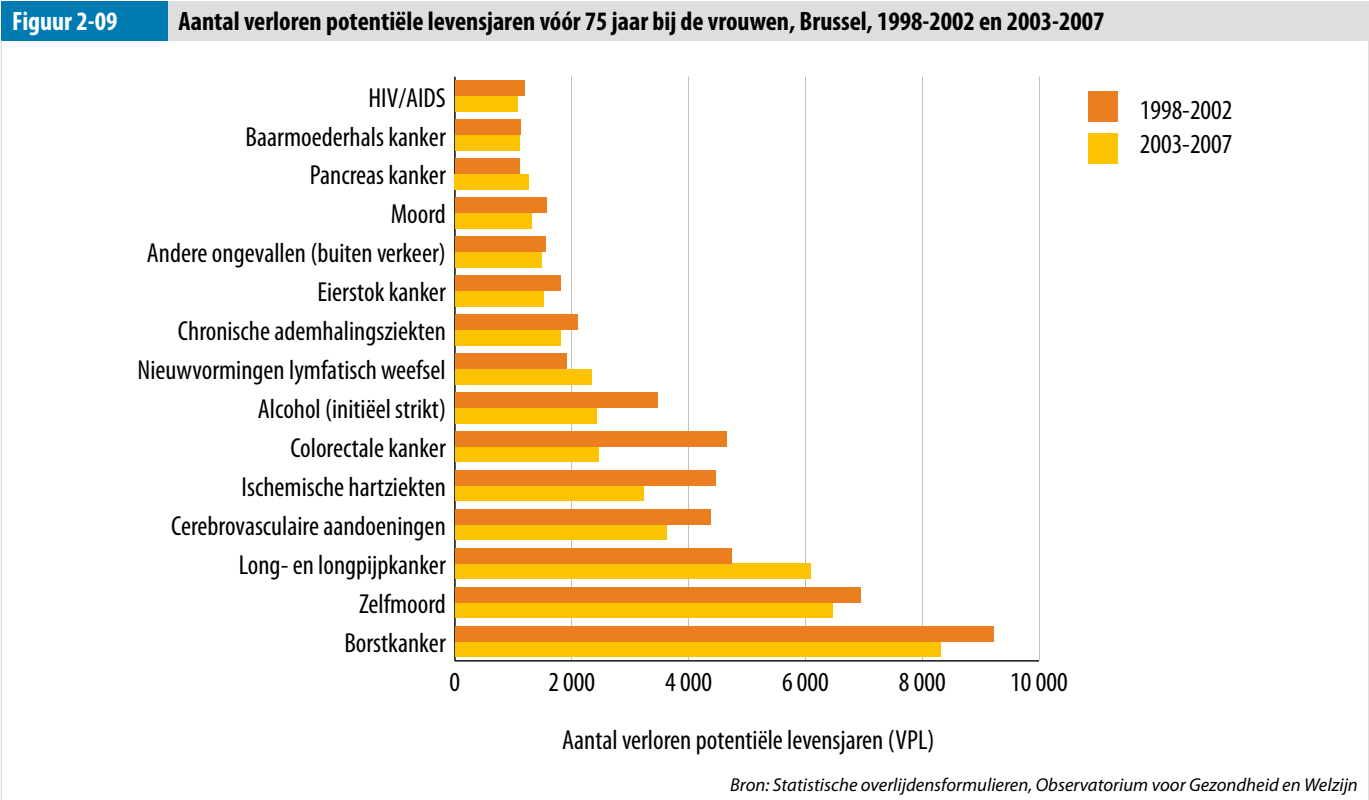
De categorie 65-74 jaar noteert een aanzienlijke daling van de mortaliteit door ischemische hartziekten. De mortaliteit

door long-, pancreas- en baarmoederhalskanker en door diabetes stijgt.



Borstkanker is de oorzaak van het grootste aantal verloren potentiële levensjaren vóór 75 jaar, vóór zelfmoord en longkanker.

Het absolute aantal VPL daalt voor de meeste oorzaken, maar stijgt sterk voor longkanker, en iets gematigder voor pancreaskanker, kanker van het lymfatisch weefsel en diabetes.



De belangrijkste oorzaak van vroegtijdig overlijden bij mannen is longkanker, bij vrouwen is dat borstkanker; deze sterftecijfers dalen evenwel tussen 1998-2002 en 2003-2007.

3. Chronische aandoeningen

3.1 OVERZICHT VAN DE AANDOENINGEN

3.1.1 De prevalentie van chronische aandoeningen

In de Gezondheidsenquête van 2004 verklaarde 24,6 % van de Brusselaars te lijden aan een chronische aandoening, een langdurige ziekte of een handicap (25,8 % in 1997; 25,3 % in 2001). Dit percentage neemt stelselmatig toe met de leeftijd en bedraagt 53 % van de mannen en 56 % van de vrouwen ouder dan 75 jaar. De meest vermelde chronische aandoeningen zijn allergieën^[5], rugproblemen, migraine en hoge bloeddruk. Meer dan 1 vrouw op 10 vermeldt ook artrose.

Op basis van het percentage mensen die lijden aan een chronische aandoening en voor deze aandoening behandeld worden door een arts (huisarts, specialist of beide), kan een ruwe schatting worden gemaakt van de ernst van de aandoening of op zijn minst van de aangevoelde^[6] zorgbehoeften. Het percentage dat medisch wordt opgevolgd ligt het laagst voor migraine en allergieën. Vrouwen rapporteren vaker dan mannen door een arts te worden behandeld voor rugkwalen, artrose, osteoporose, depressie of chronische vermoeidheid.

Tabel 2-01	Percentage van de Brusselaars die een chronische aandoening rapporteren in de afgelopen 12 maanden en percentage van deze groep die voor deze aandoening door een arts worden behandeld naar geslacht, Brussels Gewest, 2004			
	Mannen		Vrouwen	
	Prevalentie (%)	% behandeld door een arts	Prevalentie (%)	% behandeld door een arts
Aandoeningen van het bewegingsstelsel				
Ernstige rugaandoeningen	9,4	59,4	11,4	74,5
Artrose	5,2	58,5	11,3	74,5
Ontstekingsreuma, chronische artritis, reumatoïde artritis	3,8	72,3	8,6	67,3
Osteoporose	1,0	44,9	6,5	82,5
Cardiovasculaire aandoeningen				
Ernstige hartaandoeningen of infarct	3,1	91,6	2,6	95,3
Verhoogde bloeddruk	8,7	89,0	12,1	84,2
Aandoeningen van de ademhalingswegen				
Allergie	13,9	56,9	19,3	61,1
Astma	5,0	81,2	5,9	73,6
Chronische bronchitis	5,8	78,4	5,7	86,6
Andere aandoeningen				
Migraine	8,0	43,6	12,5	41,9
Depressie	5,3	51,9	7,1	81,6
Chronische vermoeidheid	4,8	55,0	6,9	70,8
Schildklierafwijkingen	1,2	83,5	5,8	83,8
Prostaatklasten	3,6	81,3		
Maagzweer of zweer dunne darm	4,9	79,2	4,8	76,4
Diabetes	3,0	90,8	4,2	87,4
Cataract	2,0	71,6	3,7	76,1
Glaucoom	1,9	87,0	2,2	84,5
Kanker	1,2	95,0	1,4	93,6

Bron: WIV, Gezondheidsenquête 2004

Het aantal Brusselaars dat verklaart aan een of meerdere chronische aandoeningen te lijden, verschilt, na standaardisatie voor leeftijd, niet veel van het aantal in de andere grote steden van het land, met uitzondering van de Waalse mannen, die verklaren vaker last te hebben van een of meerdere chronische aandoeningen.

Bijna een kwart van de Brusselaars - en meer dan de helft van de Brusselaars ouder dan 75 jaar - zegt te lijden aan een chronische aandoening, een langdurige ziekte of een handicap.

⁵ In de vragenlijst wordt het begrip allergie niet gespecificeerd, het kan dus gaan om zeer verschillende, goedaardige of ernstigere aandoeningen van de huid (eczema), de ademhalingswegen of het spijsverteringsstelsel.

⁶ Er bestaan zorgbehoeften die niet worden “aangevoeld” of waarvoor geen beroep wordt gedaan op zorg. Hiervoor zijn tal van redenen te geven: miskennen van de ernst van de aandoening of het niet kennen van de eventuele behandelingsmogelijkheden, hinderpalen voor de toegang tot zorg, enz.

3.1.2 Invaliditeit

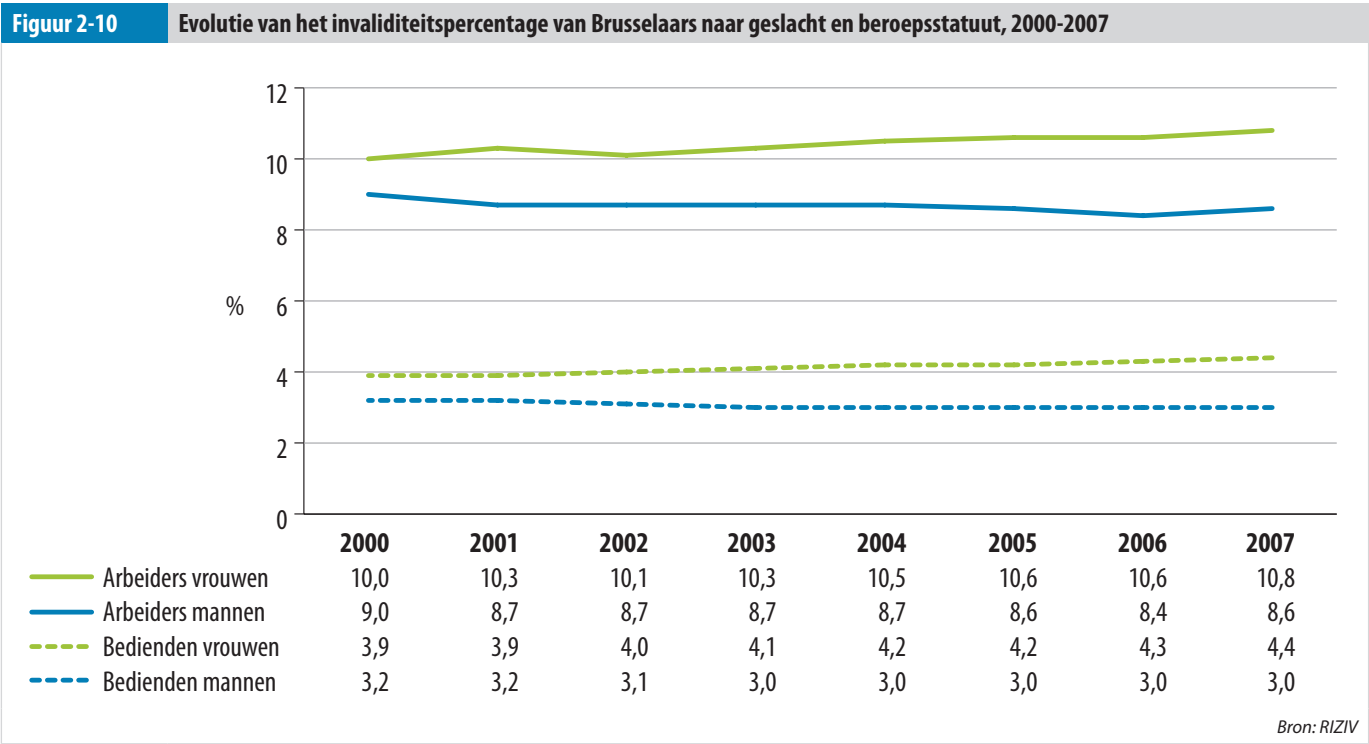
Chronische aandoeningen kunnen, zelfs wanneer ze verzorgd worden, leiden tot beperkingen waardoor mensen hun professionele activiteit niet langer kunnen uitoefenen. Wie als gevolg van een ziekte of een ongeval voor langer dan 12 maanden arbeidsongeschikt is, kan zich als "invaliden" laten erkennen en een uitkering^[7] krijgen. Chronische aandoeningen veroorzaken meer dan 90 % van de invaliditeit.

In 2007 waren 22 404 Brusselaars erkend als invalide, hetgeen betekent dat 6,4 % van alle Brusselaars die indien nodig aanspraak zouden kunnen maken op deze erkenning^[8]. Dit percentage ligt hoger dan dat voor het hele land (5,7 %) en ligt tussen de percentages voor Wallonië en Vlaanderen (6,7 % en 5,3 %). In de periode 2000-2007 is het absolute aantal invaliden in het hele land gestegen, maar is het percentage in Brussel stabiel gebleven (6,3 % in 2000), terwijl het percentage in de twee andere gewesten is gestegen, in het bijzonder in Vlaanderen (bron: RIZIV-gegevens 2000-2007).

De meest getroffen leeftijdsgroep is die van 50-59-jarigen (40 % van het totale aantal invaliden).

Globaal is het invaliditeitspercentage sinds de jaren 2000 lichtjes gedaald bij mannen, terwijl het bij vrouwen is gestegen. Sinds 2002 ligt het invaliditeitspercentage bij vrouwen hoger dan bij mannen. Een gedeeltelijke verklaring voor deze evolutie ligt in het toegenomen percentage vrouwen op de arbeidsmarkt, de stijging van de pensioenleeftijd en het soort aandoening dat voor de invaliditeit verantwoordelijk is (zie verder voor de oorzaken) (5).

Zowel bij mannen als bij vrouwen worden arbeiders harder getroffen dan bedienden (9,3 % versus 3,7 %) (figuur 2-10).



7 De ongeschiktheid moet minstens 66 % bedragen ten opzichte van het gewone beroep of de beroepsgroep waarin deze activiteit kan worden ondergebracht.

8 De gegevens met betrekking tot invaliditeit in dit verslag betreffen mensen die op 30 juni van het jaar in kwestie hebben genoten van een invaliditeitsuitkering. Ze houden enkel rekening met de uitkeringen aan loontrekkenden of werklozen die genieten van de ziekte- en invaliditeitsverzekering (algemeen regime) Ze hebben dus geen betrekking op de beperkingen als gevolg van een beroepsaandoening of een arbeidsongeval (zie Hoofdstuk "Volwassenen" in Deel IV "Levensloop"). De noemer bestaat uit de loontrekkenden of werklozen die aanspraak kunnen maken op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen in het algemeen regime.

Meer dan twee derde van de invaliditeit wordt veroorzaakt door drie aandoeningen: mentale problemen (veruit de belangrijkste oorzaak van invaliditeit), spier- en gewrichtsproblemen en ziekten van het hart- en vaatstelsel.

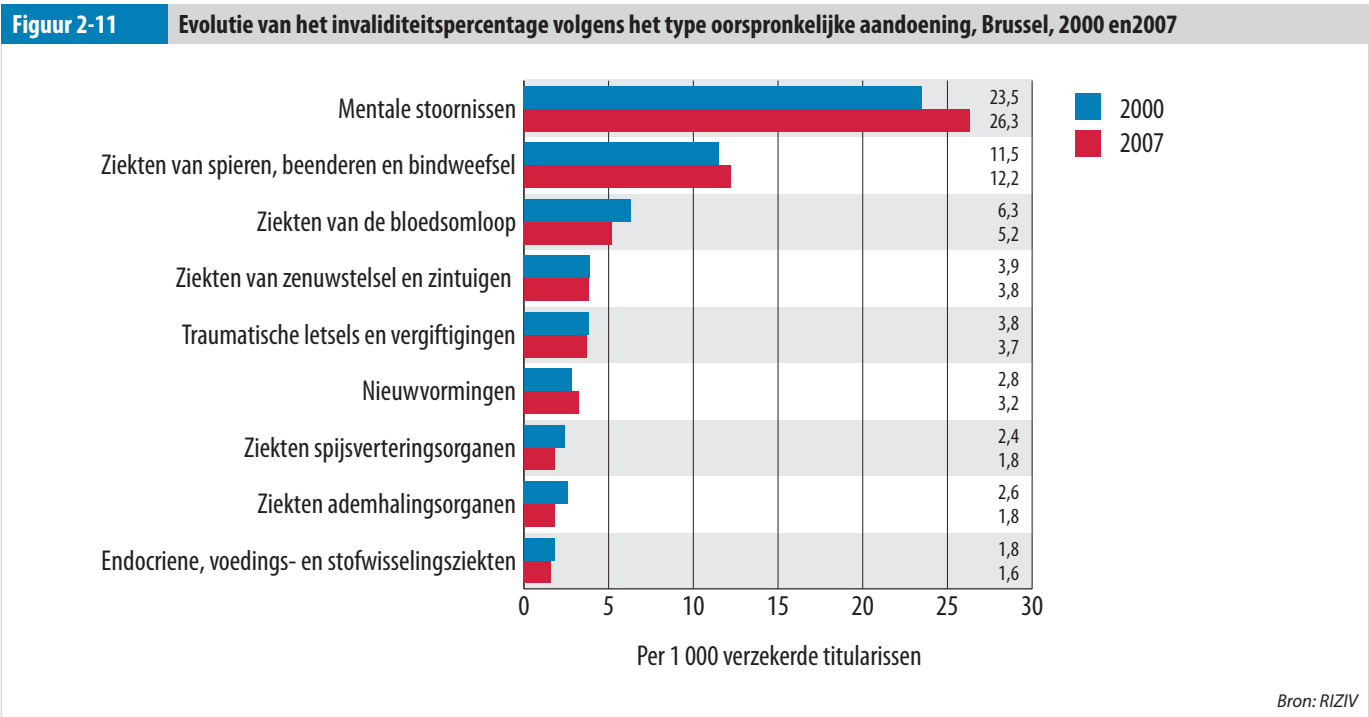
Tabel 2-02

Verdeling van de invaliditeitsoorzaken, naar geslacht, 2007

	MANNEN		VROUWEN	
	Aantal	%	Aantal	%
Mentale stoornissen	4 161	38,2 %	5 096	44,3 %
Ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel	2 017	18,5 %	2 268	19,7 %
Ziekten aan de bloedsomloop	1 163	10,7 %	665	5,8 %
Ziekten van zenuwstelsel en zintuigen	621	5,7 %	705	6,1 %
Nieuwvormingen	402	3,7 %	708	6,2 %
Ziekten van spijsverteringsorganen	347	3,2 %	303	2,6 %
Ziekten van ademhalingsorganen	346	3,2 %	280	2,4 %
Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten	309	2,8 %	254	2,2 %
Andere aandoeningen	717	6,6 %	468	4,1 %
Traumatische letsels en vergiftigingen	819	7,5 %	481	4,2 %
Totaal	10 902	100,0 %	11 502	100 %

Bron: RIZIV

Tussen 2000 en 2007 stijgt het aandeel invaliden als gevolg van mentale problemen, aandoeningen van het bewegingsstelsel en tumoren.



Bron: RIZIV

Sinds 2002 ligt het invaliditeitspercentage bij vrouwen hoger dan bij mannen. De drie belangrijkste oorzaken van invaliditeit zijn mentale problemen, spier- en gewrichtsproblemen en ziekten van het hart- en vaatstelsel.

3.2 CARDIOVASCULAIRE AANDOENINGEN

Epidemiologen hebben van oudsher veel aandacht voor hart- en vaatziekten, omdat ze sinds lang een belangrijk probleem voor de volksgezondheid vormen. Ziekten – aan het hart, de hersenen, de aorta of de perifere aders – als gevolg van atherosclerose zijn in tal van studies onderzocht. Dit heeft geleid tot inzicht in de belangrijkste cardiovasculaire risicofactoren: voeding, hypercholesterolemie, roken, obesitas, hoge bloeddruk, diabetes en een sedentaire levensstijl. De omzetting van

deze kennis in beslissingen op het vlak van volksgezondheid blijft evenwel een complexe kwestie: welke strategie hanteren voor welk doelpubliek? De antwoorden op de vragen die in het kader hieronder worden opgeworpen, worden hier niet verder besproken maar het is in elk geval nuttig om het belang van de socio-economische omgeving in de totstandkoming van deze risicofactoren goed in te schatten.

Strategieën voor de aanpak van cardio-vasculaire aandoeningen

Neemt men als doelstelling best het terugdringen van cholesterolemie bij mensen met de hoogste waarden of eerder het terugdringen van het globale gemiddelde van de totale bevolking? Moet men trachten de jeugd vele gezonde levensjaren te bezorgen of eerder het aantal cardiovasculaire accidenten bij ouderen op korte termijn terugdringen? Kiest men best een strategie van “toevoeging” (het gebruik van bepaalde geneesmiddelen uitbreiden, bepaalde voedingsstoffen aan de voeding van de bevolking toevoegen,...) met als risico de sociale ongelijkheid ten aanzien van de vasculaire gezondheid te verergeren; of een eerder strategie van “vermindering” (blootstelling aan bepaalde risicofactoren verminderen)? Wie moet de beslissingen nemen omtrent maatregelen betreffende de voeding van de bevolking (de voedingsindustrie, de overheid, de gezondheidsprofessionals?). Is het fair om de verantwoordelijkheid bij het individu te leggen, terwijl bekend is dat de sociaaleconomische omgeving een belangrijke rol speelt in het ontstaan van deze risicofactoren? (6).

3.2.1 Mortaliteit

De daling van de cardiovasculaire mortaliteit, die het laatste kwart van de 20^{ste} eeuw in veel geïndustrialiseerde landen op gang is gekomen, is grotendeels, maar niet alleen, te danken aan een wijziging van de leefgewoonten (zie kader). In 2007 werden in het Brussels Gewest 2 874 sterfgevallen toegeschreven aan cardiovasculaire aandoeningen, tegenover 3 620 in 1998. In 2007 waren cardiovasculaire aandoeningen verantwoordelijk voor 30,7 % van alle sterfgevallen bij mannen (32,5 % in 1998) en 33,5 % van alle sterfgevallen bij vrouwen (38,2 % in 1998).

Met *gestandaardiseerde sterftecijfers** van 242,0/100 000 voor mannen en 153,6 voor vrouwen^[9] (periode 2003-2007) behoort het Brussels Gewest tot de regio's met de laagste sterftecijfers als gevolg van cardiovasculaire aandoeningen in Europa (7).

Ondanks de vergrijzing van de bevolking is het brutosterftecijfer als gevolg van cardiovasculaire aandoeningen de laatste 10 jaar aanzienlijk gedaald, zowel

voor mannen als voor vrouwen. Deze daling heeft ook betrekking op het sterftecijfer van alle leeftijden en het vroegtijdig sterftecijfer (vóór 65 jaar) of tussen 65 en 75 jaar. De daling van het totale cardiovasculair sterftecijfer waargenomen tussen 1998 en 2007 bedraagt 24 % bij mannen en 29 % bij vrouwen.

Tot de belangrijkste cardiovasculaire doodsoorzaken behoren ischemische hartziekten en cerebrovasculaire aandoeningen. De daling van het totale cardiovasculair sterftecijfer gaat gepaard met een daling van het sterftecijfer voor deze twee soorten aandoeningen.

De daling van het cardiovasculair sterftecijfer is groter voor de ischemische hartziekten (35 % bij mannen en 39 % bij vrouwen) dan voor de cerebrovasculaire aandoeningen. Bij deze laatste is de daling veel groter bij vrouwen (39 %) dan bij mannen (22 %).

9 Het betreft een standaardisatie naar de Europese Standaardpopulatie.

Hoe moet de daling van het cardiovasculair sterftecijfer worden verklaard?

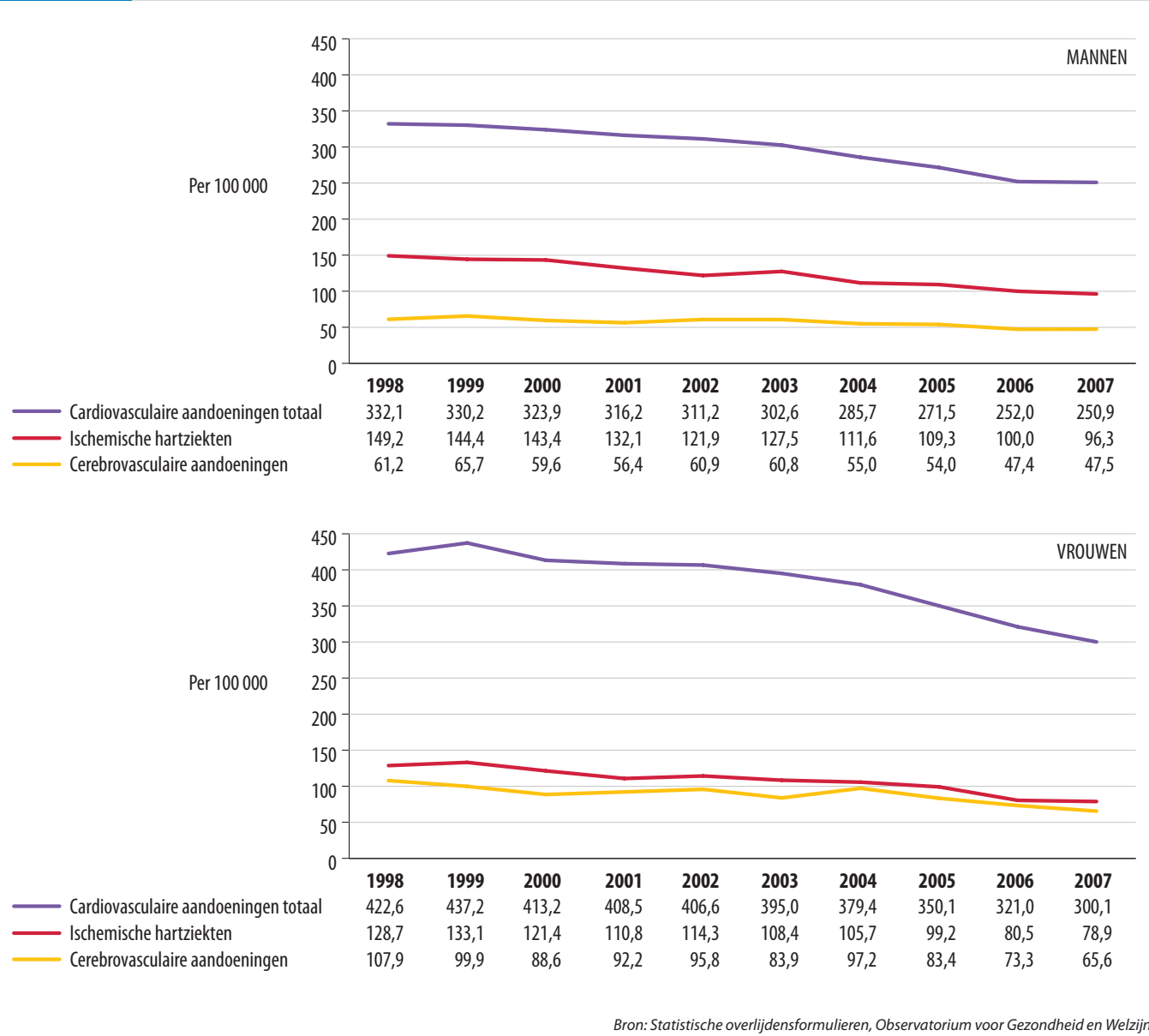
In de meeste industrielanden wordt een daling van het aantal sterfgevallen door ischemische hartziekten en cerebrovasculaire aandoeningen waargenomen. Dat valt te verklaren door de wijzigingen van klassieke risicofactoren, zoals een betere controle van hoge bloeddruk en diabetes, betere voedingsgewoonten en een daling van het aantal rokers (8-10). We stellen ook een daling van de letaliteit^[10] vast ten gevolge van een hartinfarct, dankzij de betere verzorging van acute gevallen en de betere secundaire preventie (11-13).

Gezien de lange latentietijd tussen het voorkomen van de risicofactoren en het overlijden geeft de daling van de cardiovasculaire mortaliteit, waargenomen sinds de jaren 70, deels de wijzigingen van de “klassieke” risicofactoren tijdens de vorige decennia weer. De huidige toename van obesitas, sedentaire levensstijl en andere psychosociale risicofactoren zou deze tendens op termijn terug kunnen wijzigen.

10 De letaliteit is de proportie van personen met een bepaalde aandoening die ten gevolge van die aandoening overlijden ten opzichte van het totale aantal personen die aan de aandoening lijden. Het gaat om een indicator van de ernst van een ziekte of van een gezondheidsprobleem.

Figuur 2-12

Evolutie van bruto algemene sterftecijfers, door cardiovasculaire aandoeningen (totaal), ischemische hartziekten en cerebrovasculaire aandoeningen, Brussels Gewest, 1998-2007



Ischemische hartziekten

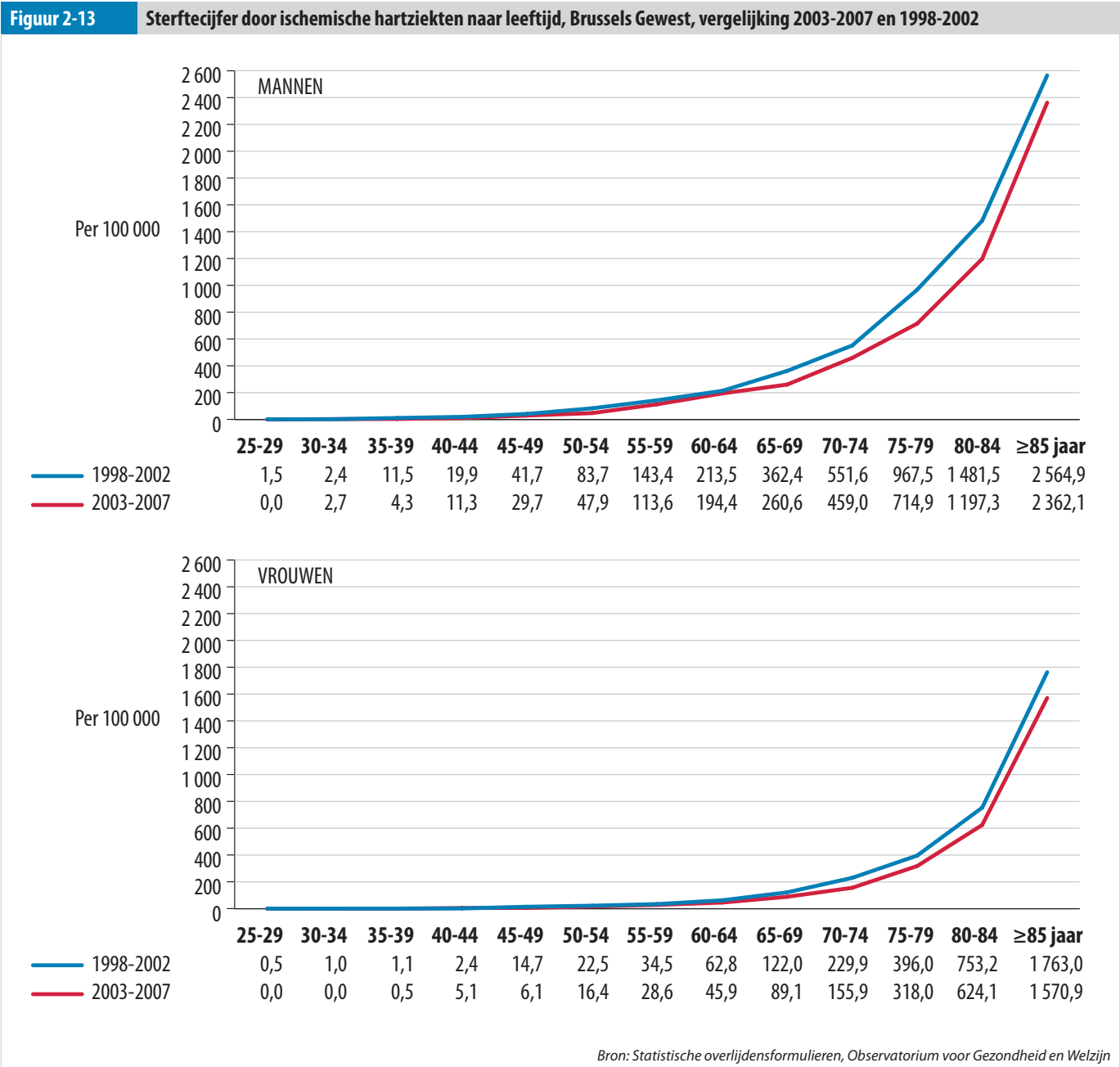
Hoewel het aandeel van ischemische hartziekten in het totale sterftcijfer afneemt ^[11], vormen ze nog steeds de belangrijkste oorzaak van overlijden door cardiovasculaire aandoeningen. In de periode 2003-2007 veroorzaken ze 40 % van de cardiovasculaire sterfgevallen bij mannen (43 % in 1998-2002) en 27 % bij vrouwen (29 % in 1998-2002). Na standaardisatie voor leeftijd ligt het sterftcijfer van mannen tweemaal hoger dan bij vrouwen.

Het is tevens een van de belangrijkste oorzaken van vroegtijdig overlijden. In de periode 2003-2007 is het

de tweede oorzaak van overlijden vóór 65 jaar en de belangrijkste oorzaak van overlijden tussen 64 en 75 jaar bij mannen. Bij vrouwen komt het op de vijfde plaats voor sterfgevallen vóór 65, maar is het tevens de belangrijkste oorzaak van overlijden tussen 65 en 75 jaar, vóór borstkanker.

Het risico op overlijden door een ischemische hartziekte stijgt met de leeftijd.

Onderstaande grafieken tonen de daling van het sterftcijfer in alle leeftijdsgroepen tussen 1998-2002 en 2003-2007.



11 Ze vertegenwoordigden 13,9 % van het totale sterftcijfer en 12,8 % van de sterfgevallen vóór 75 jaar bij mannen in 1998-2002 en respectievelijk 12,5 % en 11,1 % in 2003-2007. Ook voor vrouwen gaat het van 12,1 % van het totale sterftcijfer en 8,4 % van de sterfgevallen vóór 75 jaar naar respectievelijk 9,6 % en 6,2 %.

De cerebrovasculaire aandoeningen zijn de tweede oorzaak van overlijden door cardiovasculaire aandoeningen. Ze zijn verantwoordelijk voor 19 % van de cardiovasculaire sterfgevallen bij mannen en 23 % bij vrouwen. Na standaardisatie voor leeftijd ligt het sterftecijfer bij mannen iets hoger dan bij vrouwen.

In 2007 werden in het Brussels Gewest bijna 600 sterfgevallen door cerebrovasculaire aandoeningen geregistreerd, goed voor 6,6 % van het totale aantal sterfgevallen.

Voor de periode 2003-2007 behoren de cerebrovasculaire aandoeningen tot de belangrijkste oorzaken voor vroegtijdig overlijden (zie figuren 2-04 en 2-07).

Tussen 1998 en 2007 daalde de mortaliteit voor cerebrovasculaire aandoeningen (-24 % bij mannen en -29 % bij vrouwen). Deze daling is iets groter voor de leeftijdsgroep tot 65 jaar (respectievelijk -30 % en -36 %).

Het risico op overlijden door cerebrovasculaire aandoeningen stijgt sterk met de leeftijd. Net zoals bij de ischemische hartziekten zien we een daling van de mortaliteit in alle leeftijdsgroepen tussen 1998-2002 en 2003-2007, maar minder uitgesproken.

Het cardiovasculair sterftecijfer in het Brussels Gewest behoort tot de laagste van Europa. Ischemische hartziekten vormen hiervan de belangrijkste oorzaak, gevolgd door cerebrovasculaire aandoeningen. Het sterftecijfer voor deze twee soorten aandoeningen daalt.

3.2.2 Morbiditeit

Er zijn maar weinig gegevens omtrent cardiovasculaire morbiditeit in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest beschikbaar.

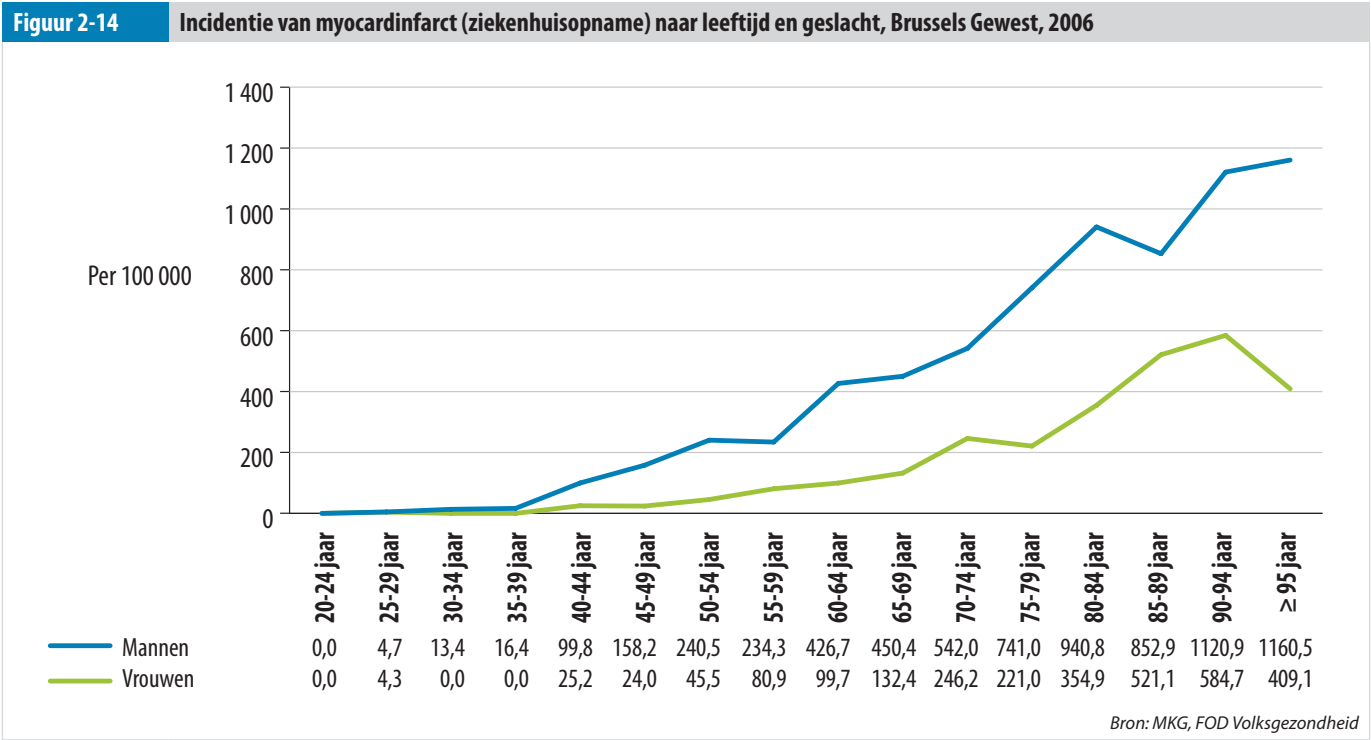
Volgens de Gezondheidsenquête uit 2004 verklaart 2,8 % van de ondervraagde Brusselaars (3,1 % mannen en 2,6 % vrouwen) de 12 voorgaande maanden ernstige hartaandoeningen of een infarct te hebben gehad; deze percentages zijn gelijkaardig aan die van de andere grote steden in België. Meer dan 90 % van hen wordt gevolgd door een arts (de meesten door een specialist).

Tussen 1997 en 2004 is er geen grote evolutie waar te nemen voor vrouwen; bij mannen is de door de respondenten opgegeven prevalentie wel verminderd.

Cardiovasculaire aandoeningen zijn de derde invaliditeitsoorzaak. In 2007 verkeerden 1 828 Brusselaars (1 163 mannen en 665 vrouwen) meer dan één jaar in de onmogelijkheid om te werken als gevolg van een cardiovasculaire aandoening (bron: RIZIV).

Volgens de Minimale Klinische Gegevens (MKG) van de ziekenhuizen werden in 2006 bij de Brusselaars ^[12] 1 057 ziekenhuisverblijven voor **acute hartinfarcten** geregistreerd (991 in 2000). Deze ziekenhuisgegevens zijn slechts een benadering van de incidentie van hartinfarcten. Ze houden geen rekening met de infarcten die geen ziekenhuisopname met zich meebrachten of die onmiddellijk overlijden ^[13] tot gevolg hadden.

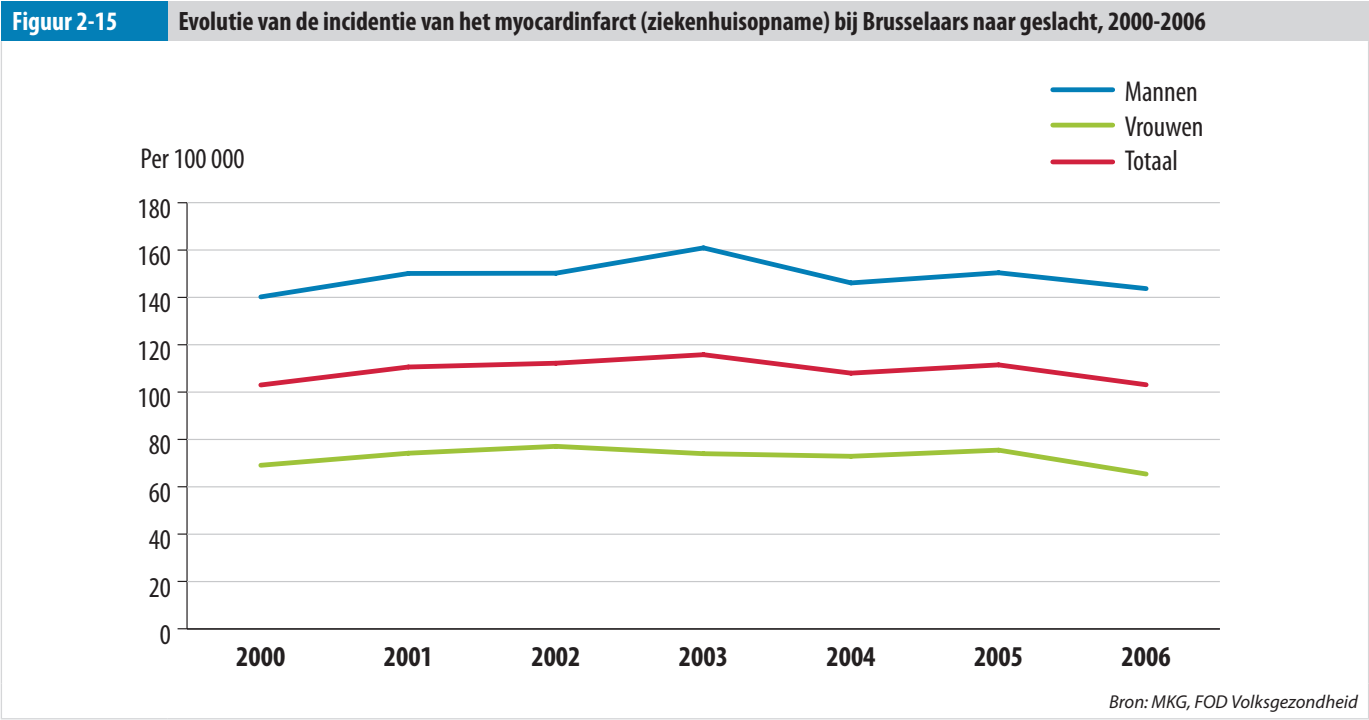
De incidentie ligt hoger voor mannen dan voor vrouwen, en dit voor alle leeftijden.



¹² Het gaat om het aantal ziekenhuisopnamen tijdens de eerste zorgfase voor een acuut myocardinfarct (hoofddiagnose).

¹³ Dit verklaart waarschijnlijk deels dat boven de 70 jaar de mortaliteitscijfers door ischemische hartziekten hoger liggen dan de incidentiecijfers gemeten op basis van de ziekenhuisopnamen.

Tussen 2000 en 2006 is het incidentiecijfer van infarcten met ziekenhuisopname niet gedaald, noch bij mannen noch bij vrouwen, waarschijnlijk als gevolg van de vergrijzing van de bevolking (meer ziekten) en als gevolg van een hoger aantal ziekenhuisopnamen (gezien de beschikbaarheid van doeltreffende behandelingen).



Uit de in 2004 uitgevoerde Gezondheidsenquête blijkt dat 10,5 % van de Brusselaars (9 % mannen en 12 % vrouwen) de voorgaande 12 maanden aan een **hoge bloeddruk** leed; deze percentages zijn gelijkaardig aan die in de andere grote steden van België. Van deze mannen en vrouwen wordt respectievelijk 89 % en 84 % met hoge bloeddruk opgevolgd door een arts (voornamelijk door de huisarts)

en meer dan 90 % neemt geneesmiddelen voor hun hoge bloeddruk. Het percentage mensen dat verklaart aan hoge bloeddruk te lijden stijgt sterk met de leeftijd: van minder dan 5 % tussen 25 en 34 jaar tot 10 % tussen 45 en 54 jaar en meer dan 30 % bij 65-plussers. Er is geen significante stijging of daling in de prevalentie van hoge bloeddruk tussen 1997 en 2004.

3.3 KANKER

Meer dan elke andere aandoening blijft kanker een ziekte die de publieke opinie beroert en ongerust maakt en hoewel het de eerste oorzaak van vroegtijdig overlijden (tweede doodsoorzaak alle leeftijden) blijft, valt de laatste jaren een afwijkende evolutie te noteren: het sterftecijfer daalt, maar de incidentie stijgt.

De toename en de vergrijzing van de bevolking, de verandering van risicogedrag (roken en drinken, overgewicht en obesitas, blootstelling aan de zon), intensievere opsporingsmethoden voor bepaalde kankers en, in mindere mate, de therapeutische vooruitgang, zijn de belangrijkste factoren die een rol spelen in deze evolutie (14; 15).

De toename van de kans op genezing of remissie heeft van kanker een chronische aandoening gemaakt. De behandeling rust dus op de schouders van de gezondheidsdiensten (verzorging), maar ook op die van de samenleving (invaliditeit) en van de onmiddellijke omgeving (levenskwaliteit waarborgen).

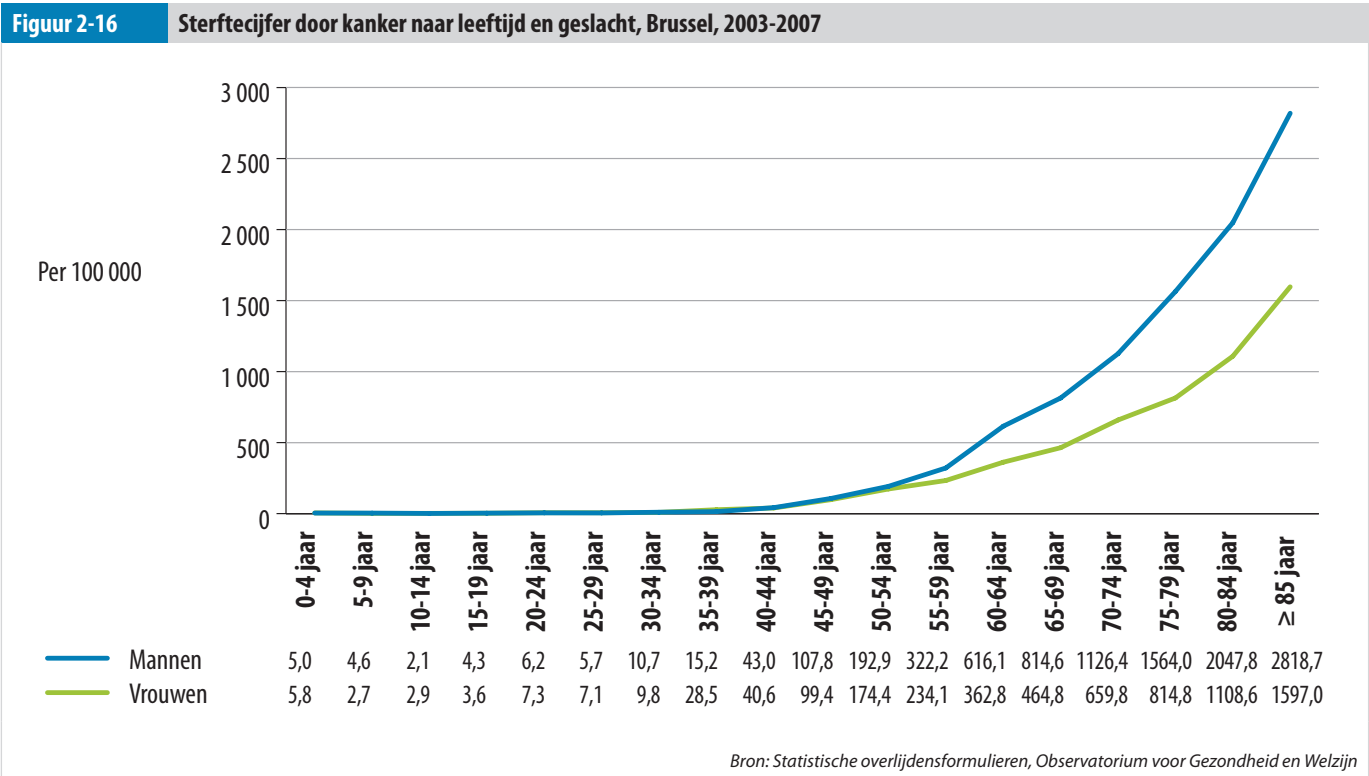
3.3.1 Overzicht van alle kankers

Mortaliteit

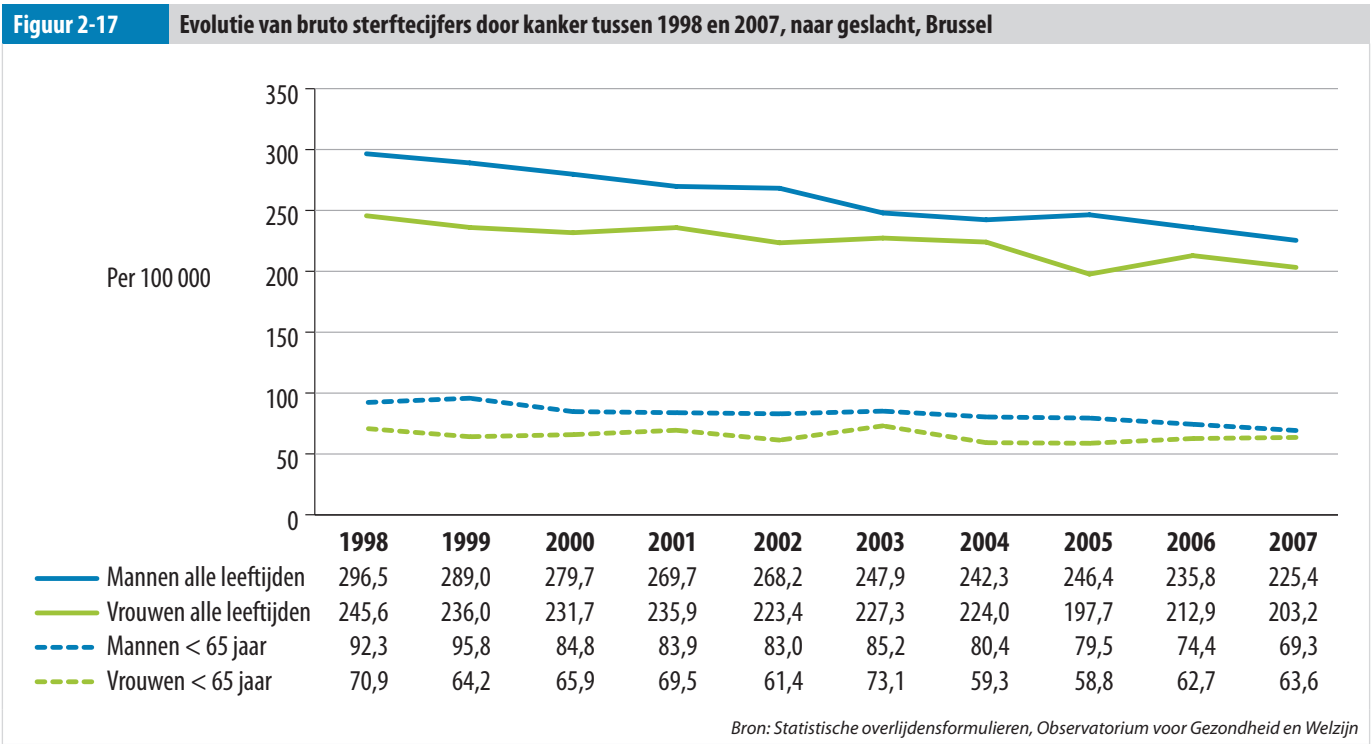
In 2007 zijn 2 224 Brusselaars overleden aan de gevolgen van kanker. In de periode 2003-2007 was kanker de tweede doodsoorzaak voor alle leeftijden, na cardiovasculaire aandoeningen, zowel bij mannen (27 % van alle sterfgevallen) als bij vrouwen (22 % van alle sterfgevallen) en de eerste oorzaak van overlijden vóór 75 jaar.

Met een voor leeftijd gestandaardiseerd sterftecijfer van 224,3/100 000 voor mannen, bevindt het Brussels Gewest zich onder het Europese gemiddelde en behoort het tot de Europese regio's met relatief lage cijfers. Bij vrouwen daarentegen ligt het gestandaardiseerde cijfer van 140,7/100 000 iets hoger dan het Europese gemiddelde (7).

Het risico op overlijden door kanker is groter bij mannen dan bij vrouwen vanaf 40 jaar en dit verschil neemt toe met de leeftijd.



In de periode 1998-2007 is het totale sterftecijfer door kanker gedaald; de daling is iets groter bij mannen (-24 % tussen 1998 en 2007) dan bij vrouwen (-17 % tussen 1998 en 2007). Ook de vroegtijdige mortaliteit is gedaald.



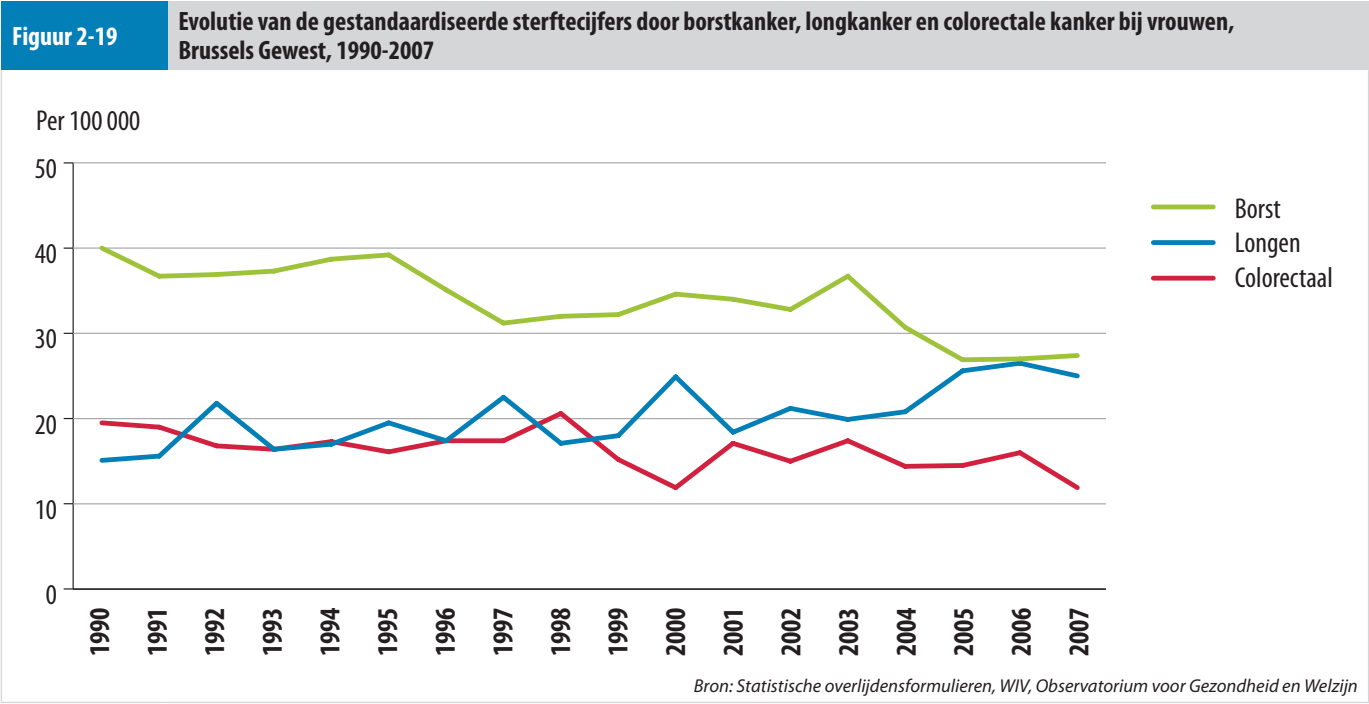
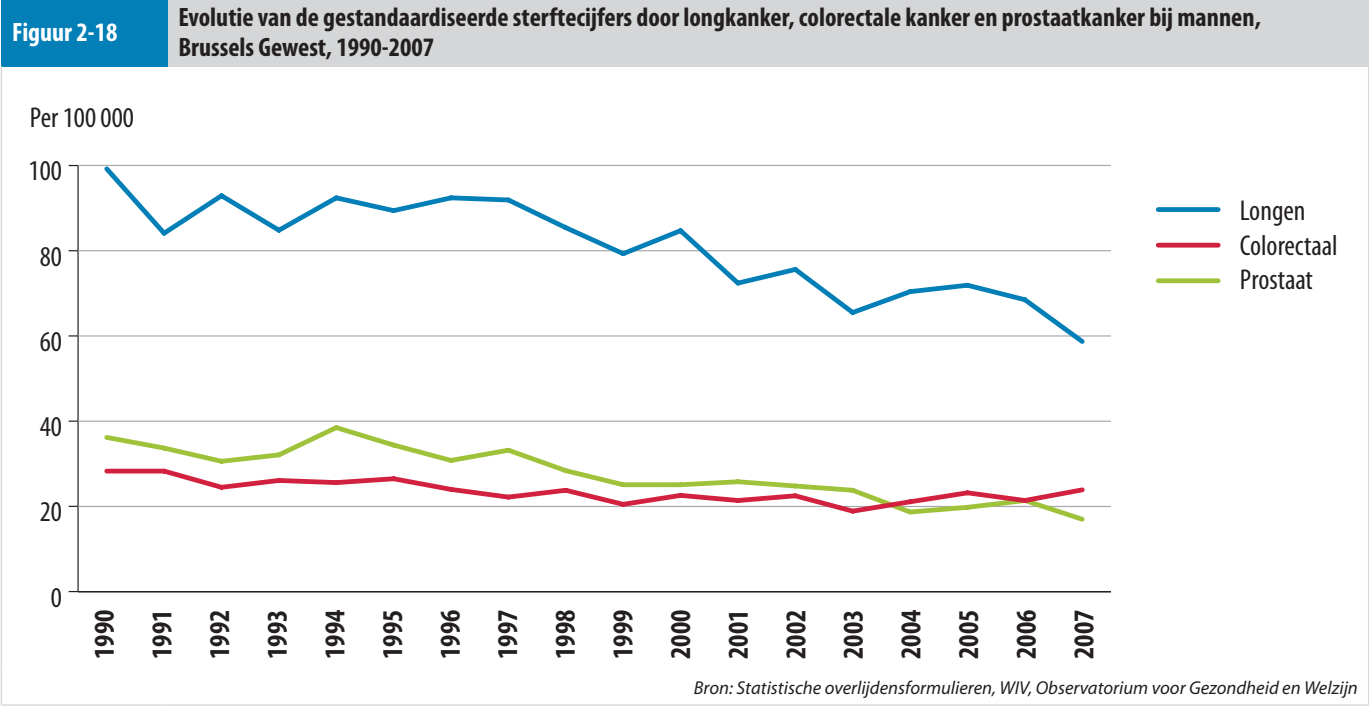
Kanker vertegenwoordigt de tweede doodsoorzaak in de algemene mortaliteit, maar het sterftecijfer daalt.

Tabel 2-03 geeft de sterftcijfers per geslacht voor de belangrijkste types kanker weer voor de periodes 2003-2007 en 1998-2002. Het sterftcijfer door longkanker en melanoom bij vrouwen neemt toe.

Tabel 2-03 Sterftcijfer (/100 000) per type kanker, naar geslacht en periode, Brussels Gewest (1998-2002 en 2003-2007)						
Mannen	2003-2007			1998-2002		
	Alle leeftijden	< 65 jaar	65-74 jaar	Alle leeftijden	< 65 jaar	65-74 jaar
Long	69,4	25,5	325,8	85,2	30,7	392,6
Colorectaal	24,2	5,4	89,8	25,1	5,9	91,7
Prostaat	23,7	1,6	70,0	31,3	1,9	68,6
Leukemies en lymfomen*	18,4	5,6	65,7	20,5	5,9	79,0
Pancreas	12,0	3,6	52,6	11,7	3,6	53,0
Urineblaas	10,6	1,5	40,9	11,9	1,9	37,5
Lever en intrahepatische galwegen	9,9	3,2	48,3	10,1	3,6	37,5
Maag	7,9	3,4	24,8	11,1	3,4	40,4
Lip, mond en keel	7,6	4,8	32,8	10,1	6,9	27,7
Slokdarm	7,2	3,1	32,8	7,8	4,1	25,4
Nier	4,7	1,2	19,8	5,5	1,8	21,3
Strottenhoofd	3,7	2,5	13,0	4,3	2,3	15,0
Melanoom	2,0	1,0	6,2	2,0	1,0	6,3
Andere	37,7	15,5	139,4	43,2	14,5	159,7
Vrouwen	2003-2007			1998-2002		
	Alle leeftijden	< 65 jaar	65-74 jaar	Alle leeftijden	< 65 jaar	65-74 jaar
Borst	40,9	16,5	108,4	46,3	19,6	112,8
Long	31,5	13,7	92,6	27,3	10,4	88,4
Colorectaal	26,6	4,8	59,0	30,3	4,9	63,9
Leukemies en lymfomen*	17,8	3,3	46,5	18,8	3,6	48,9
Pancreas	13,3	2,9	41,3	13,3	2,2	36,9
Eierstok	9,9	3,0	33,6	12,6	3,5	37,3
Baarmoeder (behalve hals)	6,6	1,0	21,6	7,2	1,6	16,7
Urineblaas	4,6	0,7	9,6	5,2	0,7	12,4
Lever en intrahepatische galwegen	6,4	1,1	17,8	6,7	1,0	21,0
Maag	4,4	1,2	12,0	8,4	2,1	15,9
Nier	4,0	0,7	12,5	4,0	0,7	11,6
Slokdarm	3,9	1,5	11,5	4,3	1,1	12,9
Baarmoederhals	3,1	2,1	6,7	3,6	2,2	8,2
Lip, mond en keel	3,0	1,2	8,6	2,9	1,4	6,4
Melanoom	2,4	1,0	8,2	2,1	1,1	4,7
Strottenhoofd	0,8	0,7	1,4	0,7	0,5	2,6
Andere	33,5	8,3	72,0	40,7	9,6	97,8
* de juiste benaming is: kwaadaardige tumoren van het lymfoïd, hematopoïetisch en verwant weefsel. Bron: Statistische overlijdensformulieren , Observatorium voor Gezondheid en Welzijn						

Onderstaande grafieken tonen de evolutie van het sterftecijfer als gevolg van de drie belangrijkste types kanker sinds 1990, na standaardisatie voor leeftijd ^[14], voor mannen en vrouwen. Bij mannen wordt een voortdurende daling van de mortaliteit door longkanker en prostaatkanker waargenomen. De evolutie van de mortaliteit als gevolg van colorectale kanker is minder duidelijk: ze is lichtjes gedaald tot 2003 om zich daarna te stabiliseren.

Bij vrouwen wordt een algemene daling van de borstkankermortaliteit vastgesteld, maar een stijging van de sterfte door longkanker. De gestandaardiseerde sterftecijfers voor deze beide oorzaken liggen momenteel zeer dicht bij elkaar. De mortaliteit als gevolg van colorectale kanker blijft relatief stabiel.



De mortaliteitscijfers voor long- en prostaatkanker dalen voortdurend bij mannen, maar ze blijven wel de belangrijkste oorzaken van kankersterfte bij mannen. Bij vrouwen neemt de mortaliteit als gevolg van borstkanker af en is longkanker de tweede doodsoorzaak als gevolg van kanker geworden.

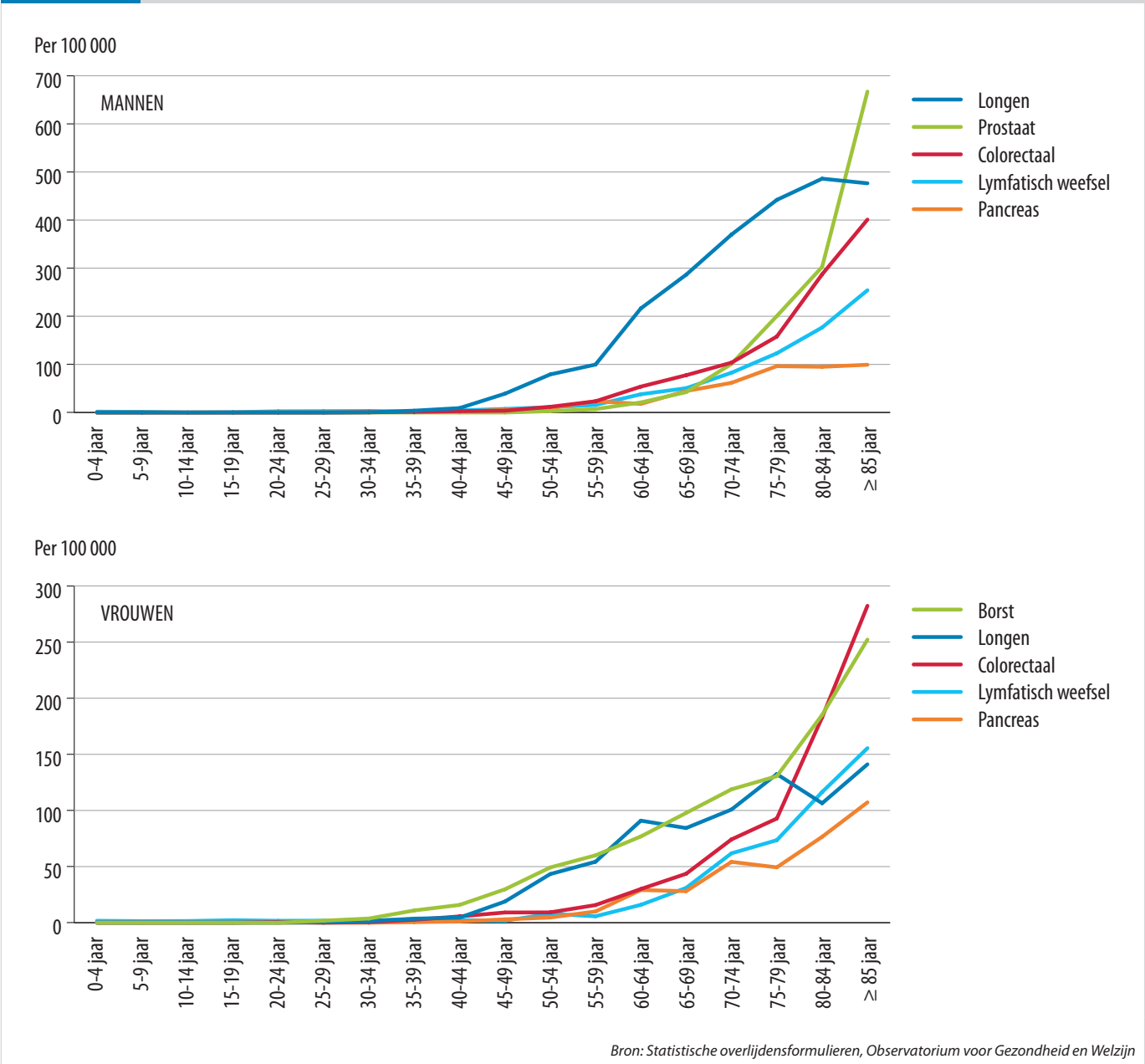
14 Referentiepopulatie = Europese Standaardpopulatie

De sterfgevallen ten gevolge van de verschillende types kanker verschillen ook enigszins naargelang de gemiddelde leeftijd waarop ze voorkomen.

Voor mannen is, met uitzondering van lymfatische tumoren die voorkomen vanaf de kindertijd maar met een laag sterftecijfer, longkanker de kanker met het meest vroegtijdige en hoogste sterftecijfer tot 80 jaar; na die leeftijd heeft prostaatkanker het hoogste sterftecijfer.

Bij vrouwen is borstkanker (met uitzondering van lymfatische tumoren) de kanker met het meest vroegtijdige en hoogste sterftecijfer tot 80 jaar. We merken echter een snelle stijging van het sterftecijfer als gevolg van longkanker vanaf 40 jaar. Deze cijfers liggen zelfs hoger dan die van borstkanker tussen 60 en 64 jaar.

Figuur 2-20 Sterftecijfers naar leeftijd voor de belangrijkste kankers, Brussels Gewest, 2003-2007



Volgens het Kankerregister werden in het Brussels Gewest in 2005 5 005 gevallen van kanker gediagnosticeerd (4 995 in 2004), dit is 8,8 % van alle kankergevallen die in België gediagnosticeerd werden ^[16]. Het absolute aantal kankers is stabiel, maar het is moeilijk om conclusies te trekken over het waarom van deze stabiliteit voor deze eerste twee jaren van analyse ^[17]. In Vlaanderen, waar men al vele jaren beschikt over een efficiënt register, is er een bestendige toename van het aantal gevallen sinds 1999, die echter minder groot is dan de vergrijzing van de bevolking zou doen vermoeden (14).

Na standaardisatie voor leeftijd varieert de incidentie weinig tussen de verschillende gewesten van het land. De iets lagere incidentie in Brussel bij mannen is waarschijnlijk toe te schrijven aan de lagere incidentie van prostaatkanker, en de hogere incidentie bij vrouwen aan een hogere incidentie van borstkanker (14). De verschillende screeningsmethodes van de gewesten voor deze jaren (minder opsporing in het Brussels Gewest voor prostaatkanker en meer voor borstkanker) kunnen de incidentie van deze beide kankers beïnvloeden.

Tabel 2-04	Incidentie van schadelijke nieuwvormingen naar geslacht en gewest, België, 2004-2005	
	Ruwe incidentie /100 000	Gestandaardiseerde* incidentie /100 000
MANNEN		
Brussels Gewest	520,6	502,1
Vlaams Gewest	597,1	521,9
Waals Gewest	653,7	521,6
België	622,9	520,6
VROUWEN		
Brussels Gewest	477,8	396,5
Vlaams Gewest	495,2	370,9
Waals Gewest	469,4	369,6
België	485,1	372,4
* naar Europese Standaardpopulatie Bron: Stichting Kankerregister, 2008		

De gestandaardiseerde cijfers hierboven zijn vergelijkbaar met die voor Frankrijk in 2005 (539,8/100 000 voor mannen en 343,1/100 000 voor vrouwen) (16) en met die voor Nederland voor hetzelfde jaar (470/100 000 bij mannen en 380 bij vrouwen) (17).

De vier meest voorkomende kankers bij mannen zijn prostaat-, long-, colorectale kanker en leukemie en lymfomen; bij vrouwen gaat het om borst-, colorectale kanker, leukemie en lymfomen en longkanker. Dit zijn voor beide geslachten tevens de meest dodelijke kankers.

De meest voorkomende kankers zijn echter niet altijd de meest dodelijke.

Zo was in de periode 2004-2005 prostaatkanker wel verantwoordelijk voor bijna een kwart van de kankers bij mannen, maar slechts voor minder dan 10 % van de kankermortaliteit; longkanker, verantwoordelijk voor bijna 1/3 van de kankermortaliteit, vormt 17 % van de nieuwe kankergevallen.

Bij vrouwen is borstkanker verantwoordelijk voor meer dan 1/3 van de kankers en voor minder dan 1 op 5 sterfgevallen door kanker.

Voor beide geslachten is het belang inzake mortaliteit van lever- en pancreaskanker hoger dan hun belang inzake gediagnosticeerde kankers.

¹⁵ De Stichting Kankerregister (www.kankerregister.org) heeft eind 2008 de cijfers voor kankerincidentie in België voor de jaren 2004 en 2005 gepubliceerd; de in deze paragraaf voorgestelde cijfers en interpretaties zijn afkomstig uit deze publicatie (14).

¹⁶ België is een van de Europese landen met de hoogste kankerincidentie. Deze incidentie wordt grotendeels verklaard door een hoge incidentie van prostaatkanker bij mannen en borstkanker en hoofd- en halskanker bij vrouwen.

¹⁷ De opname van alle *voorkomende gevallen** (en niet enkel de *nieuwe gevallen**) aan het begin van de registratie kan de incidentie van kanker kunstmatig doen stijgen. Aangezien het risico op kanker stijgt met de leeftijd, neemt bovendien het aantal kankers toe met de vergrijzing van de bevolking.

Tabel 2-05 **Bruto-en gestandaardiseerde incidentiegraad , aandeel (%) van nieuwe gediagnosticeerde kankers en percentage sterfte door kanker per oorzaak en naar geslacht, Brussels Gewest, 2004-2005**

	Ruwe incidentie /100 000	Gestandaardiseerde incidentie* /100 000	% nieuwe gediagnosticeerde kankers	% overlijdens door kanker
MANNEN				
Prostaat	133,0	125,7	24,0	9,3
Long en strottenhoofd	95,7	96,3	17,3	31,8
Colorectaal	66,3	62,9	12,0	10,1
Leukemies en lymfomen	46,2	44,6	8,3	7,1
Urineblaas	29,7	26,5	5,4	4,3
Lip, mond en keel	22,7	24,5	4,1	2,9
Maag	14,7	13,6	2,7	3,6
Nier	12,6	12,3	2,3	2,2
Melanoom	12,4	11,7	2,2	0,8
Slokdarm	10,1	10,3	1,8	3,0
Pancreas	8,8	8,3	1,6	4,7
Lever en intrahepatische galwegen	5,1	4,9	0,9	4,1
VROUWEN				
Borst	174,1	158,5	35,0	19,4
Colorectaal	65,6	42,7	13,2	12,5
Leukemies en lymfomen	39,2	30,7	7,9	8,3
Long en strottenhoofd	35,4	30,4	7,1	15,6
Baarmoeder	20,8	15,9	4,2	3,5
Melanoom	16,4	14,5	3,3	1,1
Eierstok	15,0	12,7	3,0	4,6
Baarmoederhals	12,2	11,1	2,4	1,5
Lip, mond en keel	10,2	8,9	2,0	1,8
Urineblaas	7,7	5,1	1,5	1,7
Maag	7,4	5,0	1,5	2,1
Pancreas	7,3	5,5	1,5	6,0
Nier	6,1	5,4	1,2	2,2
Slokdarm	4,6	3,9	0,9	1,8
Lever en intrahepatische galwegen	3,4	2,5	0,7	2,5
* naar Europese Standaardpopulatie Bron: Kankerregister, Statistische overlijdensformulieren				

De verdeling van de types kanker verschilt naargelang de leeftijd en de regio van de woonplaats (voor meer details verwijzen we naar de publicatie van het Kankerregister van 2008, (14)).

In de Gezondheidsenquête van 2004 verklaart 1,3 % van de ondervraagde Brusselaars (1,2 % mannen en 1,4 % vrouwen) de 12 voorgaande maanden kanker te hebben gehad. Meer dan 90 % van hen wordt gevolgd door een arts, voornamelijk door een specialist.

3.3.2 Longkanker

Longkanker blijft de meest frequente doodsoorzaak binnen de kankersterfte in Europa. Hoewel deze kanker moeilijk te genezen is, zijn er, dankzij de kennis van het sterke verband tussen longkanker en roken wel mogelijkheden voor preventie.

Roken en de samenleving

Roken is in onze maatschappij lang een mannelijk privilege geweest. Bij vrouwen is het rookgedrag parallel toegenomen met de wijzigingen in hun sociale rol (emancipatie, werk, vrije tijd,...) (7). Waar roken in de jaren dertig nog voorbehouden was aan de welgestelde, gecultiveerde stadsvrouwen, verspreidt het zich na de Tweede Wereldoorlog in alle lagen van de bevolking. Momenteel tellen de sociaal achtergestelde klassen het hoogste aandeel rokers (18; 19).

Deze evolutie is niet eigen aan België, maar wordt ook waargenomen in Groot-Brittannië, Frankrijk en de Verenigde Staten (20).

De informatiecampagnes hebben wel geleid tot een daling van het aantal rokers bij mannen maar niet bij vrouwen en de onderliggende factoren zijn hierbij complex (doelgroepen van de campagnes, rol van het roken, aanvaarding van het rookgedrag binnen het eigen sociale netwerk...).

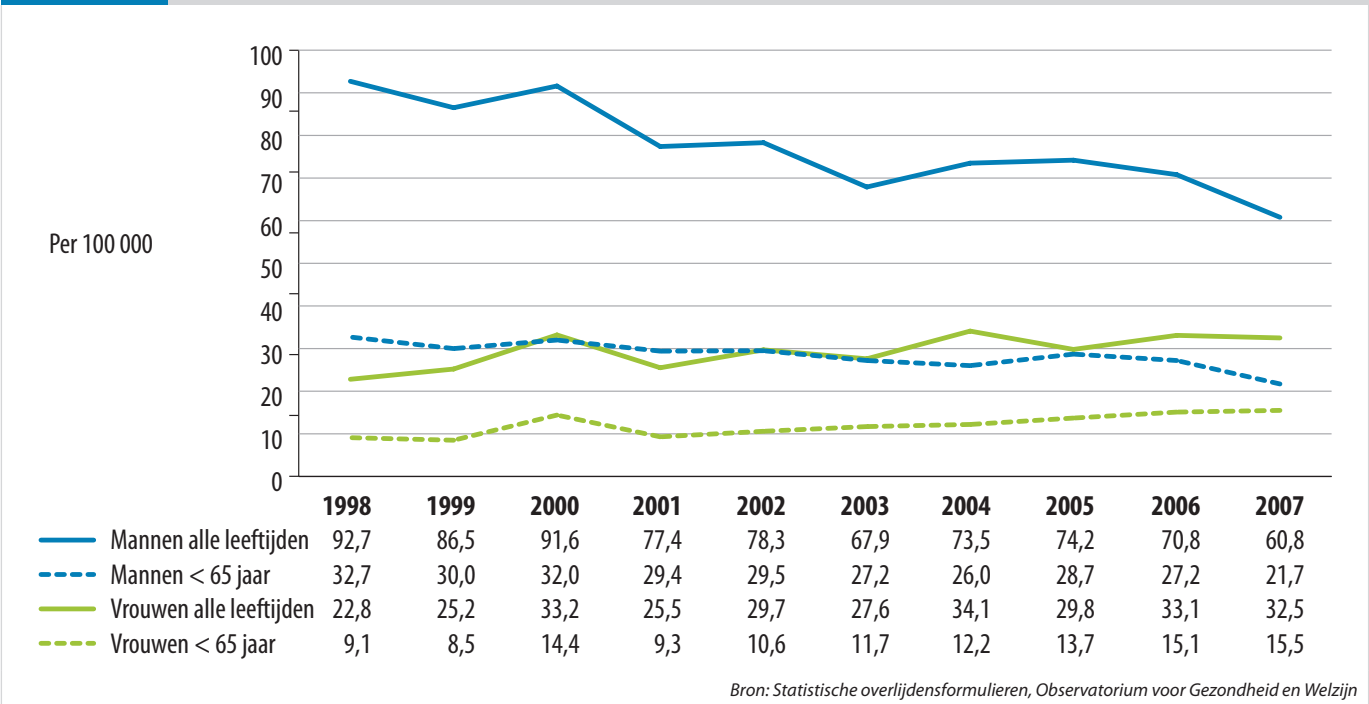
De geschiedenis van de longkankersterfte weerspiegelt deze evoluties met vertraging.

Mortaliteit

Longkanker is de meest dodelijke kanker bij mannen (305 sterfgevallen in Brussel in 2007); bij vrouwen komt hij op de tweede plaats (175 sterfgevallen in 2007), na borstkanker.

Tussen 1998 en 2007 daalt de mortaliteit door longkanker bij mannen aanzienlijk, terwijl ze bij vrouwen toeneemt. Deze evoluties hebben zowel betrekking op de algemene sterfte als op de mortaliteit vóór 65 jaar.

Figuur 2-21 Evolutie van de bruto sterftcijfers door longkanker, alle leeftijden en vóór 65 jaar naar geslacht, Brussel, 1998-2007



Na standaardisatie voor leeftijd ligt het sterftcijfer van mannen voor de periode 2003-2007 driemaal hoger dan bij vrouwen. Het verschil man/vrouw is minder belangrijk bij de jongsten en neemt af met de tijd (sex-ratio van 4 in 1998-2002).

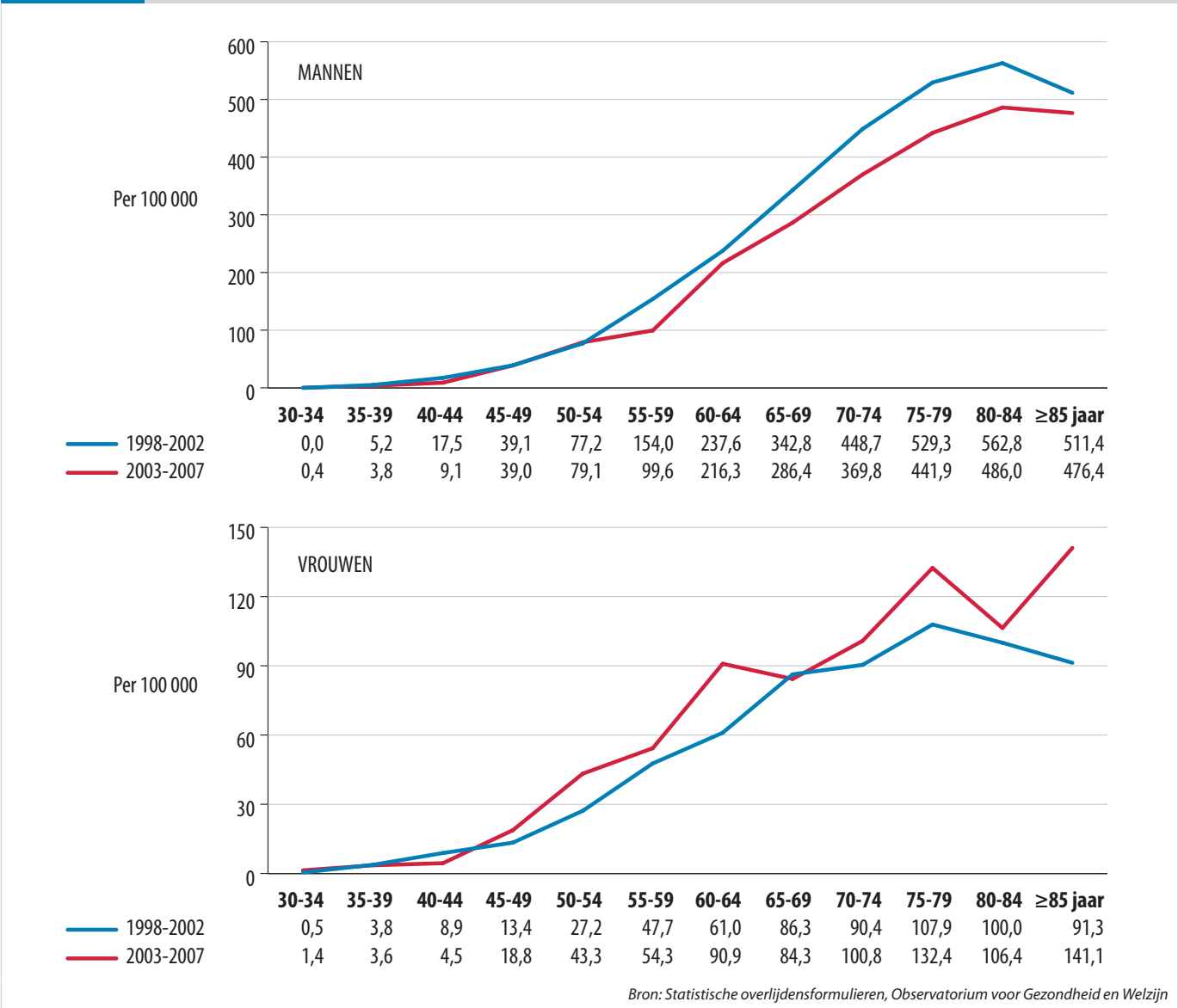
Met een gestandaardiseerd sterftcijfer van 71,0 per 100 000 mannen^[18], behoort het Brussels Gewest tot het gemiddelde van de Europese regio's, en benadert het de sterftcijfers voor stedelijke regio's zoals Ile de France, Londen, Berlijn of Madrid. Met een gestandaardiseerd cijfer van 25,0 per 100 000 vrouwen behoort de sterfte door longkanker bij vrouwen in het Brussels Gewest echter tot de hoogste van de Europese Unie, boven de cijfers die werden geregistreerd in Ile de France en in de rest van Frankrijk of in alle regio's van Zuid-Europa. Hoge sterftcijfers worden eveneens

genoteerd in de stedelijke regio's in het noorden van Europa, zoals Hamburg of Berlijn, Nederland, Londen of Stockholm (7).

Het risico om te overlijden aan longkanker stijgt met de leeftijd, maar vergeleken met andere sterfgevallen als gevolg van kanker treft longkanker ook jongere mensen. In de periode 2003-2007 betrof ongeveer een derde van deze sterfgevallen mensen jonger dan 65 jaar (32,3 % voor mannen, 35,6 % voor vrouwen).

De vergelijking van de evolutie van de sterftcijfers per leeftijd tussen de periode 1998-2002 en de periode 2003-2007 wijst duidelijk op een daling van de mortaliteit in alle leeftijdsgroepen boven 55 jaar bij mannen en op een stijging van de mortaliteit bij vrouwen vanaf 45 jaar.

Figuur 2-22 Evolutie van de sterftcijfers door longkanker naar leeftijd en geslacht, Brussel, 1998-2002 en 2003-2007



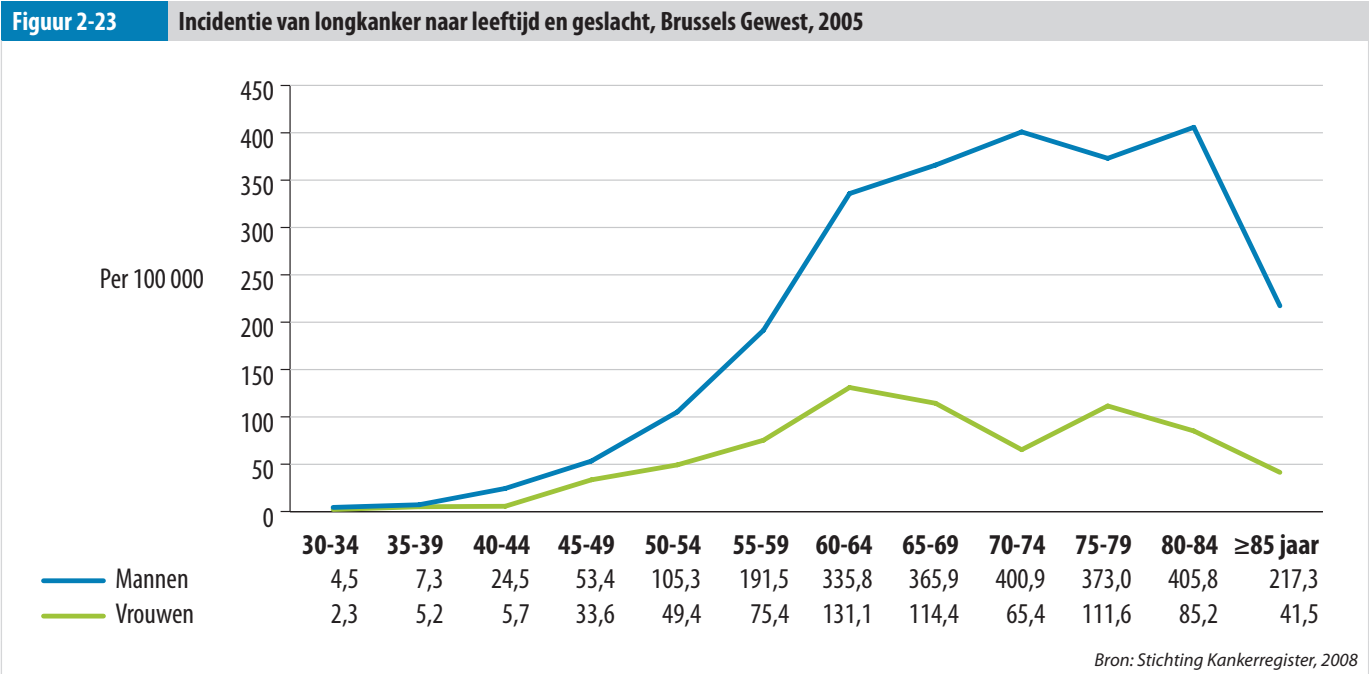
18 Voor Europese vergelijkingen gebruikt men de Europese classificatie die long- en luchtpijp- en strottenhoofd kanker (C32 tot C34) verenigt. De andere cijfers in dit deel hebben enkel betrekking op long- en luchtpijp kanker (C33-C34).

De mortaliteit door longkanker in het Brussels Gewest daalt bij mannen en stijgt bij vrouwen. Bij vrouwen behoort ze tot de hoogste van de landen van de Europese Unie. Deze evoluties hangen samen met veranderingen in het rookgedrag.

Morbiditeit

In 2005 werden 560 nieuwe gevallen van longkanker gediagnosticeerd bij Brusselaars (598 in 2004), waarvan 396 bij mannen. Het is de op een na vaakst voorkomende kanker bij mannen en de op twee na vaakst voorkomende kanker bij vrouwen.

De incidentie voor de periode 2004-2005 bedraagt 83,8/100 000 bij mannen en 33,4/100 000 bij vrouwen. De incidentie stijgt met de leeftijd. Er zijn geen gevallen geregistreerd vóór de leeftijd van 30 jaar, en tot de leeftijd van 40 jaar is het risico op longkanker bij mannen en vrouwen vergelijkbaar.



Gegevens over de evolutie van de incidentie in de tijd in het Brussels Gewest zijn niet beschikbaar, maar gezien het lage percentage overlevenden van longkanker, is de evolutie van de mortaliteit een goede weergave van de evolutie van de incidentie, namelijk een daling van de incidentie bij mannen en een stijging bij vrouwen.

Net zoals de mortaliteit, ligt ook de incidentie van longkanker bij Brusselse vrouwen heel hoog. Na standaardisering voor leeftijd ligt de incidentie hoger dan in de rest van het land (zie tabel 2-06) en in Frankrijk (17,5/100 000 in 2005, (16)) maar lager dan in andere Europese regio's uit het noorden, zoals Nederland (33,0/100 000 in 2006, (17)).

Tabel 2-06	Incidentie van longkanker naar geslacht en gewest, België, 2004-2005	
	Ruwe incidentie	Gestandaardiseerde incidentie*
MANNEN		
Brussels Gewest	83,8	83,6
Vlaams Gewest	108,1	84,6
Waals Gewest	106,1	92,0
België	105,1	86,8
VROUWEN		
Brussels Gewest	33,4	28,6
Vlaams Gewest	27,6	20,8
Waals Gewest	29,9	24,7
België	28,9	22,7

* naar Europese Standaardpopulatie
Bron: Stichting Kankerregister, 2008

3.3.3 Borstkanker bij vrouwen

Borstkanker wordt veroorzaakt door verschillende milieugebonden en erfelijke factoren. Hoewel bepaalde risicofactoren nog worden onderzocht, zoals voeding, obesitas of alcoholgebruik, houden de belangrijkste risicofactoren verband met een inwendige blootstelling aan oestrogenen. Men is van mening dat meer dan de helft van de borstkankers in Europa toe te schrijven zijn aan factoren zoals: weinig of geen kinderen hebben, een eerste zwangerschap op latere leeftijd, geen borstvoeding, vroegtijdige menarche en/of laatijdige menopauze. De hormonale substitutietherapie tegen de menopauze heeft ook het risico op borstkanker doen toenemen (21). De ontwikkeling van opsporingsprogramma's kan eveneens het aantal gediagnosticeerde kankers en hun evolutie beïnvloeden; hun impact op de daling van de mortaliteit door borstkanker moet nog worden bestudeerd (22). De therapeutische vooruitgang beïnvloedt natuurlijk de mortaliteit.

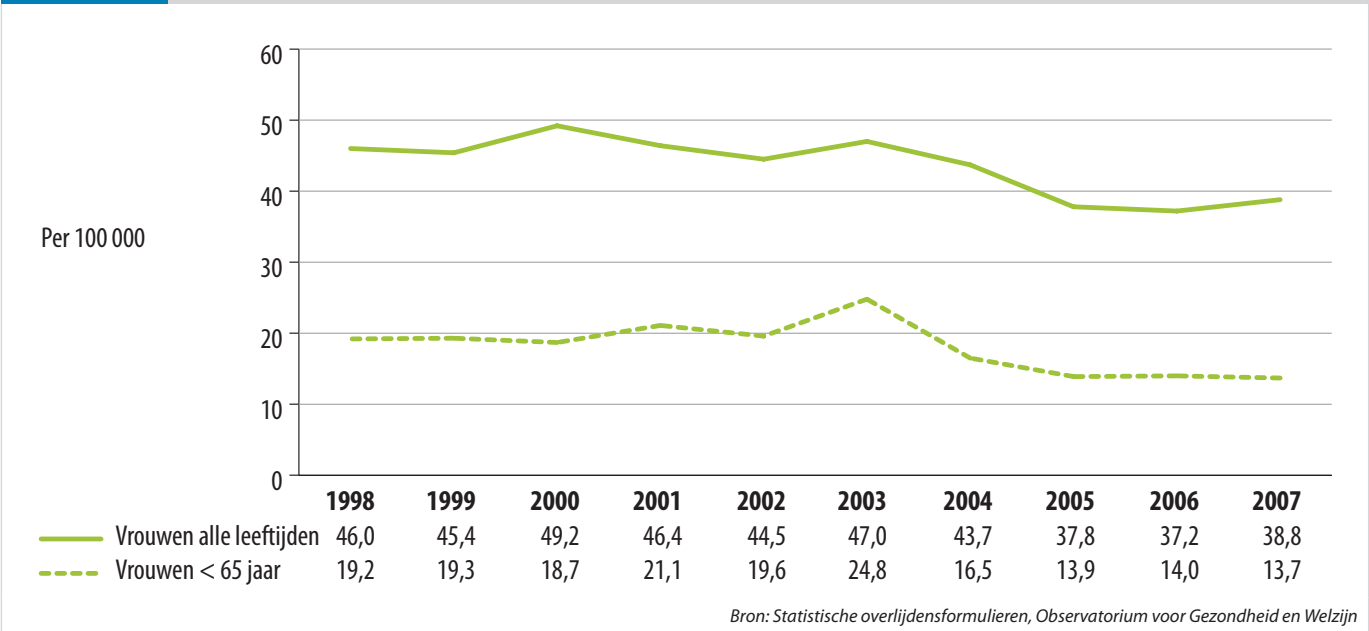
Mortaliteit

Borstkanker is de meest dodelijke kanker bij vrouwen (209 Brusselse sterfgevallen in 2007, 19 % van de sterfgevallen als gevolg van kanker): het is de eerste oorzaak van overlijden door kanker, de eerste oorzaak van vroegtijdig overlijden bij vrouwen en de tweede oorzaak van overlijden tussen 65 en 74 jaar na ischemische hartziekten.

Tussen 1998 en 2007 zijn 2 244 Brusselse vrouwen overleden aan borstkanker, dit is een gemiddelde van 224 vrouwen per jaar.

De afgelopen tien jaar wordt een daling van het brutosterftecijfer door borstkanker geregistreerd, wat kan worden verklaard door de verjonging van de Brusselse bevolking.

Figuur 2-24 Evolutie van bruto sterftecijfers, alle leeftijden en vóór 65 jaar door borstkanker, Brussels Gewest, 1998-2007

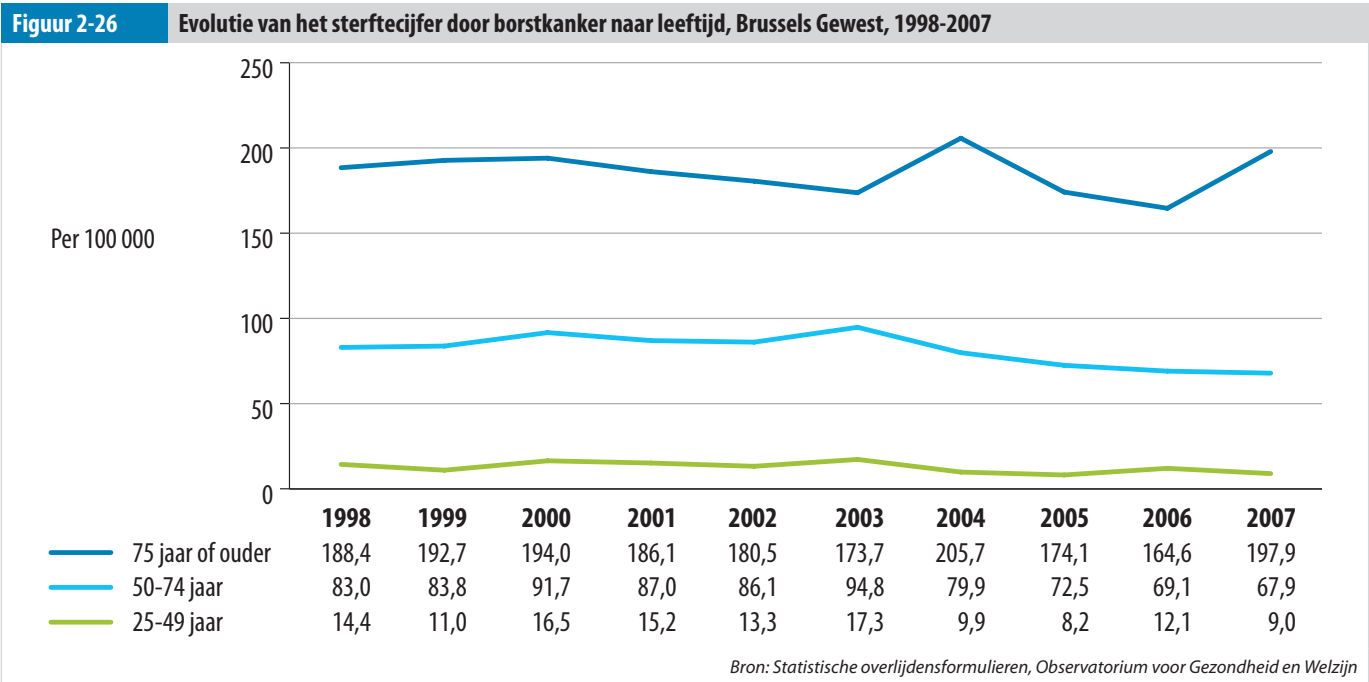
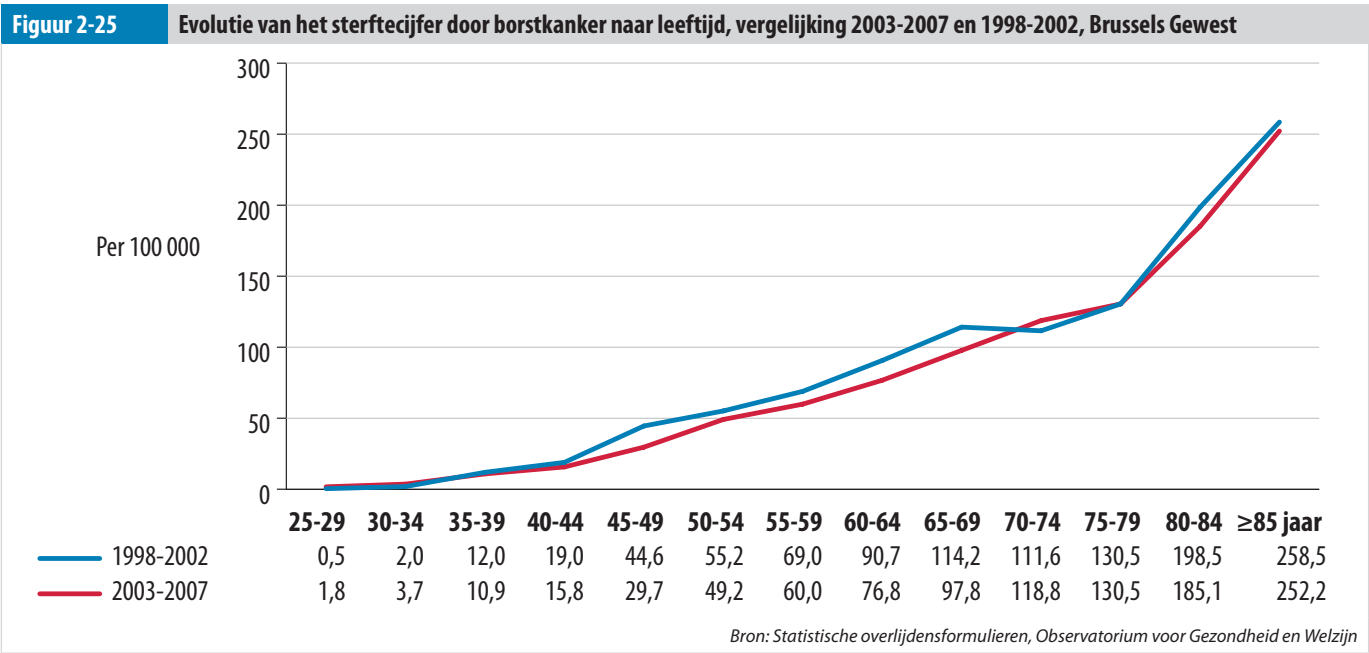


Het risico van overlijden door borstkanker neemt toe met de leeftijd, waarbij de mortaliteit na 70 jaar 15 tot 20 maal groter is dan de mortaliteit tussen 20 en 49 jaar.

De vergelijking van de sterftcijfers per leeftijd tussen de periode 1998-2002 en de periode 2003-2007 toont vooral tussen 40 en 70 jaar een daling van de mortaliteit.

Om de evolutie te volgen van de mortaliteit in verband met het opsporingsprogramma (dat zich richt tot vrouwen van 50 tot 69 jaar), is het belangrijk drie leeftijdsgroepen te

onderscheiden: sterfgevallen vóór 50 jaar, die niet kunnen worden beïnvloed door het opsporingsprogramma (10 % van de sterfgevallen door borstkanker in 2003-2007); sterfgevallen tussen 50 en 74 jaar, die de leeftijdsgroep vormen waarop het programma invloed zou kunnen hebben op de mortaliteit (44 % van de sterfgevallen); en sterfgevallen na 75 jaar, die in principe veel minder zijn beïnvloed door de opsporing (46 % van de sterfgevallen). Net als in andere landen zien we dat de mortaliteit voor de 50- tot 74-jarigen daalt sinds 2003, dus voordat het opsporingsprogramma een impact kan hebben (23-25).



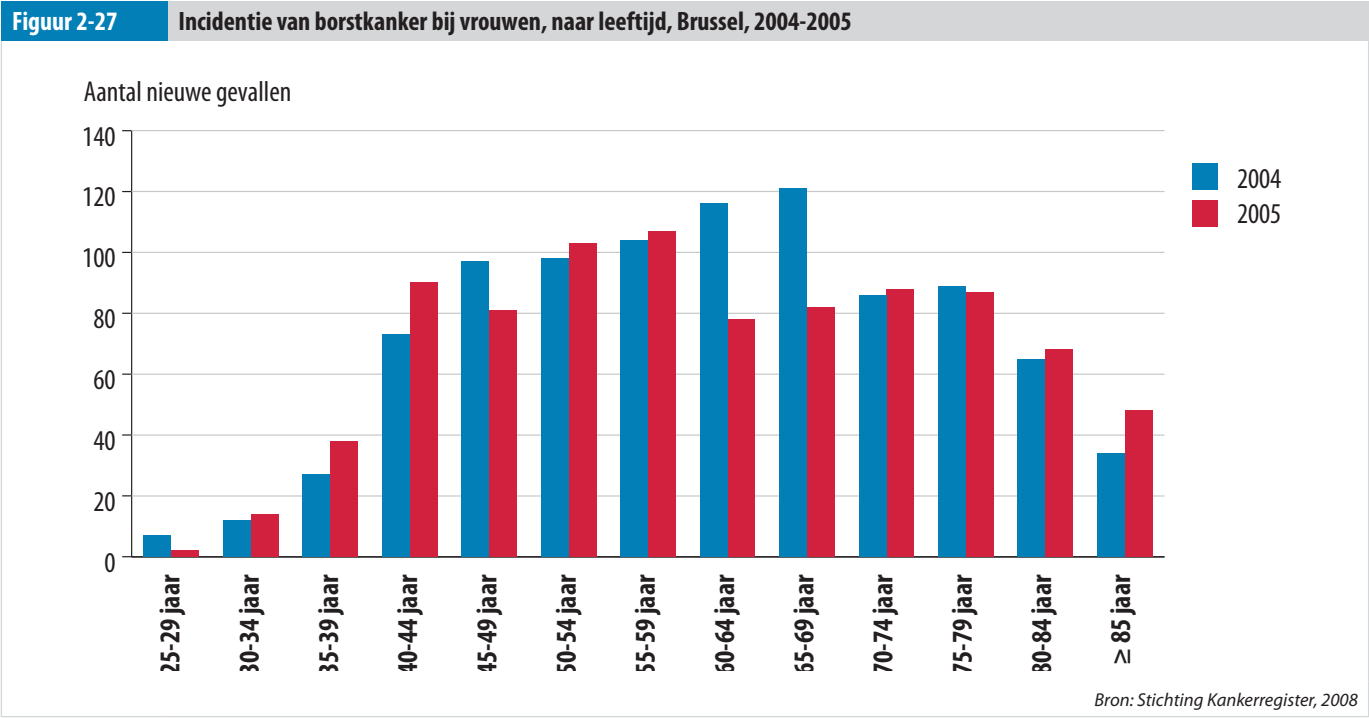
Met een gestandaardiseerd sterftcijfer van 29,7 per 100 000 behoort het Brussels Gewest tot de Europese regio's met het hoogste cijfer (7), net zoals Vlaanderen, Nederland, Denemarken, het stedelijk gebied Londen of het noorden van Frankrijk.

Morbiditeit

Borstkanker is de meest voorkomende kanker bij vrouwen, verantwoordelijk voor 35 % van de kankers bij vrouwen in Brussel voor de periode 2004-2005.

In totaal werden in 2004 929 en in 2005 886 invasieve borsttumoren gediagnosticeerd bij vrouwen in het Brussels Gewest.

De figuur illustreert de verdeling van nieuwe gevallen per leeftijd. Er werden geen gevallen vóór 25 jaar geregistreerd. Bijna een op de vier gevallen van borstkanker doet zich voor vóór de leeftijd van 50 jaar, iets minder dan de helft tussen 50 en 69 jaar en 1/3 bij vrouwen van 70 jaar en ouder.



De bruto-incidentiegraad van borstkanker bij vrouwen in het Brussels Gewest bedraagt 178,8/100 000 in 2004 en 169,4 in 2005.

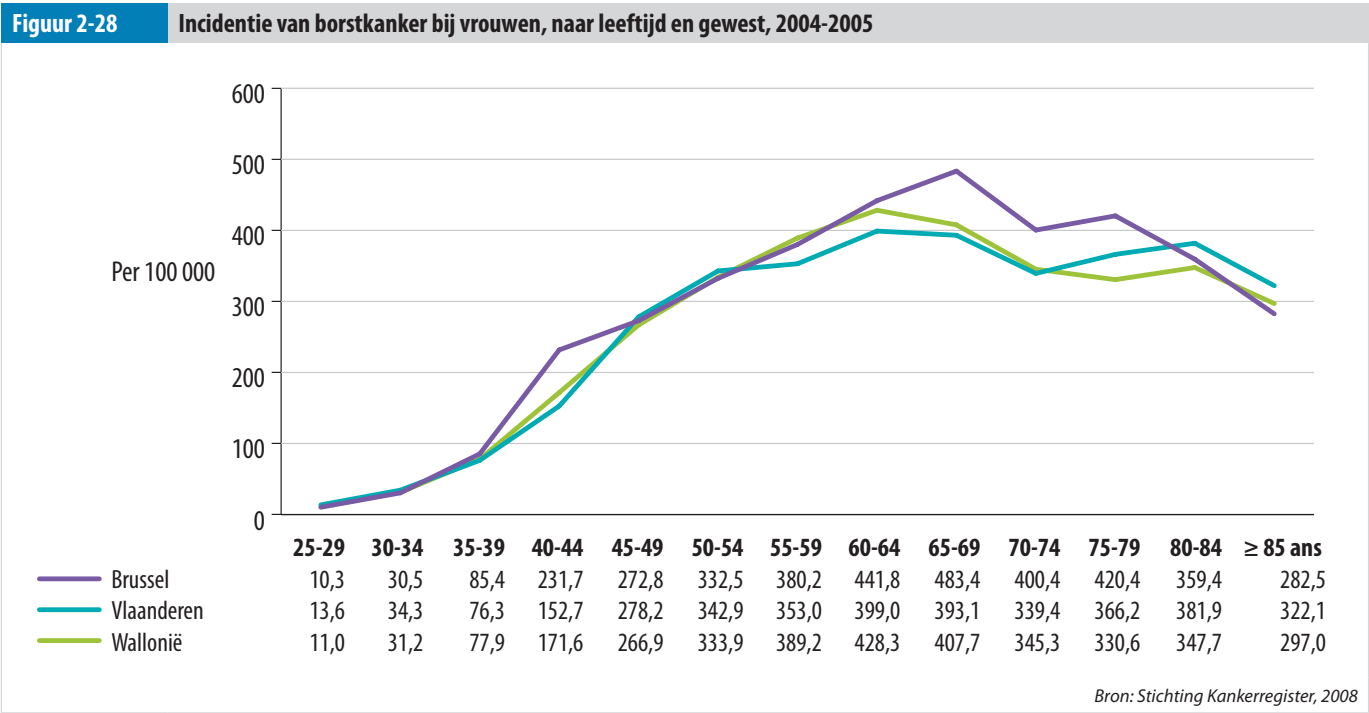
Na standaardisatie voor leeftijd heeft het Brussels Gewest een hogere incidentie dan de andere gewesten van het land voor de jaren 2004 en 2005 (zie tabel 2-07). De incidentie ligt ook hoger dan in andere Europese landen als Frankrijk (136,9 in 2005) (16) of Nederland (143/100 000) (17).

Tabel 2-07 Aantal en voor leeftijd gestandaardiseerde incidentie van borstkanker bij vrouwen in België en in de drie gewesten, 2004-2005						
	Aantal 2004	Gestandaardiseerde incidentie* 2004	Aantal 2005	Gestandaardiseerde incidentie * 2005	Aantal 2004-2005	Gestandaardiseerde incidentie * 2004-2005
België	9 369	147,7	9 405	145,2	18 774	146,4
Brussel	929	164,6	886	152,5	1 815	158,5
Wallonië	3 095	151,3	2 995	142,9	6 090	147,1
Vlaanderen	5 345	143,4	5 524	145,5	10 869	144,4

*referentiebevolking= Europese Standaardpopulatie
Bron: Stichting Kankerregister, 2008

De incidentie per leeftijd volgt hetzelfde profiel in de drie gewesten voor de jaren 2004-2005. We zien dat de incidentie, vooral voor de leeftijdscategorie 65-79, hoger is in het Brussels Gewest. Een van de hypothesen zou het bijzondere sociologisch profiel van deze leeftijdsgroep in het Brussels Gewest kunnen zijn: vrouwen met een gemiddeld hoger opleidingsniveau dan in de rest van het

land die in een stedelijk milieu leven, beter ingeschakeld op de arbeidsmarkt, een groter deel van hen zou kunnen zijn blootgesteld aan risicofactoren in verband met de voortplanting (minder kinderen, kinderen op latere leeftijd, minder borstvoeding, vaker gebruik maken van substitutietherapie).



Aangaande de evolutie van deze incidentie in het Brussels Gewest voor de laatste jaren zijn enkel de gegevens van 2004 en 2005 beschikbaar. De incidentie in Vlaanderen is tussen 1999 en 2003 gestegen en lijkt sindsdien te dalen.

Borstkanker is de meest voorkomende kanker en veroorzaakt het meeste sterfgevallen van alle kankers bij vrouwen; het Brussels Gewest behoort tot de Europese regio's met de hoogste sterftecijfers.

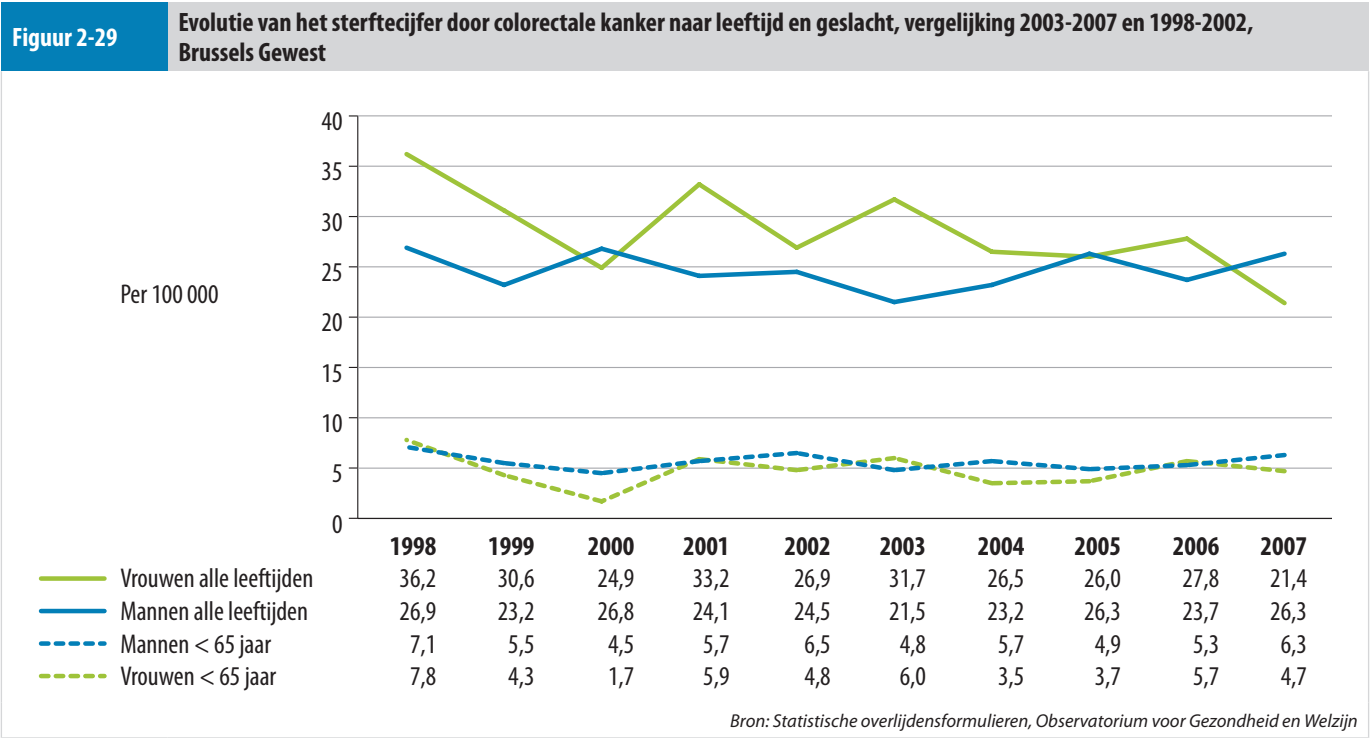
3.3.4 Colorectale kanker

Colorectale kanker is de tweede oorzaak van overlijden door kanker in Europa. Naast genetische factoren heeft men ook gewezen op de invloed van roken en voeding rijk aan rood vlees en arm aan groenten en fruit. Ook wie regelmatig aan lichaamsbeweging doet, vermindert de risico's (7). Het is een van de kankers waarvoor screening doeltreffend is, aangezien letsels die de voorbode kunnen zijn van deze vorm van kanker (poliepen) kunnen worden gedetecteerd maar over de te volgen screeningsstrategie en het type test dat best wordt gebruikt bestaat nog geen eensgezindheid.

Mortaliteit

Bij de sterfgevallen als gevolg van kanker komt colorectale kanker op de tweede plaats voor mannen en op de derde plaats voor vrouwen. In 2007 zijn 247 Brusselaars overleden aan de gevolgen van colorectale kanker.

De afgelopen 10 jaar is de algemene sterfte door colorectale kanker eerder gedaald voor vrouwen, terwijl ze voor mannen stabiel is gebleven. Het vroegtijdig overlijden blijft relatief stabiel, zowel bij mannen als bij vrouwen.



Na standaardisatie voor leeftijd is de mortaliteit door colorectale kanker lager bij vrouwen dan bij mannen (sex-ratio M/V = 1,4) voor de periode 1998-2007.

Met een gestandaardiseerd sterftecijfer voor mannen van 21,7 per 100 000 behoort het Brussels Gewest tot de regio's met de laagste mortaliteit, zoals Ile de France, Londen of Stockholm, met cijfers die veel lager liggen dan diegene die werden geregistreerd in Vlaanderen, voor de provincies Antwerpen, Vlaams-Brabant of Oost-Vlaanderen, of in Nederland. Het gestandaardiseerde cijfer voor vrouwen ligt

in de buurt van het Europese gemiddelde, net zoals de regio Antwerpen, Madrid of Stuttgart, maar is hoger dan dat van Ile de France of Londen (7).

Het risico op sterven aan colorectale kanker neemt toe met de leeftijd en meer dan 90 % van de sterfgevallen betreffen mensen boven 55 jaar.

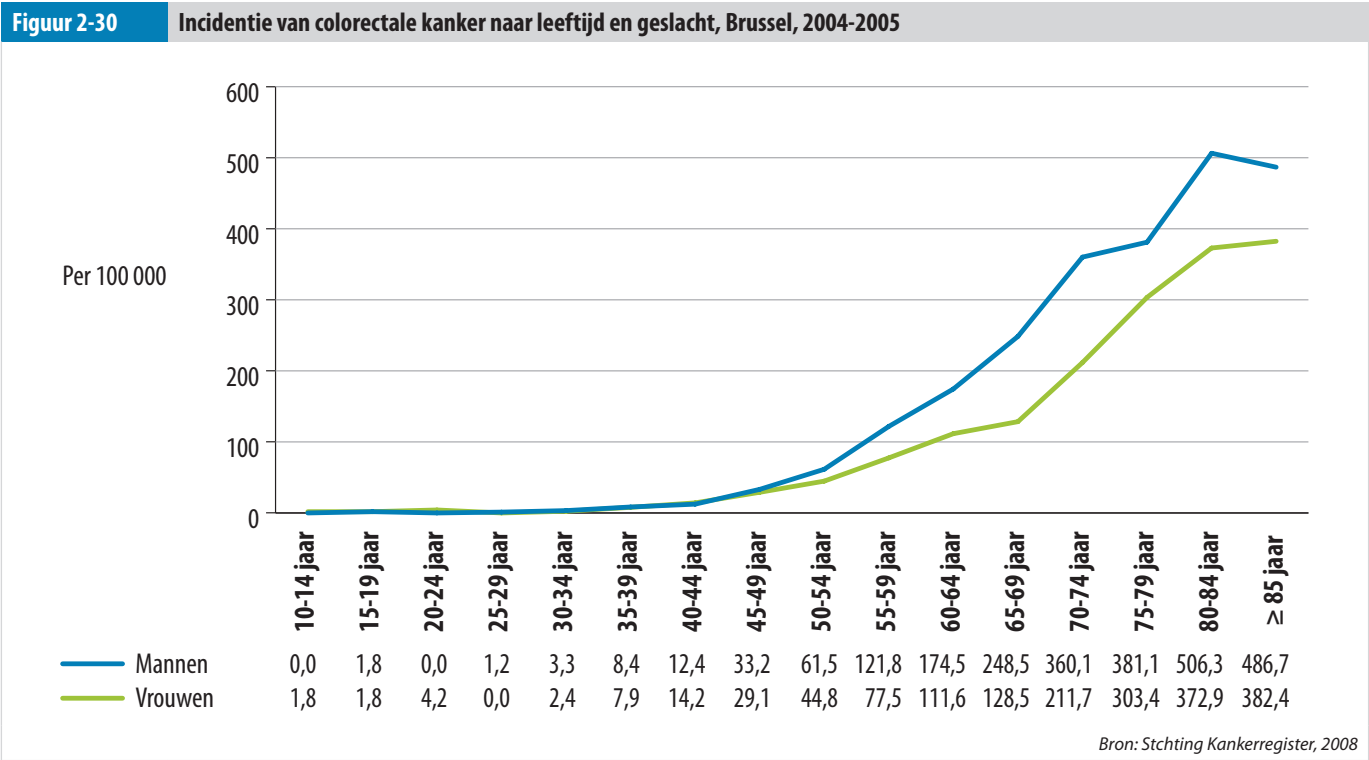
Er is weinig verschil tussen de sterftecijfers per leeftijd tussen 1998-2002 en 2003-2007.

De algemene mortaliteit door colorectale kanker lijkt te dalen bij vrouwen en blijft stabiel bij mannen. Ze ligt in de buurt van het Europese gemiddelde bij vrouwen, terwijl ze bij mannen overeenstemt met de Europese regio's met de laagste sterftecijfers.

Morbiditeit

In 2005 werden 677 nieuwe gevallen van colorectale kanker gediagnosticeerd bij Brusselaars (645 in 2004), waarvan 332 bij mannen en 345 bij vrouwen. Het is de op twee na vaakst voorkomende kanker bij mannen en de op een na vaakst voorkomende kanker bij vrouwen.

De incidentie voor de periode 2004-2005 bedraagt 65,0/100 000 bij mannen en 63,0 bij vrouwen. De incidentie stijgt sterk met de leeftijd. Na 50 jaar is het risico op colorectale kanker hoger bij mannen dan bij vrouwen.



Na controle voor de leeftijd is de incidentie van colorectale kanker lager in het Brussels Gewest dan in Vlaanderen, en ligt ze in de buurt van de cijfers voor Wallonië.

De gestandaardiseerde incidentie van colorectale kanker bedroeg in 2005 in Frankrijk 56,6/100 000 voor mannen en 36,5 voor vrouwen (16). Volgens de ramingen voor 2006 door het Europees Observatorium voor Kanker bevindt België zich in het midden van de Europese landen^[19].

Tabel 2-08 Incidentie van colorectale kanker naar geslacht en gewest, België, 2004-2005		
	Ruwe incidentie	Gestandaardiseerde incidentie*
Mannen		
Brussels Gewest	65,0	61,8
Vlaams Gewest	88,4	68,9
Waals Gewest	70,4	59,6
België	80,4	65,4
VROUWEN		
Brussels Gewest	63,0	40,7
Vlaams Gewest	66,5	41,8
Waals Gewest	62,4	40,5
België	64,8	41,3

* naar Europese Standaardpopulatie
Bron: Stichting Kankerregister, 2008

19 Bronnen: (Ferlay J, Autier P, Boniol M, Heanue M, Colombet M, Boyle P. Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. Ann Oncol 2007; 18:581-92), (<http://eu-cancer.iarc.fr/cancer-6-colon-and-rectum.html,en#block-9-40>).

3.3.5 Prostaatkanker

Prostaatkanker is verantwoordelijk voor 10 % van de kankers bij mannen in Europa. Deze kanker manifesteert zich vooral vanaf 50 jaar en de frequentie stijgt met de leeftijd. De vergrijzing van de bevolking en de daling van de mortaliteit door alle oorzaken verklaren de toename van dit type kanker in Europa (7).

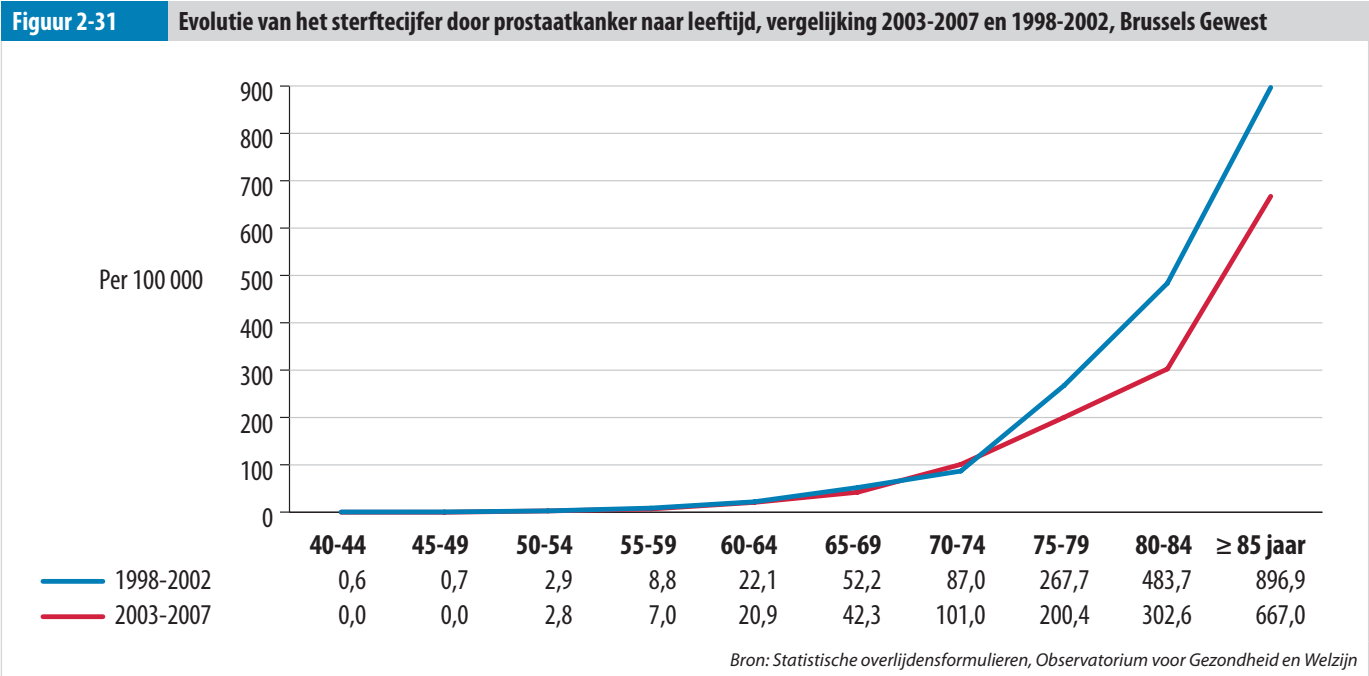
Het is een kanker die lang asymptomatisch blijft, traag groeit en hierdoor niet vaak de oorzaak van overlijden van de getroffen persoon is. Publicaties bevatten tegenstrijdige evaluaties van de voordelen van de georganiseerde opsporing voor wat de daling van de mortaliteit betreft. Deskundigen op het vlak van volksgezondheid raden momenteel af dergelijke programma’s te organiseren, met name omwille van het belang van de overdiagnose en de complicaties die het opsporen en het behandelen met zich meebrengen (onder andere infecties, incontinentie, erectiestoornissen) (26).

Mortaliteit

Prostaatkanker is de derde oorzaak van overlijden door kanker bij mannen. In 2007 zijn 100 Brusselaars overleden aan de gevolgen van prostaatkanker.

Er werd geen enkel overlijden vóór 40 jaar geregistreerd en 75 % van de sterfgevallen betreft mannen ouder dan 75 jaar.

Het risico op overlijden door prostaatkanker is de afgelopen 10 jaar gedaald. De vergelijking tussen 1998-2002 en 2003-2007 toont aan dat deze daling voornamelijk mannen ouder dan 75 jaar betreft.

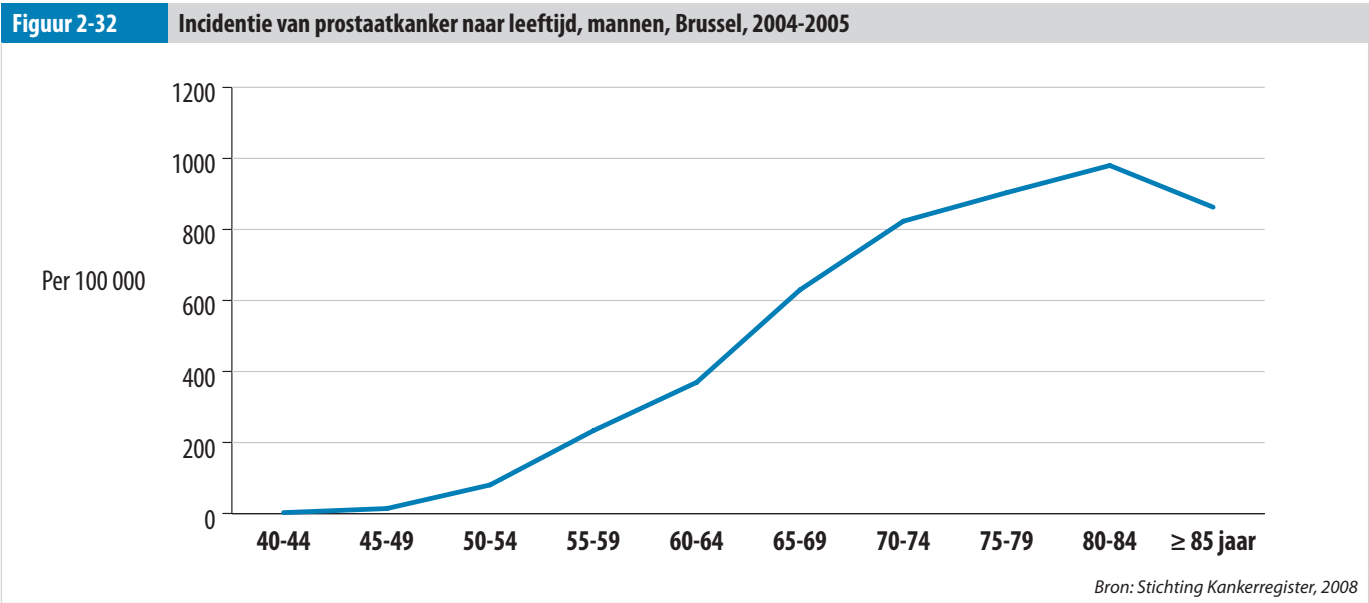


Morbiditeit

Prostaatkanker is de meest voorkomende kanker bij mannen, niet alleen in het Brussels Gewest, maar ook in de andere gewesten van het land. De gangbare screeningstechniek (via bloeddosering van PSA), waardoor vele asymptomatische kankers vroegtijdig kunnen worden opgespoord, speelt zeker een rol in de omvang van deze incidentie.

In 2005 werden bij de Brusselaars 669 nieuwe gevallen van prostaatkanker gediagnosticeerd (613 in 2004).

De incidentie voor de periode 2004-2005 bedraagt 133,0/100 000. Prostaatkanker komt zelden voor vóór 50 jaar, maar de incidentie stijgt nadien sterk met de leeftijd.



De incidentie van prostaatkanker ligt in Brussel lager dan in de twee andere gewesten (zie tabel 2-09). De incidentie in België is lager dan die in andere Europese landen, zoals Frankrijk, Finland of Zweden, maar hoger dan in Duitsland, Nederland of het Verenigd Koninkrijk. De verschillende opsporingsmethoden voor deze kanker verklaren ongetwijfeld in grote mate de waargenomen verschillen in incidentie.

Prostaatkanker is de vaakst voorkomende kanker bij de mannen. De verschillen in de incidentie van prostaatkanker tussen de verschillende Europese landen en tussen Brussel en de andere gewesten kunnen waarschijnlijk grotendeels worden verklaard door de verschillende opsporingmethoden.

Tabel 2-09	Incidentie van prostaatkanker naar gewest, mannen, België, 2004-2005	
	Ruwe incidentie	Gestandaardiseerde incidentie*
Brussels Gewest	133,0	125,7
Vlaams Gewest	202,6	159,0
Waals Gewest	176,4	152,4
België	187,6	154,3

* naar Europese Standaardpopulatie
Bron: Stichting Kankerregister, 2008

3.3.6 Andere kankers bij vrouwen

Eierstokkanker

Eierstokkanker is de meest dodelijke gynaecologische kanker na borstkanker. In 2007 zijn 51 Brusselse vrouwen aan deze kanker overleden. Eierstokkanker treft eerder oudere vrouwen (64 % van de sterfgevallen treedt op na 70 jaar), maar er worden ook sterfgevallen bij jonge vrouwen geregistreerd (zie figuur 2-33). Het sterftcijfer neemt af in de loop van de laatste jaren en is tussen 1998-2002 en 2003-2007 gedaald van 12,6 naar 9,9 per 100 000.

In 2005 werden 85 nieuwe gevallen van eierstokkanker gediagnosticeerd (71 in 2004).

Baarmoederhalskanker

De opsporing van baarmoederhalskanker met een uitstrijkje is zeer doeltreffend in termen van het terugdringen van de incidentie en de mortaliteit van invasieve baarmoederhalskanker. Er vertonen zich echter sterke sociale ongelijkheden wat deze opsporing betreft, door de afwezigheid van een georganiseerd opsporingsprogramma (zie Deel III “Determinanten van gezondheid”). Het is vandaag bekend dat baarmoederhalskanker wordt veroorzaakt door een infectie door het humaan Pappilomavirus (HPV), een seksueel overdraagbare infectie die de cellen van de baarmoederhals verandert ^[20]. In België betaalt de ziekteverzekering de vaccinatie tegen HPV (werkzaam tegen 70 % van de precancereuze stammen) terug sinds 2009 voor alle jonge meisjes tussen 12 en 18 jaar.

De mortaliteit door **baarmoederhalskanker** is relatief laag en evolueert weinig in de loop der jaren (18 sterfgevallen in 2007, 21 in 1998). Deze kanker treft jongere vrouwen: 55 % van de sterfgevallen komen voor vóór de leeftijd van 65 jaar (zie figuur 2-33).

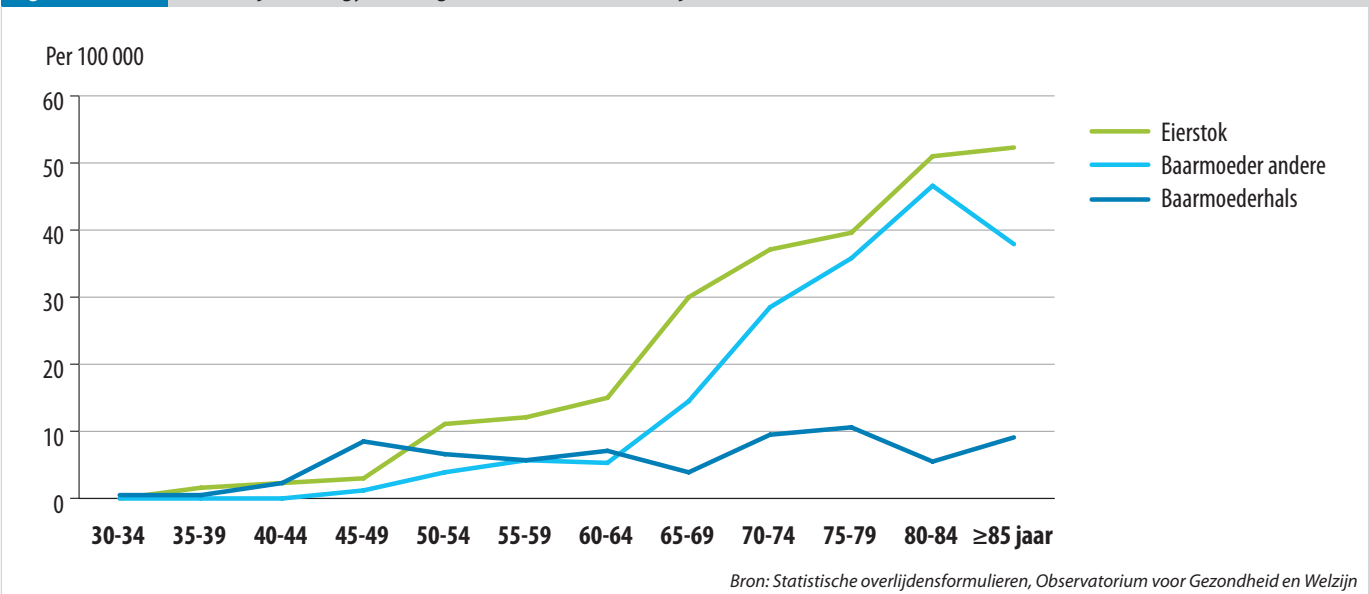
In 2005 werden 62 nieuwe gevallen van baarmoederhalskanker gediagnosticeerd (65 in 2004). In de loop van de jaren 2004-2005 betrof 16 % van de nieuwe invasieve gevallen vrouwen jonger dan 40. De evolutie van de incidentie voor het Brussels Gewest is niet bekend; voor Vlaanderen is ze redelijk stabiel (14).

Baarmoederlichaamkanker

De mortaliteit door baarmoederlichaamkanker (waaronder ook baarmoederkankers van niet-bepaalde oorsprong) is iets hoger dan die door baarmoederhalskanker. In 2007 werden 30 sterfgevallen geregistreerd. Deze kanker treft vaker oudere vrouwen en 79 % van de sterfgevallen komen voor na 70 jaar (zie figuur 2-33). Tussen 1998-2002 en 2003-2007 is het algemeen sterftcijfer lichtjes gedaald, maar de mortaliteit voor vrouwen van 65 tot 79 jaar stijgt.

In 2005 werden 107 gevallen van baarmoederlichaamkanker gediagnosticeerd (104 in 2004).

Figuur 2-33 Sterftecijfers van gynaecologische kankers, naar leeftijd, Brussel, 2003-2007



De mortaliteit en de incidentie van baarmoederlichaamkanker zijn hoger dan die van baarmoederhalskanker en treffen oudere vrouwen.

20 Alle patiënten met baarmoederhalskanker werden besmet door een HPV, maar niet alle patiënten met een HPV-besmetting ontwikkelen baarmoederhalskanker

3.3.7 Kanker van het lymfatisch, hematopoïetisch weefsel en aanverwanten

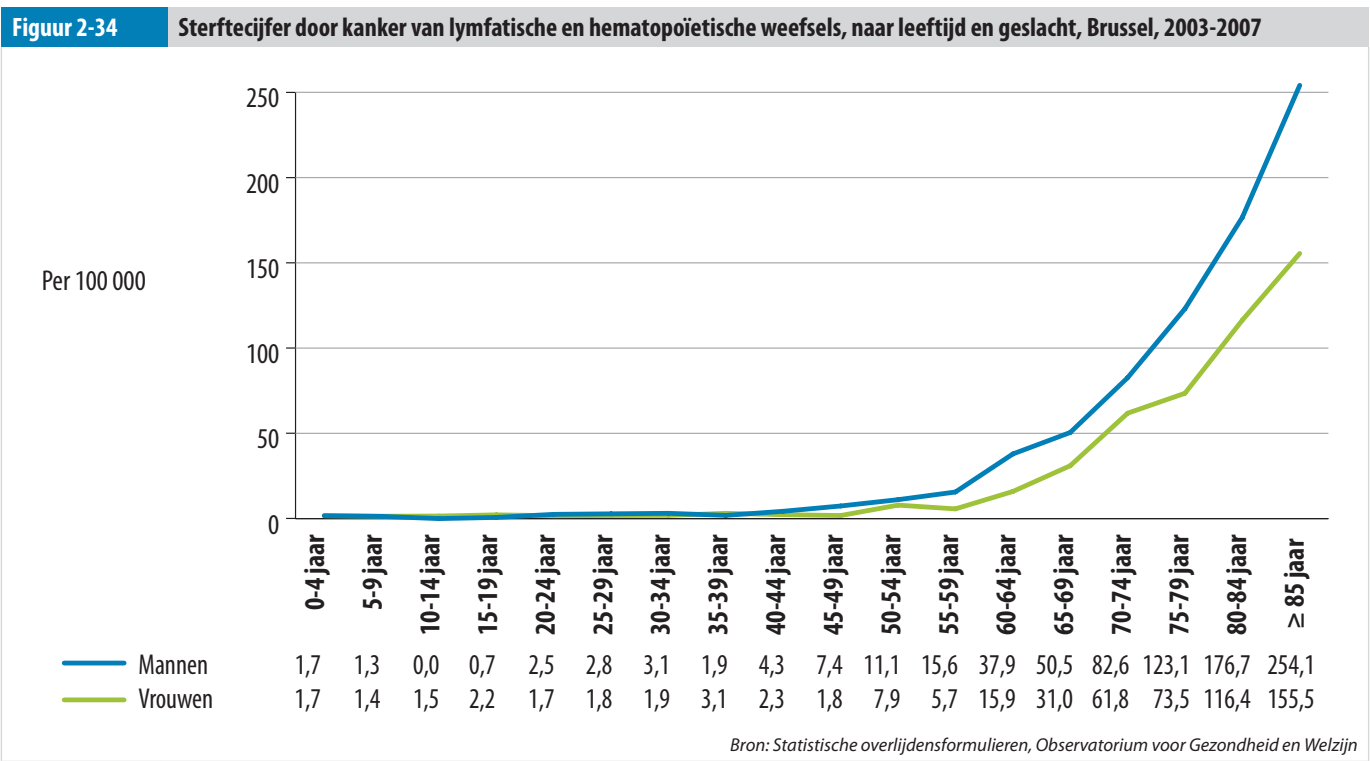
Deze groep verzamelt kankers zoals de verschillende types leukemie, de ziekte van Hodgkin en non-Hodgkin-lymfomen, kwaadaardige immunoproliferatieve aandoeningen of multipel myeloom.

Mortaliteit

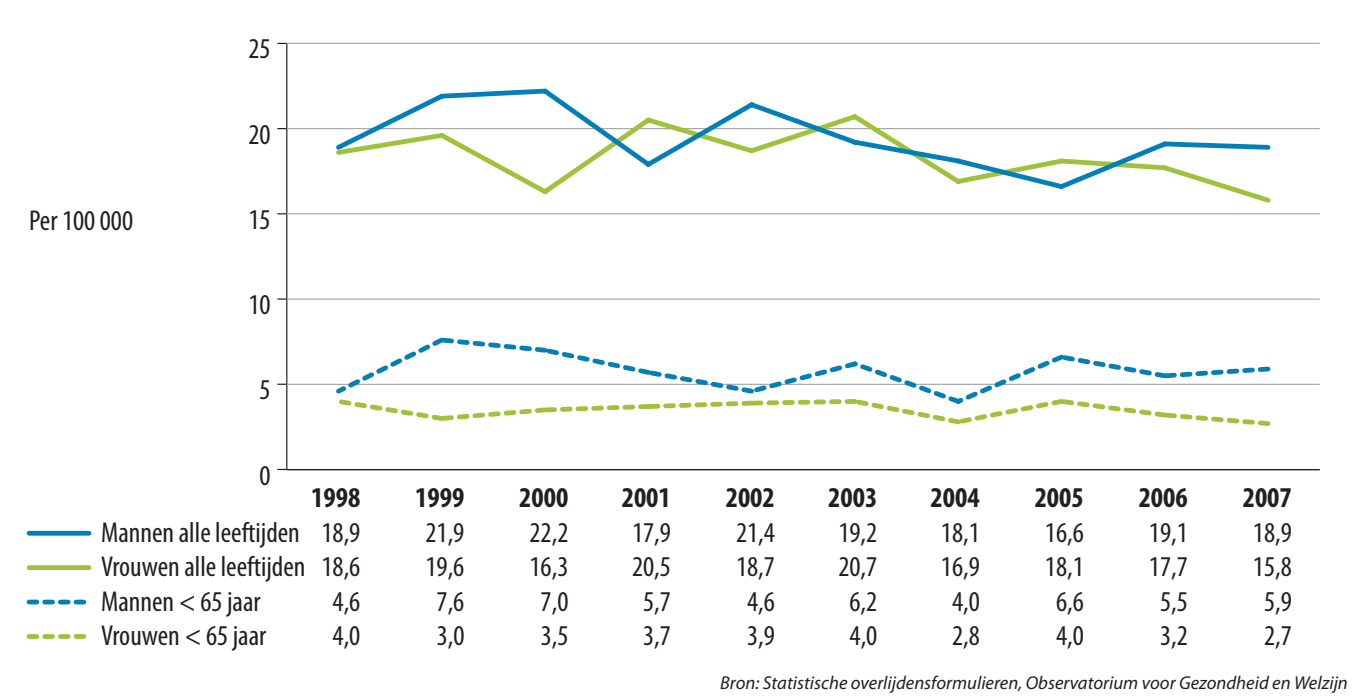
In de periode 2003-2007 werden 918 sterfgevallen geregistreerd, waarvan 42,2 % toe te schrijven was aan leukemie, 33,7 % aan non-Hodgkin-lymfomen, 19,7 % aan multipel myeloom (en plasmocytentumoren) en 3,1 % aan de ziekte van Hodgkin. De verdeling van het aantal sterfgevallen voor deze verschillende kankers blijft relatief stabiel in de loop van de 10 jaren die werden geanalyseerd en is vrij gelijkaardig voor mannen en vrouwen.

Deze groep van kankers treft alle leeftijdscategorieën met sterftecijfers die toenemen vanaf 50 jaar. Bij de jongsten ligt de incidentie ongeveer 10 maal hoger dan de mortaliteit, terwijl deze twee cijfers van dezelfde grootteorde zijn bij zeer oude mensen (zie figuren 2-34 en 2-36). De sterftecijfers variëren ook naargelang het type tumor en de doeltreffendheid van de behandelingen.

De afgelopen tien jaar zijn de sterftecijfers relatief stabiel gebleven.



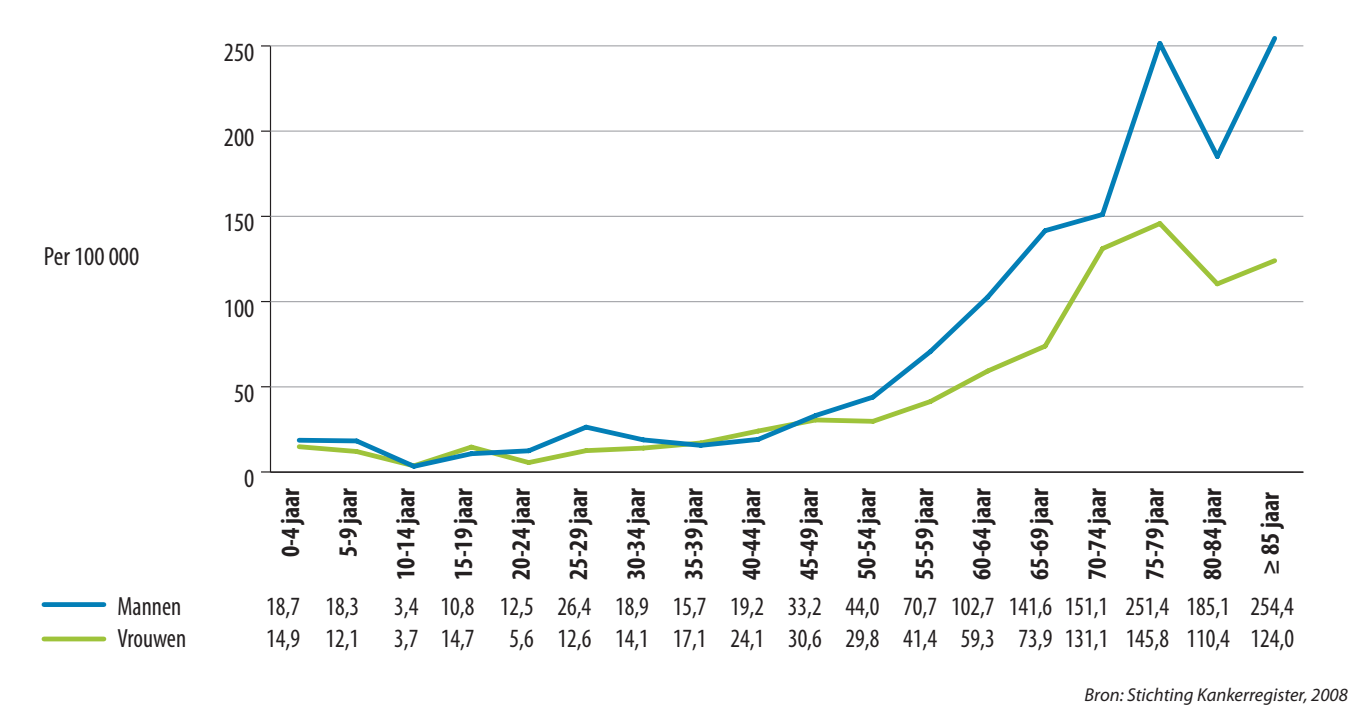
Figuur 2-35 Evolutie van de sterftecijfers door kanker van lymfatische en hematopoïetische weefsels, Brussel, 1998-2007



Morbiditeit

De incidentie van de verschillende types leukemie en lymfomen varieert volgens de leeftijd. De incidentie is het hoogst bij mannen ouder dan 50 jaar.

Figuur 2-36 Incidentie van de kankers van lymfatische en hematopoïetische weefsels naar leeftijd, 2004-2005



3.4 CHRONISCHE ADEMHALINGSZIEKTEN

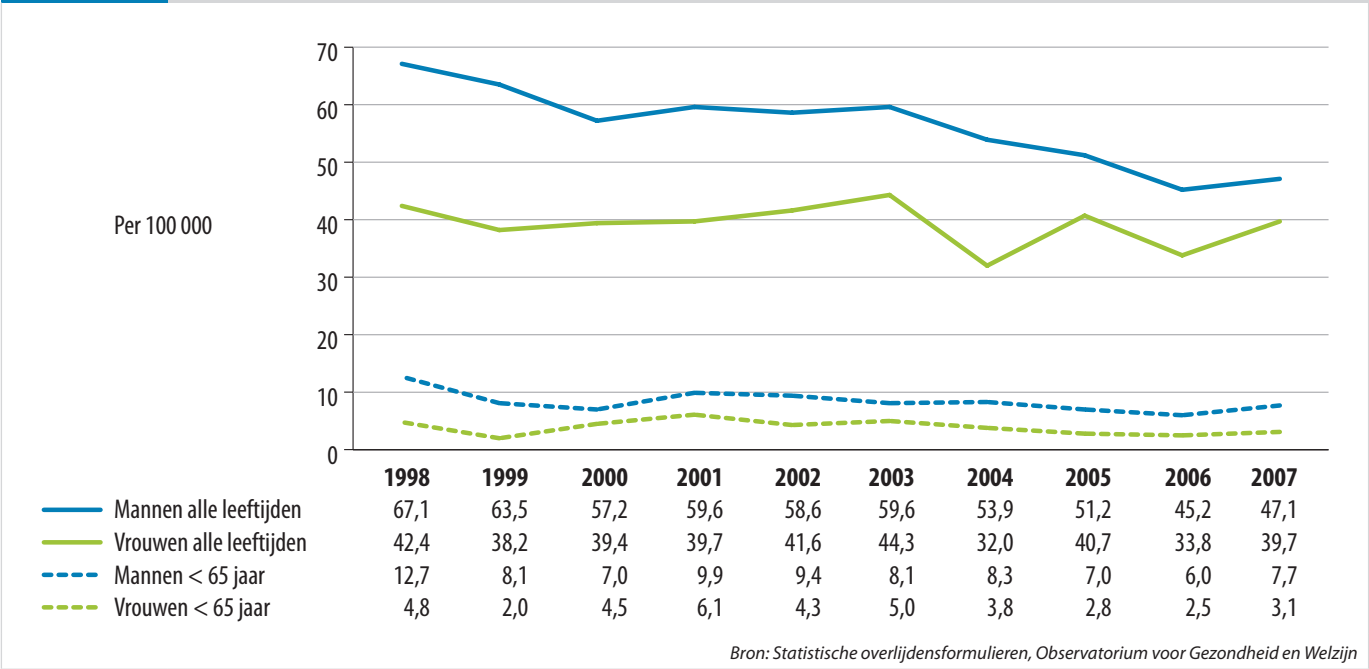
Ziekten die het ademhalingsstelsel chronisch aantasten, zijn enerzijds astma en anderzijds een groep ziekten die men “chronisch longlijden” noemt: chronische bronchitis, longemfyseem, bronchiëctasieën en andere. Het verband tussen chronisch longlijden en actief roken is welbekend; de rol van passief roken hoewel duidelijk bestaand, is minder bekend. Het verband tussen chronische ademhalingsziekten en vervuiling (buitenhuisvervuiling, stedelijke en industriële vervuiling, maar ook binnenhuisvervuiling) werd in verschillende studies aangetoond, maar het grote aantal betrokken factoren maakt dat de analyse complex is (27). Bijgevolg cumuleren economisch achtergestelde personen in de grote steden een heleboel risicofactoren van chronische ademhalingsziekten (28).

Mortaliteit

In 2007 zijn 450 Brusselaars overleden aan een chronische ademhalingsziekte.

De periode tussen 1998 en 2007 vertoont een daling van de sterftecijfers door chronische ademhalingsziekten, in het bijzonder bij mannen.

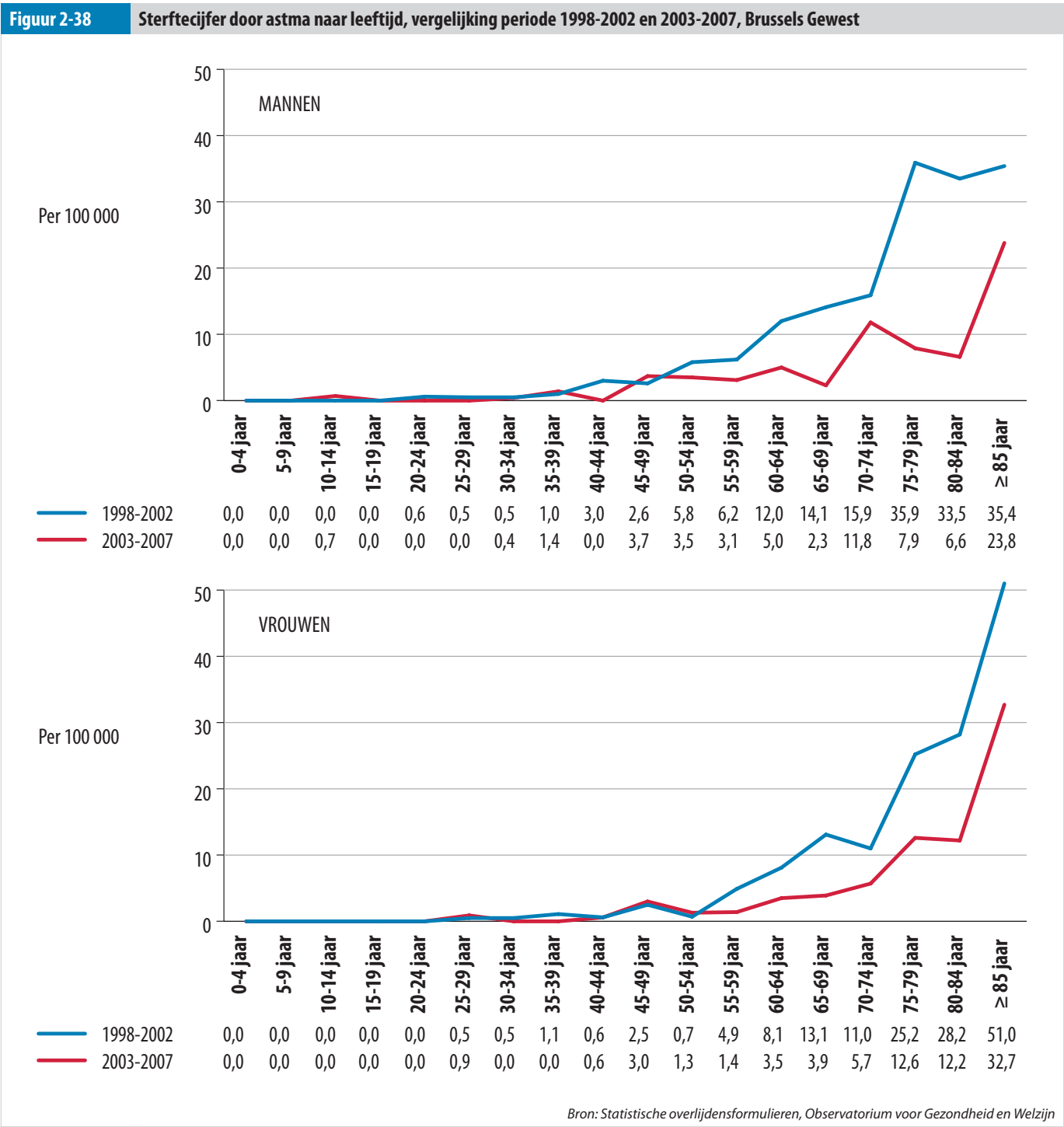
Figuur 2-37 Evolutie van het bruto sterftecijfer door chronisch respiratoire aandoening, Brussel, 1998-2007



De mortaliteit door chronische ademhalingsziekte is hoger voor mannen dan voor vrouwen. Na standaardisatie voor leeftijd ligt de vroegtijdige sterfte bij mannen voor de periode 2003-2007 2,3 maal hoger. Deze geslachtsverhouding is stabiel in de tijd.

Het risico op overlijden aan een chronische ademhalingsziekte neemt toe met de leeftijd, zowel voor mannen als voor vrouwen.

In de periode 2003-2007 werden 125 sterfgevallen door astma geregistreerd. Het sterftecijfer is aanzienlijk gedaald tegenover de periode 1998-2002, zowel voor vroegtijdige sterfte als voor de algemene sterfte. Onderstaande grafieken geven deze – vooral bij de 50-plussers – grote daling weer. Toch vallen er nog altijd overlijdens te betreuren van zeer jonge mensen (1 overlijden vóór 20, 6 sterfgevallen tussen 20 en 40 jaar).



Morbiditeit

In de Gezondheidsenquête van 2004 verklaart 5,8 % van de Brusselaars (5,8 % mannen en 5,7 % vrouwen, niet-significant verschil) de 12 voorgaande maanden **een chronische bronchitis of chronische longproblemen** (astma niet inbegrepen) te hebben gehad (geen verschil met de enquête van 2001). Het percentage mensen dat verklaart aan chronische bronchitis te lijden, stijgt sterk vanaf 45 jaar.

Van de mannen en vrouwen die verklaren aan een chronische ademhalingsziekte te lijden, wordt respectievelijk 87 % en 78 % gevolgd door een arts, doorgaans een huisarts; 90 % van deze mensen neemt geneesmiddelen voor deze aandoening.

Het percentage mannen of vrouwen in Brussel die verklaren een bronchitis of chronische longproblemen te hebben verschilt niet van het percentage in de grote Waalse en Vlaamse steden. Chronische ademhalingsproblemen komen vaker voor bij laaggeschoolden.

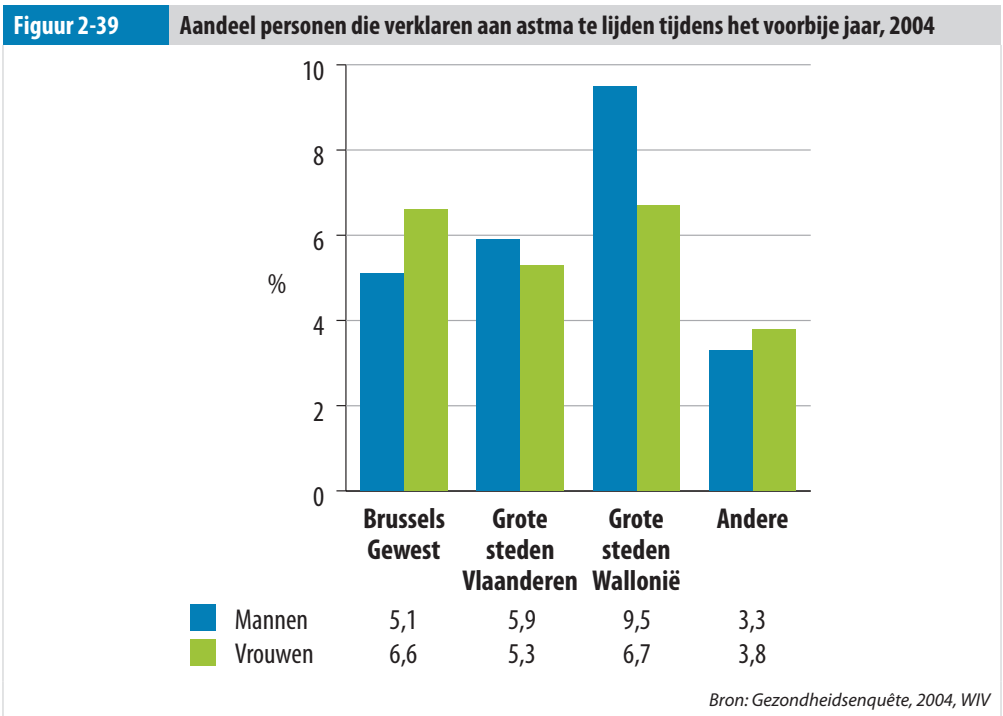
Meer dan een op de twintig Brusselaars verklaart chronische bronchitis of chronische longproblemen te hebben.

In diezelfde enquête verklaarde 5,5 % van de Brusselaars (5,0 % mannen en 5,9 % vrouwen, niet-significant verschil) de 12 voorgaande maanden **astma** te hebben gehad. Dit aandeel is tussen 2001 en 2004 aanzienlijk gedaald voor mannen.

81 % van de mannen die verklaren aan astma te lijden worden door een arts gevolgd en 89 % neemt geneesmiddelen. Deze percentages liggen lager voor vrouwen, respectievelijk 74 % en 81 %.

De prevalentie van astma varieert niet significant met de leeftijd.

Het percentage mannen ouder dan 15 dat zegt aan astma te lijden ligt hoger in de grote steden dan in de andere gebieden van het land. Er wordt een bijzonder hoog percentage vastgesteld bij mannen in de grote Waalse steden.



Meer dan een op de twintig Brusselaars zegt aan astma te lijden; voor volwassen mannen ligt dit percentage hoger in de grote steden dan in de andere gebieden van het land.

3.5 ALCOHOLGERELATEERDE AANDOENINGEN

Overmatig alcoholgebruik is een belangrijke risicofactor voor talrijke chronische aandoeningen, waaronder chronische leveraandoeningen, geestelijke gezondheidsproblemen, kanker, neurologische problemen, spijsverterings- of hartproblemen.

Overmatig alcoholgebruik is ook een grote risicofactor voor ongevallen, zelfmoord en geweld en heeft vaak desastreuze gevolgen voor het sociale leven. Deze aspecten zullen hier echter niet verder worden uitgewerkt.

Mortaliteit

De raming van de mortaliteit door alcoholgerelateerde aandoeningen is zeer complex. Er zijn enerzijds de sterfgevallen die zijn te wijten aan een specifieke alcoholaandoening ^[21] en anderzijds aandoeningen waarbij overmatig alcoholgebruik een belpalende maar geen specifieke rol speelt, zoals kankers van de bovenste spijsverteringswegen (lippen, mond, keel, slokdarm en strottenhoofd) waarbij roken ook een belangrijke rol speelt, en waarbij de combinatie alcohol-roken de risico's nog doet toenemen.

Om de alcoholgerelateerde mortaliteit te analyseren hebben we verschillende definities gebruikt: "alcohol strikt" omvat enkel de sterfgevallen die rechtstreeks en éénduidig aan alcohol te wijten zijn en "alcohol ruim" omvat daarnaast ook de kankers van de bovenste lucht- en spijsverteringswegen.

Van de sterfgevallen als gevolg van "alcohol strikt", aangehaald als initiële oorzaak, is 68,6 % te wijten aan een alcoholische leverziekte, 24,1 % aan mentale problemen, 2,7 % aan een alcoholische myocardiopathie, 1,6 % aan alcoholische pancreatitis, 1,5 % aan neurologische problemen, 1,0 % aan een accidentele intoxicatie en 0,4 % aan zelfmoord.

De analyses kunnen worden beperkt tot de sterfgevallen waarvoor deze oorzaken worden vermeld als initiële oorzaak voor het overlijden: deze keuze werd gemaakt voor de vergelijking van de oorzaken van vroegtijdig overlijden aan het begin van Deel II (zie figuren 2-04 en 2-07). Anderzijds kunnen ook alle sterfgevallen in rekening worden genomen waarvoor deze oorzaken worden vermeld in de verschillende doodsoorzaken, hiervoor werd geopteerd in het vervolg van dit hoofdstuk.

Tabel 2-10 geeft het aantal sterfgevallen weer volgens de verschillende definities. Alcoholgerelateerde aandoeningen vertegenwoordigen dus 1,2 tot 4,5 % van alle sterfgevallen voor de periode 2003-2007.

Tabel 2-10	Aantal en percentage overlijdens en sterftecijfer voor alcoholgerelateerde aandoeningen volgens de verschillende definities, Brussel, 2003-2007								
	Aantal overlijdens			% van totaal overlijdens			Algemeen sterftecijfer (/100 000)		
	Mannen	Vrouwen	totaal	Mannen	Vrouwen	Totaal	Mannen	Vrouwen	Totaal
Alcohol initiëel strikt	370	174	544	1,7 %	0,7 %	1,2 %	15,2	6,6	10,7
Alcohol initiëel ruim	825	380	1 205	3,9 %	1,5 %	2,6 %	33,8	14,4	23,7
Alcohol strikt totaal	973	391	1 364	4,6 %	1,5 %	2,9 %	39,8	14,8	26,9
Alcohol ruim totaal	1 484	625	2 109	7,0 %	2,4 %	4,5 %	60,8	23,7	41,5

Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

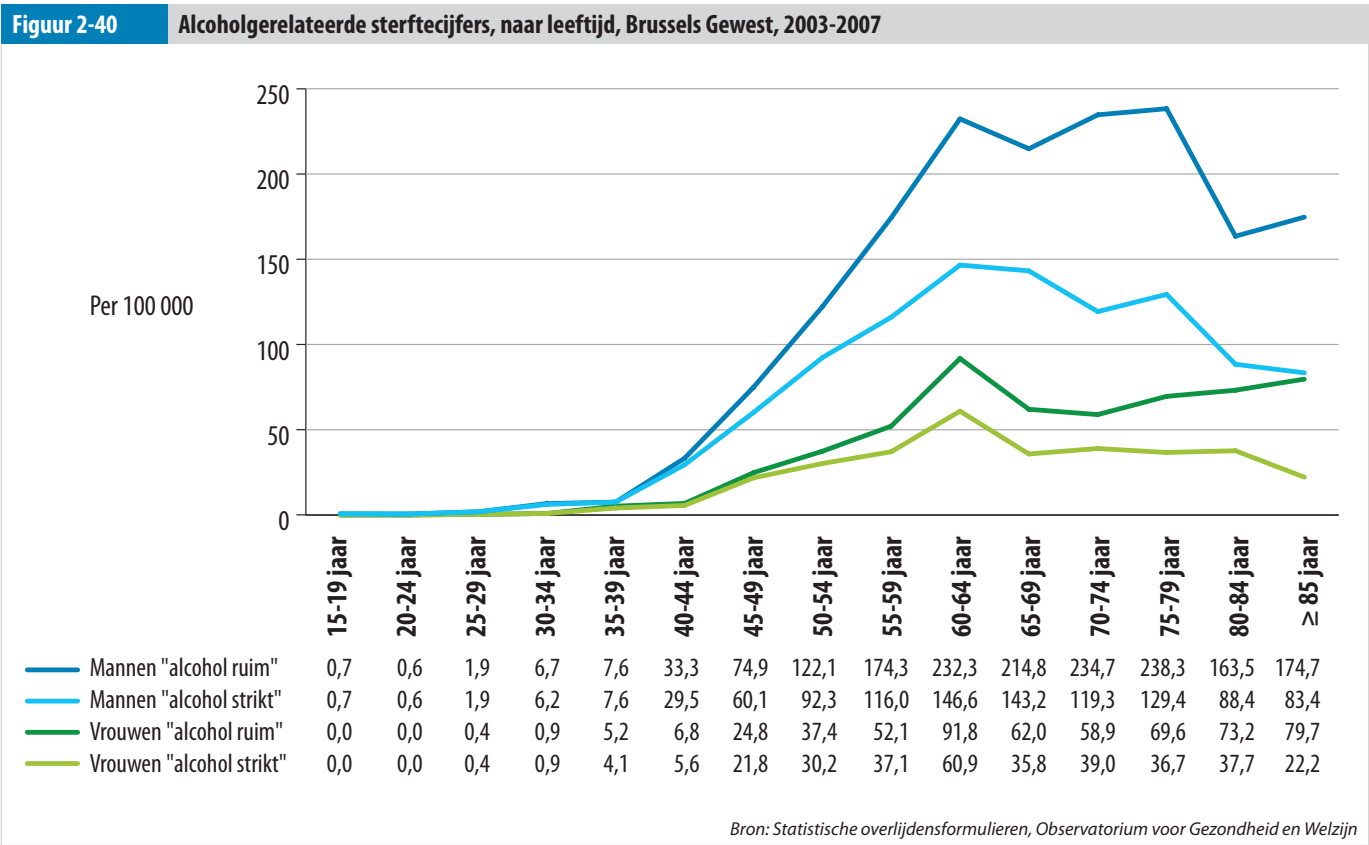
21 Zo zijn er 30 alcoholspecifieke ICD-10-codes met drie cijfers (29). Voor onze analyses hebben wij de volgende aandoeningen genomen: Alcoholische leverziekte (K70) en chronische alcoholische pancreatitis (K86.0), alcoholgerelateerde psychische en mentale stoornissen (F10), alcoholgerelateerde degeneratieve aandoeningen van het zenuwstelsel (G31.2), alcoholgerelateerde epilepsieaanvallen (G40.5), alcoholische polyneuritis (G62.1), alcoholische myocarditis (I42.6), alcoholische gastritis (K29.2) en accidentele (X45) dan wel zichzelf berokkende (X65) alcoholintoxicatie of alcoholintoxicatie waarvan de intentie niet duidelijk is (Y15).

Alcohol speelt ook een belangrijk rol in het aantal verloren potentiële levensjaren. In de ruimste definitie was alcohol in 2003-2007 verantwoordelijk voor het verlies van 18 278 levensjaren bij mannen, wat 12,6% van alle verloren potentiële levensjaren voor 75 jaar is, en 6 094 levensjaren voor vrouwen (6,9%).

Tussen 1998-2002 en 2003-2007 daalt de alcoholgerelateerde mortaliteit vóór 65 jaar zowel voor mannen als voor vrouwen. De mortaliteit voor mannen van de leeftijdscategorie 65-74 jaar stijgt daarentegen.

In de periode 2003-2007 werden bij mannen 2 sterfgevallen vóór 25 jaar geregistreerd (tegenover 6 in 1998-2002). De sterftcijfers stijgen snel met de leeftijd vanaf 35 jaar en de hoogste cijfers worden gevonden tussen 60 en 69 jaar indien enkel rekening wordt gehouden met de specifieke alcoholaandoeningen, en tussen 60 en 79 jaar als we ook rekening houden met de kankers van de bovenste lucht- en spijsverteringswegen, die zich later manifesteren.

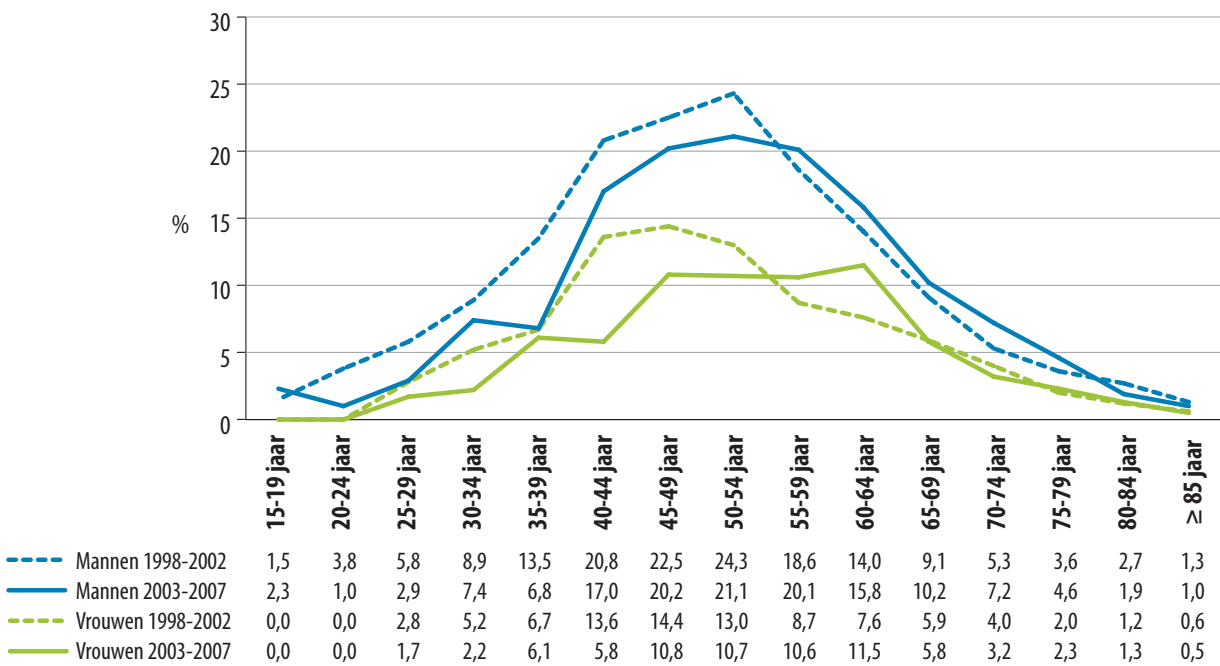
De sterftcijfers bij vrouwen liggen aanzienlijk lager en er werden geen overlijdens vóór 25 jaar geregistreerd. De periode 2003-2007 vertoont een mortaliteitspiek voor de categorie 60 tot 64 jaar.



Het aandeel van alcoholgerelateerde mortaliteit varieert naargelang de leeftijd. Tussen de twee bestudeerde periodes is het aandeel van alcoholgerelateerd overlijden gedaald voor de leeftijdsgroep jonger dan 55, maar gestegen voor de oudere leeftijdsgroep.

Figuur 2-41

Percentage alcoholgerelateerde overlijdens (ruime definitie), vergelijking 1998-2002 en 2003-2007, Brussels Gewest



Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

Morbiditeit

In het Brussels Gewest zijn er grote verschillen in de alcoholgerelateerde mortaliteit naargelang de nationaliteit: de mortaliteit bij Brusselaars van Marokkaanse of Turkse nationaliteit ligt veel lager dan die bij Belgen (zie Deel III: "Determinanten van gezondheid").

Alcohol speelt een belangrijke rol in de vroegtijdige sterfte: 13 % van de verloren potentiële levensjaren bij mannen en 7 % bij vrouwen werden veroorzaakt door alcohol.

Gegevens over de prevalentie van alcoholgerelateerde aandoeningen in het Brussels Gewest zijn niet beschikbaar.

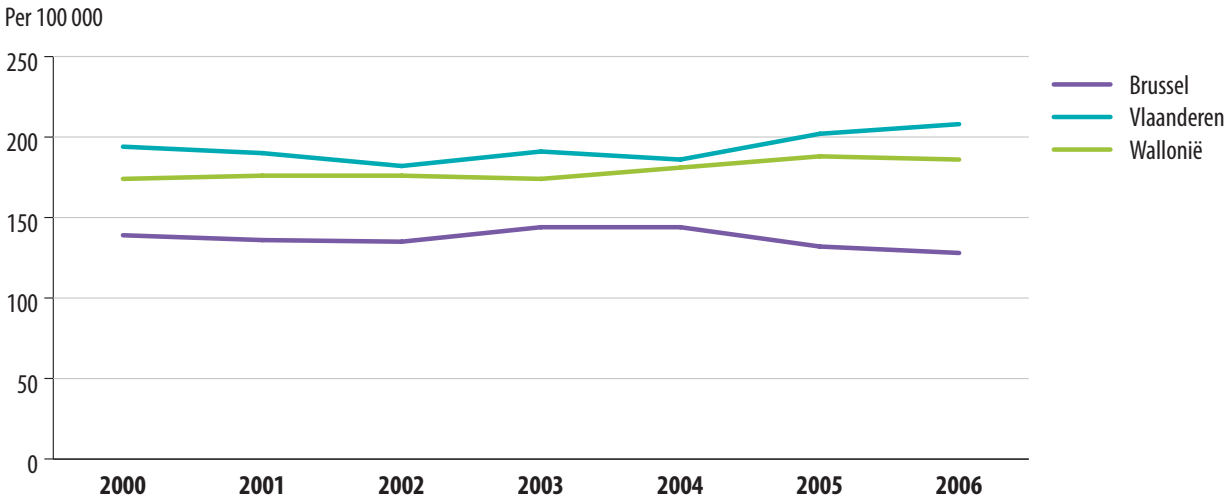
Het alcoholconsumptieprofiel van de Brusselaars wordt voorgesteld in het hoofdstuk "Levensstijl" van Deel III.

Dankzij de Minimale Psychiatrische Gegevens (MPG) kan de evolutie worden bestudeerd van het aantal opnamen in een psychiatrische dienst als gevolg van alcoholisme en alcoholgerelateerde problemen. Deze cijfers blijven relatief stabiel in het Brussels Gewest, terwijl ze in de andere gewesten toenemen.

Deze opnamen betreffen geen ziekenhuisopnamen in andere diensten waar patiënten worden opgenomen voor medische problemen als gevolg van hun alcoholgebruik.

Figuur 2-42

Evolutie van het aandeel psychiatrische opnames voor alcoholisme of aan alcohol gerelateerde problemen per 100 000 inwoners, 2000-2006



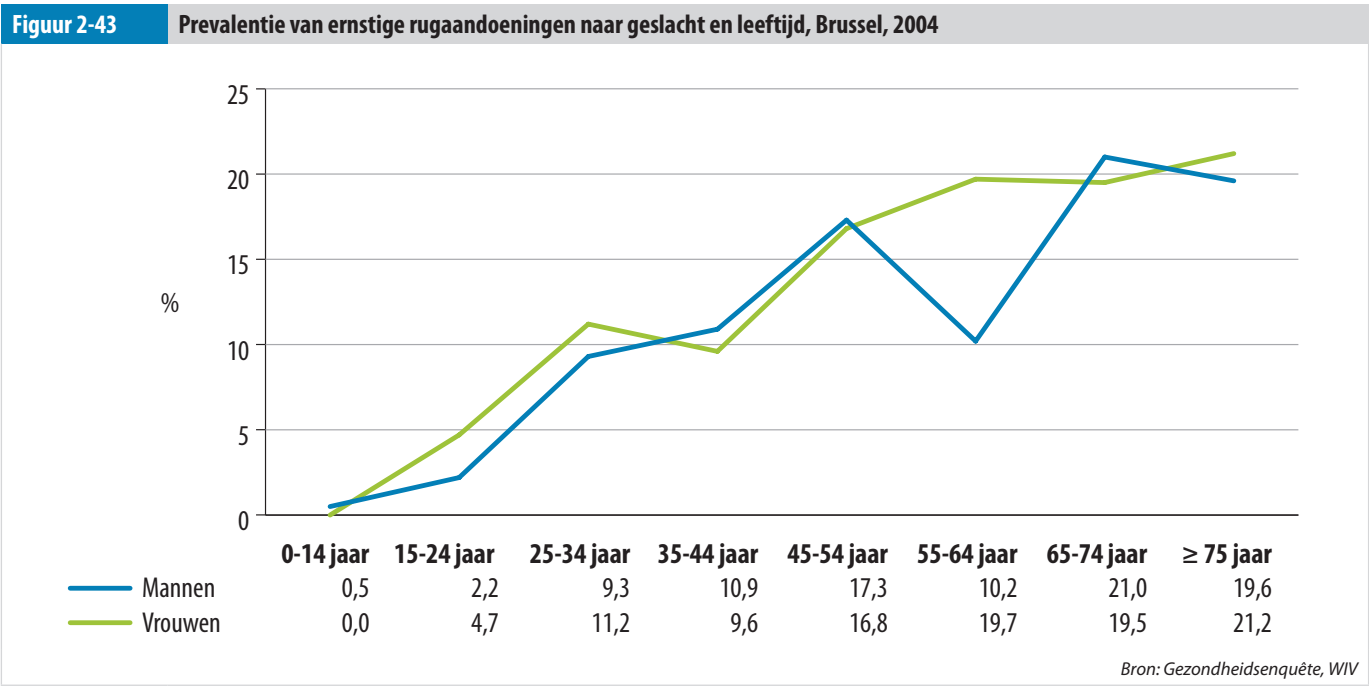
Bron: MPG, FOD Volksgezondheid

3.6 MUSCULO-SKELETALE PROBLEMEN

De beschikbare gegevens maken slechts een onvolledige benadering van de morbiditeit van musculo-skeletale problemen mogelijk. De symptomatologie trekt evenwel de aandacht door de groeiende problematiek van aandoeningen als lumbalgie die samenhangen met een sedentaire levenswijze en stress.

In de Gezondheidsenquête van 2004 verklaart 10,4 % van de Brusselaars de 12 voorgaande maanden een ernstige rugaandoening te hebben gehad. Dit percentage blijft stabiel tussen 1997 en 2004.

Een op de tien mensen tussen 25 en 44 jaar verklaart een ernstige rugaandoening te hebben. Vanaf 55 jaar geldt dit voor ongeveer een op de vijf.



Er is geen significant verschil tussen het percentage mannen en vrouwen met rugklachten. Toch worden vrouwen vaker opgevolgd door een arts (74,5 % versus 59,5 %) en nemen ze vaker geneesmiddelen dan mannen (67,1 % versus 60,9 %).

bedienden: bij bedienden is 11,4 % van de invaliditeit bij mannen en 17,1 % bij vrouwen te wijten aan spier- en gewrichtsproblemen; bij arbeiders is dit respectievelijk 20,6 % en 21,5 % (bron: RIZIV).

Er is geen verschil in het percentage mannen of vrouwen met een ernstige rugaandoening in Brussel of in de grote Vlaamse of Waalse steden.

Een op de tien jongvolwassenen zegt aan een ernstige rugaandoening te lijden. Bij arbeiders is een vijfde van de gevallen van invaliditeit te wijten aan een musculo-skeletaal probleem.

Spier- en gewrichtsproblemen zijn verantwoordelijk voor 18,7 % van de invaliditeit in Brussel ^[22], zowel bij mannen als bij vrouwen de tweede oorzaak (na mentale problemen en vóór hart- en vaatziekten). Tussen 2000 en 2007 is het aantal invaliden als gevolg van spier- en gewrichtsproblemen gestegen van 3 610 naar 4 285, een stijging met 19 %. Het aandeel van invaliditeit als gevolg van spier- en gewrichtsproblemen ligt hoger bij arbeiders dan bij

22 Erkende en uitkeringsgerechtigde invaliditeit

3.7 DIABETES

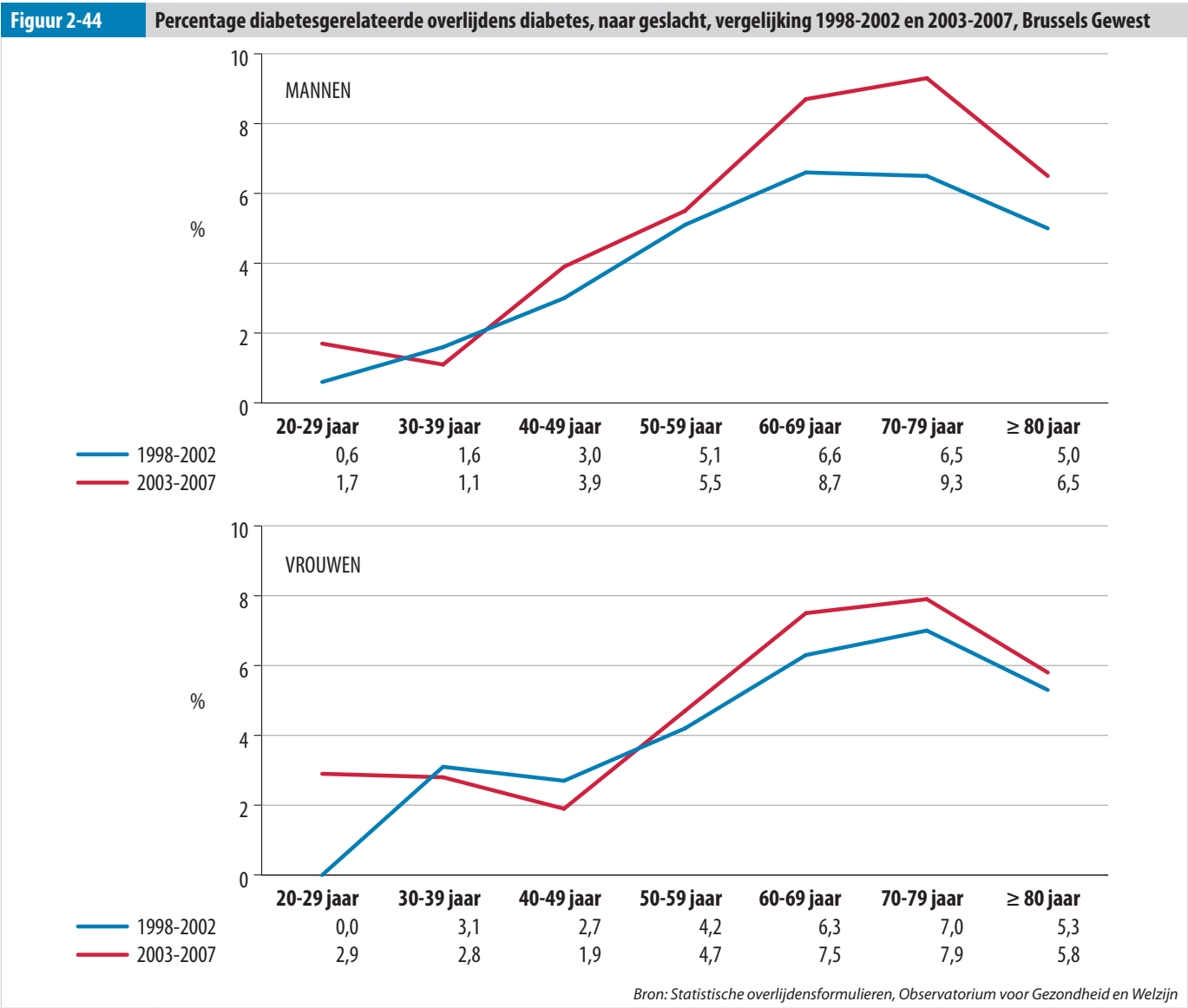
Diabetes, voornamelijk van type II, is in vele landen een ernstig probleem voor de volksgezondheid. Regio's die de afgelopen 50 jaar een snelle sociaaleconomische ontwikkeling hebben gekend, die gepaard ging met een verandering van de levensgewoonten, zien de incidentie van diabetes en zijn complicaties toenemen. Deze aandoening neemt "epidemische" proporties aan, meer bepaald bij de achtergestelde bevolkingsgroepen, en alles wijst erop dat deze trend zich de komende jaren nog zal verderzetten. Het is momenteel algemeen aanvaard dat de gevolgen van diabetes en andere cardiovasculaire risicofactoren (roken, obesitas, hoge bloeddruk, hyperlipidemie,...) nog zullen verergeren wanneer ze worden gecombineerd. Diabetes heeft niet alleen een impact op de mortaliteit, maar is ook de oorzaak van verschillende handicaps als gevolg van zijn microvasculaire complicaties in verschillende organen (retinopathieën, nefropathieën en neuropathieën). Vele mensen lijden aan diabetes zonder het te weten en de mortaliteit van de aandoening wordt bijgevolg onderschat.

Mortaliteit

De onderstaande resultaten omvatten zowel de sterfgevallen waarbij diabetes als oorspronkelijke doodsoorzaak werd opgegeven als de sterfgevallen waarbij diabetes voorkomt als bijkomende of intermediare doodsoorzaak^[23].

Het aandeel van diabetes in het totale aantal sterfgevallen is de afgelopen 10 jaar gestegen. Diabetes veroorzaakte 7,2 % van de sterfgevallen bij mannen in de periode 2003-2007 tegenover 5,5 % in de periode 1998-2002. Bij vrouwen is deze stijging minder groot: 6,1 % van de sterfgevallen in 2003-2007 tegenover 5,6 % in 1998-2002.

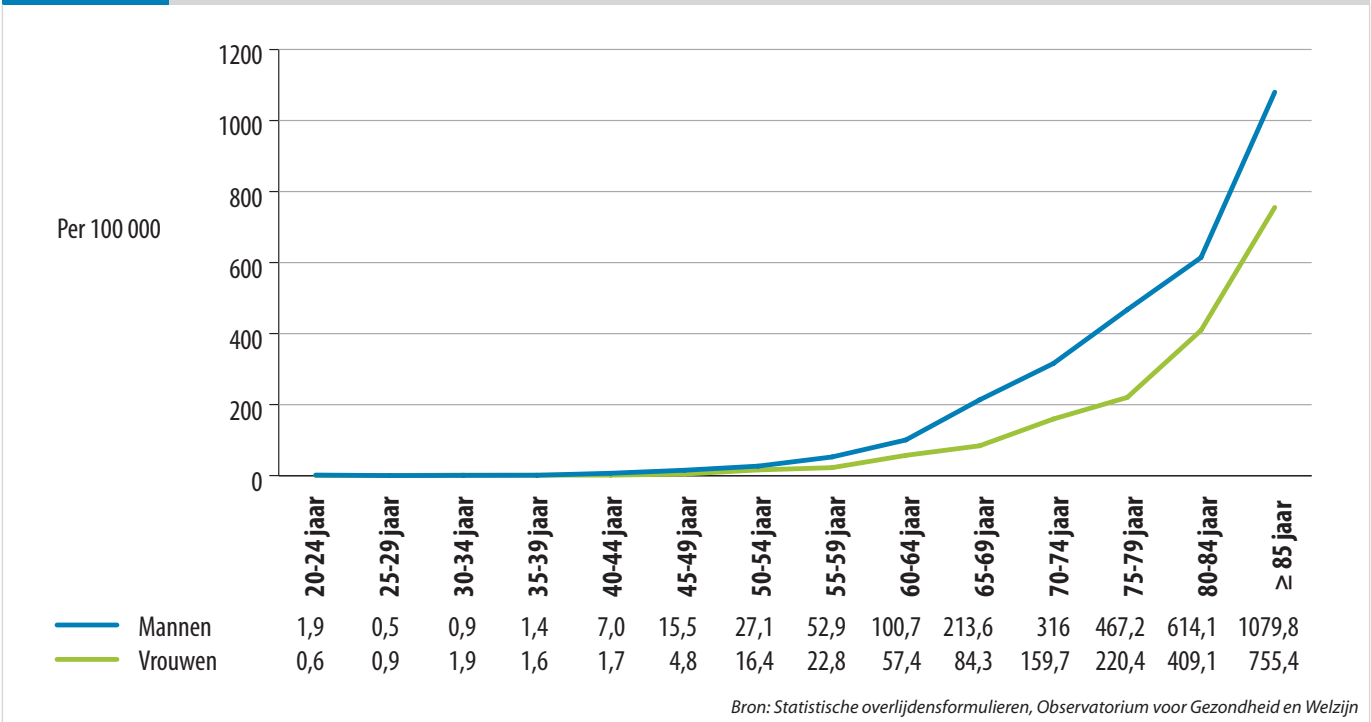
De diabetesgerelateerde mortaliteit neemt toe met de leeftijd en is hoger voor mannen dan voor vrouwen (sex-ratio = 1,8). Er zijn weinig diabetesgerelateerde sterfgevallen vóór 20 jaar: in de periode 2003-2007 werd slechts één enkel overlijden in deze leeftijdscategorie geregistreerd (figuur 2-45).



23 Door alleen rekening te houden met diabetes als initiële doodsoorzaak, worden met diabetes geassocieerde sterfgevallen onderschat. In 2007 vermeldde slechts 130 van de 607 met diabetes (als meervoudige doodsoorzaak) geassocieerde sterfgevallen

diabetes als initiële oorzaak van het overlijden. Deze onderschatting stijgt sterk met de leeftijd.

Figuur 2-45 Sterftecijfer door diabetes naar leeftijd, Brussel, 2003-2007



Morbiditeit

Tussen de periode 1998-2002 en de periode 2003-2007 wordt een stijging genoteerd van het aantal diabetesgerelateerde sterfgevallen voor mannen: de algemene mortaliteit is gestegen tot 62,5 per 100 000 inwoners in 2003-2007 tegenover 53,9 in 1998-2002. Deze stijging betreft voornamelijk mannen ouder dan 60. Voor vrouwen blijft het sterftecijfer stabiel: 59,7 per 100 000 in 2003-2007 tegenover 60,0 in 1998-2002.

Het sterftecijfer is duidelijk hoger voor Marokkaanse en Turkse vrouwen in vergelijking met Belgische vrouwen of vrouwen uit een van de 27 EU-lidstaten. Deze verschillen bestaan ook, zij het minder uitgesproken, voor Marokkaanse mannen. In tegenstelling tot bij de Belgische bevolking of de bevolking uit de EU, is de mortaliteit door diabetes bij de Marokkaanse bevolking hoger voor vrouwen dan voor mannen.

In het Belgisch Diabetesregister wordt de epidemiologie van diabetes vóór 40 jaar opgevolgd. Daarin wordt een stijging genoteerd van de incidentie van diabetes type 1 bij jongeren onder de 15, voornamelijk jongens (30).

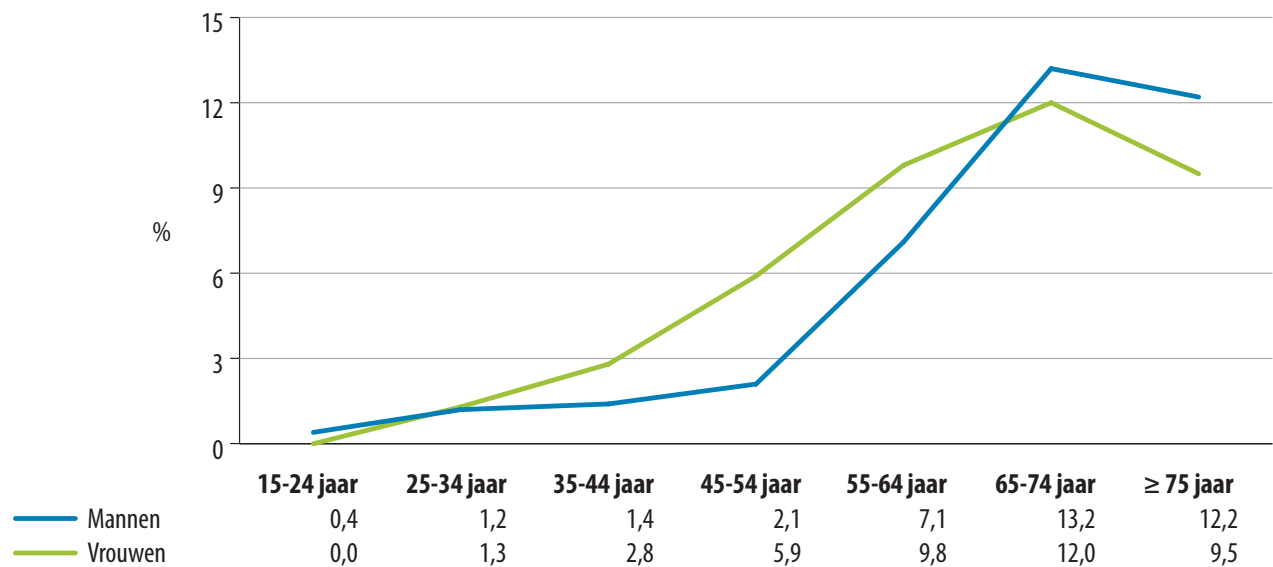
In de Gezondheidsenquête van 2004 verklaart 3,6 % van de ondervraagde Brusselaars (4,2 % vrouwen en 3,0 % mannen) de 12 voorgaande maanden aan diabetes ^[24] te hebben geleden. De verschillen tussen mannen en vrouwen zijn niet significant na controle voor de leeftijd. Van de mensen die aan diabetes lijden, wordt 91 % van de mannen en 87 % van de vrouwen door een arts gevolgd (35 % van de mannen en 46 % van de vrouwen worden uitsluitend door hun huisarts gevolgd). De meesten volgen een behandeling met geneesmiddelen. Er is geen significante stijging van de prevalentie van diabetes (gestandaardiseerd voor leeftijd) bij mannen tussen 1997 en 2004. Bij vrouwen daarentegen is de prevalentie van diabetes gestegen, van 2,9 % in 1997 tot 4,1 % in 2004.

De prevalentie van diabetes neemt toe met de leeftijd en deze aandoening treft meer dan een op de tien mensen ouder dan 65.

24 Door de afwezigheid van symptomen of diagnose bestaat de kans dat sommigen niet weten dat ze diabetes hebben. De enquêtevraag maakt geen onderscheid tussen de verschillende types van diabetes.

Figuur 2-46

Percentage van de ondervraagde personen dat verklaart aan diabetes te lijden naar leeftijd en geslacht, Brussel, 2004



Bron: Gezondheidsenquête 2004, WIV

Het percentage mannen of vrouwen in Brussel die verklaren diabetes te hebben verschilt niet van grote Waalse en Vlaamse steden.

Er zijn duidelijke sociale ongelijkheden voor diabetes, in het bijzonder bij vrouwen. Het risico op diabetes (gestandaardiseerd voor leeftijd) ligt voor de laagstgeschoolden driemaal hoger dan dat voor mensen met een diploma hoger onderwijs.

Daarnaast, onafhankelijk van het opleidingsniveau, hangt ook de Turkse of Marokkaanse nationaliteit samen met een verhoogd risico op diabetes bij vrouwen (zie details in Deel III “Determinanten van gezondheid”).

Deze ongelijkheden in verband met diabetes kunnen grotendeels worden verklaard door de ongelijkheid ten opzichte van obesitas (zie verder).

Diabetes treft meer dan een op de tien mensen ouder dan 65 jaar.

3.8 OBESITAS

Obesitas is geen ziekte op zich, maar een risicofactor voor talrijke aandoeningen (ischemische hartziekten, arteriële hypertensie, cerebrovasculaire aandoeningen, colonkanker, baarmoederkanker, borstkanker, diabetes type 2, galstenen). Daarom vormt de stijgende toename van overgewicht in de meeste geïndustrialiseerde landen de laatste decennia een belangrijk probleem voor de volksgezondheid. In landen met een hoge levensstandaard of waar de gemiddelde levensstandaard toeneemt, wordt de bevolking overspoeld met verleidingen die de opname van calorierijke voeding stimuleren; bovendien neemt de bevolking een steeds meer sedentaire levensstijl aan. Arme of achtergestelde mensen zijn uiterst kwetsbaar omdat producten met te veel vetten en/of suikers goedkoper zijn dan groenten en fruit.

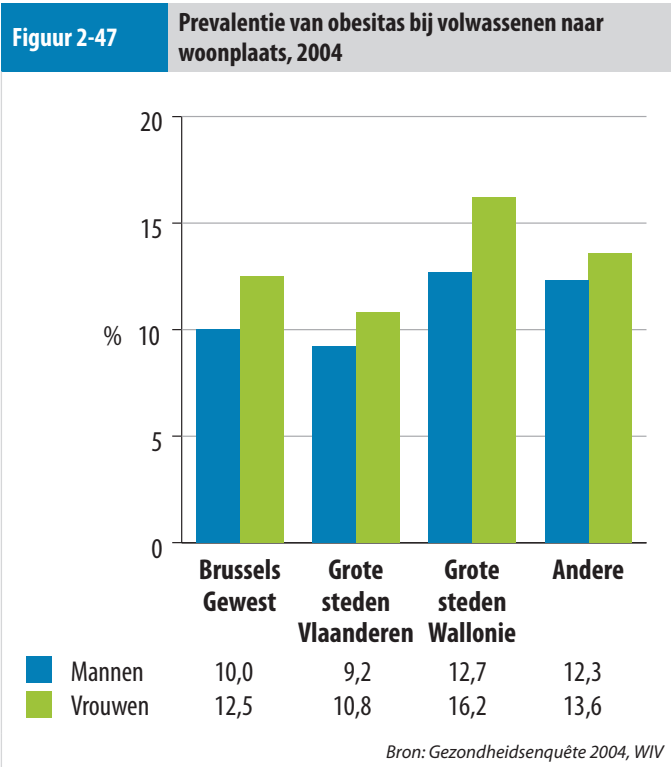
In 2004 verklaarde 39 % van de Brusselaars boven de 18 jaar (44 % mannen en 35 % vrouwen) met overgewicht te kampen (BMI > 25). Daarvan is ongeveer een kwart zwaarlijvig: 10,0 % mannen en 12,6 % vrouwen (BMI > 30).

Het percentage Brusselaars met obesitas ligt iets lager dan het percentage in het hele land. Er is geen significant verschil tussen Brussel en de grote steden in Vlaanderen en Wallonië.

In Brussel is het percentage mannen met overgewicht en obesitas tussen 1997 en 2004 significant gestegen (respectievelijk van 39 naar 44 % en van 8 naar 10 %; na standaardisatie voor leeftijd). Bij vrouwen is de stijging niet significant.

De sociale ongelijkheden op het vlak van obesitas zijn groot, in het bijzonder voor vrouwen. Vrouwen met maximum een diploma lager onderwijs lijden viermaal meer aan obesitas dan vrouwen met een diploma hoger onderwijs. Turkse en Marokkaanse vrouwen onafhankelijk van het opleidingsniveau lijden ook vaker aan obesitas dan Belgische vrouwen (voor meer details, zie Deel III: “Determinanten van Gezondheid”). Deze ongelijkheden op het vlak van obesitas verklaren in grote mate de ongelijkheden die werden waargenomen voor diabetes.

Diabetes en obesitas zijn belangrijke problematieken voor de volksgezondheid met een duidelijke sociale gradiënt, vooral bij vrouwen.



4. Infecties

Infectieziekten, vroeger de eerste oorzaak van overlijden bij de bevolking, hebben in de geïndustrialiseerde landen sinds het einde van de 19^{de} eeuw geleidelijk de fakkel overgedragen aan hart- en vaatziekten, kanker en diabetes. Toch houdt de volksgezondheid infectieziekten nog nauwlettend in de gaten. In het laatste kwart van de vorige eeuw hebben nieuwe infectieziekten, zoals aids, hun opwachting gemaakt, terwijl oude infectieziekten, zoals tuberculose, nog steeds voorkomen.

4.1 MONITORING EN ONDER CONTROLE HOUDEN VAN INFECTIEZIEKTEN

De monitoring van infectieziekten houdt in dat men beschikt over valide informatie omtrent nieuwe infectiegevallen, zodat de bevoegde overheid maatregelen kan nemen om infecties die mogelijke risico's opleveren voor de bevolking onder controle te houden. De beschikbare informatie voor het Brussels Gewest is afkomstig van verschillende bronnen (zie kader).

Maatregelen voor de monitoring en onder controle houden van infectieziekten

De verplichte aangifte van overdraagbare aandoeningen: In het Brussels Gewest komen een veertigtal ziekten voor op de lijst van ziekten die verplicht moeten worden aangegeven (nieuw besluit van 23/04/2009, <http://reflex.raadvst-consetat.be/reflex/pdf/Mbbs/2009/06/18/113359.pdf>). De artsen-inspecteurs voor Hygiëne van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie ^[25] ontvangen de aangiften en staan borg voor de uitvoering van de nodige maatregelen.

Peillabo's: dit programma stoelt op de vrijwillige en onbezoldigde deelname van 109 microbiologielaboratoria in het hele land, of 63 % van alle in 2007 voor microbiologie erkende laboratoria van het ziekenhuis- of privétype, verdeeld over 32 van de 43 arrondissementen van het land. De peillabo's houden in totaal toezicht op een vijftigtal ziektekiemen die omwille van het belang voor de volksgezondheid werden geselecteerd. 15 van de 17 erkende microbiologielabo's in het Brussels Gewest maken deel uit van de peillabo's.

Referentielaboratoria: een veertigtal laboratoria is gespecialiseerd in onderzoek naar een of meer ziektekiemen. Deze laboratoria staan in voor de bevestiging van de diagnose van de door de laboratoria voor microbiologie gestuurde stalen en voor bijkomende onderzoeken, zoals de typering van de bacteriestammen en/of het onderzoek naar de resistentie tegen antibiotica.

Het klinisch surveillancepeilnetwerk: dit netwerk werd opgericht in 2000 en wordt gecoördineerd door het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid. Het steunt op de vrijwillige medewerking van clinici verspreid over het Belgische grondgebied, zoals gynaecologen, dermatologen, huisartsen, internisten, urologen, centra voor preventie en gezinsplanning, SOA-klinieken, medische studentencentra. Het netwerk telde begin 2008 48 vestigingen, waarvan 11 in het Brussels Gewest. Het registreert anoniem een tiental seksueel overdraagbare infecties.

Het netwerk van huisartsenpeilpraktijken: in 2007 telde dit netwerk 187 huisartsen die representatief zijn voor het profiel van de huisartsen in België (waarvan 8,6 % in Brussel), die continu en vrijwillig een zeker aantal pathologieën registreren (waaronder bepaalde infectieziekten zoals HIV). Deze registratie verloopt anoniem en gebeurt via wekelijkse formulieren. Ze krijgen regelmatig feedback.

25 De Inspectie van de Hygiëne van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie werd opgericht in 2002. GGC, Louizalaan 183, 1050 Brussel. Tel.: 02 552 01 13/67 – Noodgevallen: 0478 77 77 08.

4.2 FREQUENTIE VAN INFECTIEGERELATEERDE STERFGEVALLEN

In de periode 2003-2007 zijn 4 021 Brusselaars overleden aan een infectie- of parasitaire ziekte [26], in totaal 8,6 % van de sterfgevallen.

Het aandeel van alle infectiegerelateerde sterfgevallen is hoger dan voor de periode 1998-2002 (7,4 %). De

belangrijkste stijging is te wijten aan het overlijden door intestinale infecties, die in de periode 2003-2007 zesmaal meer voorkwamen dan de vijf jaren voordien. Pneumopathieën en sepsis blijven de eerste doodsoorzaken als gevolg van infecties.

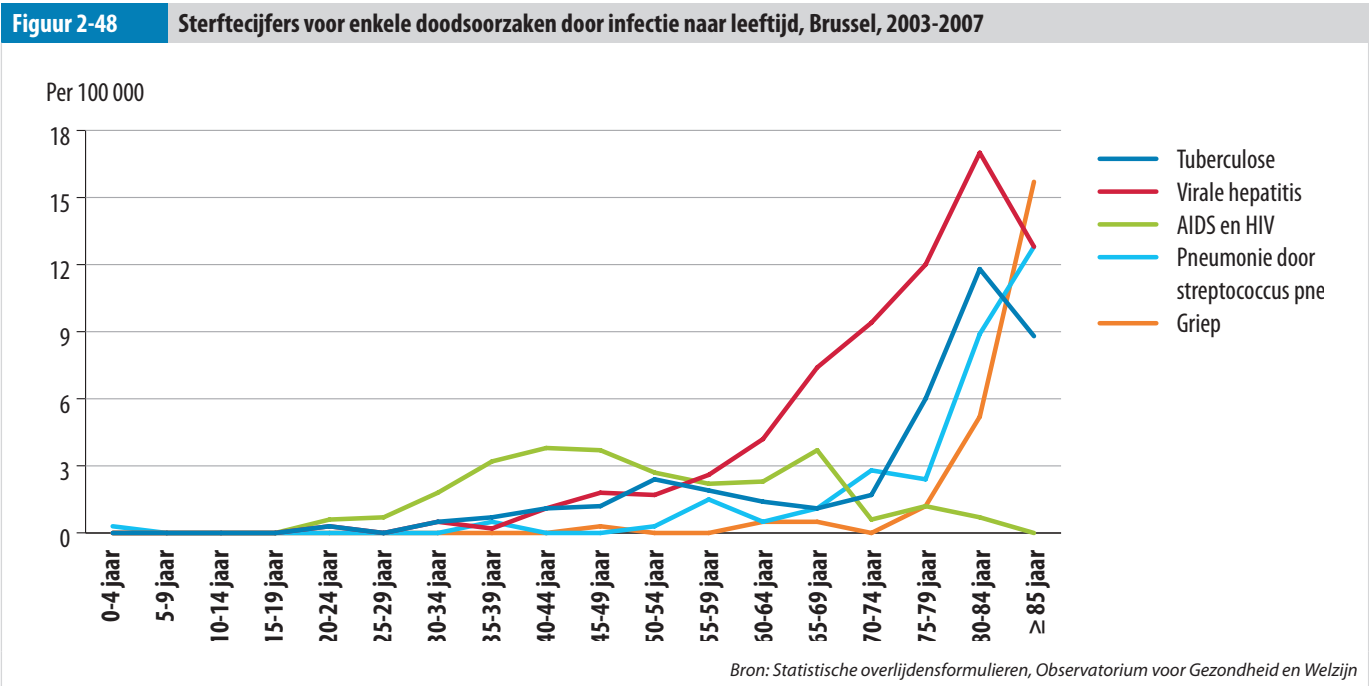
De sterftcijfers door infectie stijgen tussen de twee periodes voor ouderen, meer bepaald diegenen die worden getroffen door intestinale infecties.

Tabel 2-11	Overlijdens door infecties, per aandoening, Brussel, 1998-2007			
	1998-2002		2003-2007	
	n sterfte	%	n sterfte	%
Pneumopathieën (behalve streptococcus pneumoniae)	2 216	59,9 %	2 142	53,3 %
Sepsis	749	20,2 %	928	23,1 %
Intestinale infecties	44	1,2 %	221	5,5 %
Hepatitis	128	3,5 %	122	3,0 %
HIV infecties	118	3,2 %	82	2,0 %
Tuberculose	61	1,6 %	69	1,7 %
Pneumonie door streptococcus pneumoniae	38	1,0 %	45	1,1 %
Griep	69	1,9 %	28	0,7 %
Meningokokkeninfectie	19	0,5 %	10	0,2 %
Andere bacteriële hersenvliesontstekingen	19	0,5 %	16	0,4 %
Legionellose	5	0,1 %	11	0,3 %
Ziekte van Creutzfeldt-Jakob	6	0,2 %	3	0,1 %
Malaria	3	0,1 %	0	0,0 %
Andere infecties	226	6,1 %	344	8,6 %
Totaal	3 701	100 %	4 012	100 %

Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

Pneumopathieën en sepsis blijven de eerste doodsoorzaken als gevolg van infecties.

Hieronder staan de sterftcijfers per leeftijd voor bepaalde infecties voor de periode 2003-2007.



26 Het betreft hier alle sterfgevallen door infectie- en parasitaire ziekten, en niet alleen de sterfgevallen als gevolg van "infectie- of parasitaire ziekten" volgens de ICD10-

classificatie (A00-B99) die opgenomen zijn in de tabel die beschikbaar is op de website van het Observatorium onder het tabblad Indicatoren (www.observat.bru).

4.3 HIV-INFECTIES

De hieronder voorgestelde cijfers komen, voor de mortaliteit, uit de analyse van de statistische overlijdensformulieren en, voor de morbiditeit, van het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid (referentielaboratoria voor de infecties (seropositiviteit) en anonieme aangifte door de klinische artsen voor gevallen van aids).

4.3.1 Mortaliteit

Sterfgevallen door HIV-infectie vertegenwoordigen 3,2 % van alle sterfgevallen door infectie voor de periode 1998-2002 (118 sterfgevallen) en 2,0 % voor de periode 2003-2007 (82 sterfgevallen).

De mortaliteit door HIV-infectie bedraagt 1,6 per 100 000 inwoners voor de periode 2003-2007, een duidelijke daling vergeleken met de mortaliteit voor de periode 1998-2002 (2,4/100 000).

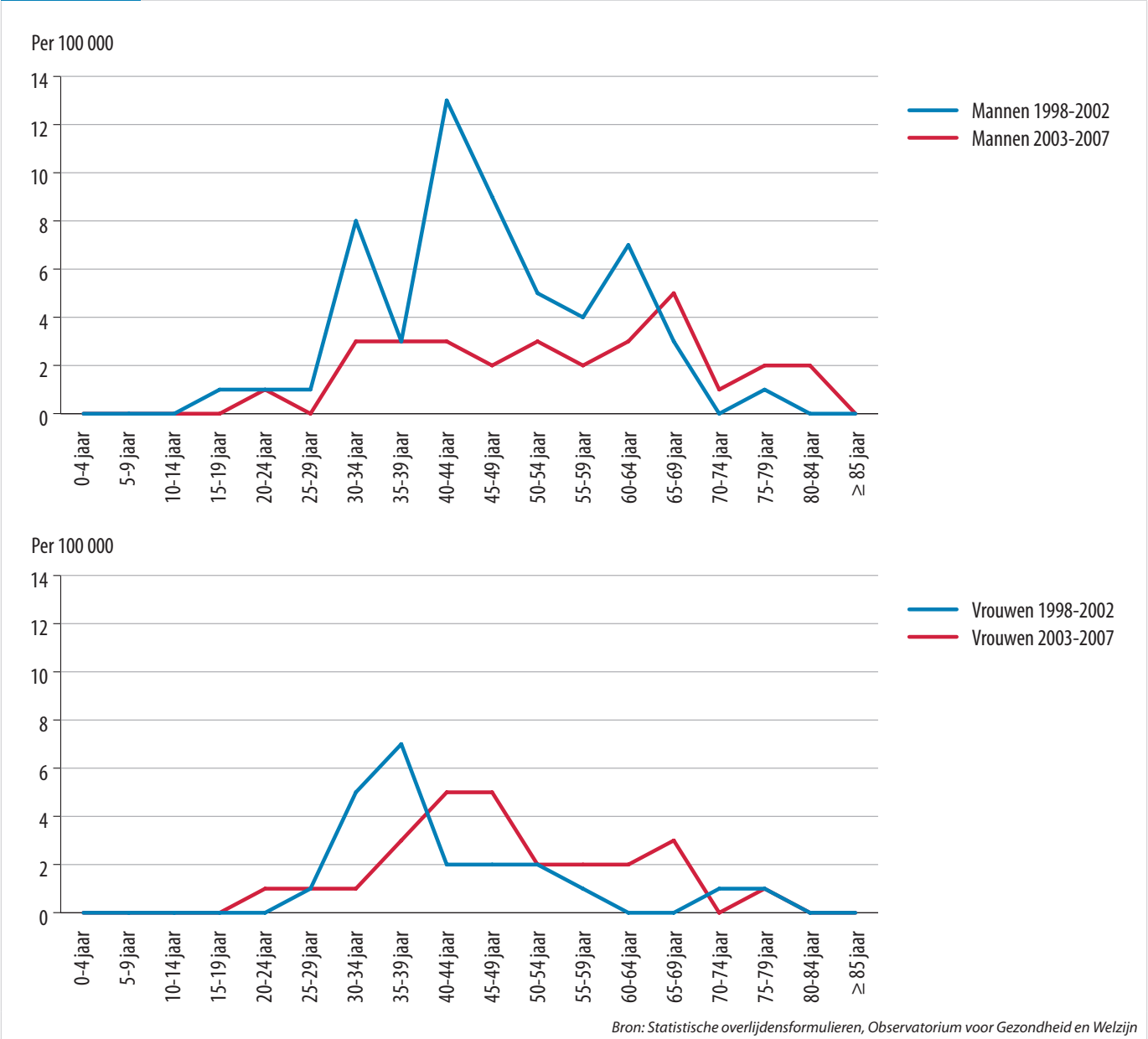
Deze daling van de mortaliteit is zeer uitgesproken bij mannen van 25 tot 49 jaar.

De mortaliteit bij vrouwen is zeer licht gestegen, van 1,4 naar 1,5 per 100 000. We zien een daling van de mortaliteit voor jonge vrouwen maar een stijging voor vrouwen boven de 40.

Voor 2003-2007 blijft de mortaliteit globaal hoger voor mannen dan voor vrouwen (1,8 versus 1,5 per 100 000), behalve voor de leeftijdscategorie 40-49 jaar, waar de sterftecijfers van vrouwen groter zijn dan die van mannen.

De mortaliteit door HIV-infectie daalt, voornamelijk voor mannen van 25 tot 49 jaar.

Figuur 2-49 Sterftecijfer door HIV naar leeftijd en geslacht, Brussel, vergelijking 1998-2002 en 2003-2007



Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

4.3.2 Seropositiviteit

De mortaliteit door HIV verschilt naargelang de nationaliteit. De brutocijfers zijn respectievelijk 1,5 per 100 000 voor Belgen, 1,0 voor Europeanen (EU 27), 1,8 voor Marokkanen (geen sterfgevallen voor Turken) en 42,1 voor mensen uit Subsaharisch Afrika.

Het sterftecijfer vóór de leeftijd van 75 jaar ligt 14,5 maal hoger voor mannen afkomstig uit Subsaharisch Afrika dan voor Belgische mannen en 54 maal hoger voor vrouwen uit Subsaharisch Afrika dan voor Belgische vrouwen (na standaardisatie voor leeftijd).

Deze zeer hoge oversterfte is waarschijnlijk te wijten aan verschillende factoren. Tot Subsaharisch Afrika behoren landen met een sterk endemisch karakter, waardoor het mogelijk is dat bepaalde mensen migreren om medische redenen, waardoor de prevalentie van HIV bij dit deel van de bevolking toeneemt. Gezien het tekort aan sanitair comfort in deze landen arriveren velen met een ziekte in een laat stadium en diegenen die in België worden gediagnosticeerd, krijgen vaak weet van hun seropositiviteit samen met hun ziekte (31). Tot slot is het niet zeker of in België de toegankelijkheid van de behandeling, waardoor het overlijden kan worden uitgesteld, optimaal is.

Er bestaan geen significante verschillen voor de andere nationaliteiten, behalve een lager cijfer voor vrouwen afkomstig uit het Europa van de 27.

Van het begin van de epidemie tot 31/12/2007 werden 4 620 mensen seropositief verklaard in het Brussels Gewest. Dit komt overeen met 37 % van het totale aantal mensen dat met HIV besmet is in België, van wie de woonplaats bekend is^[27].

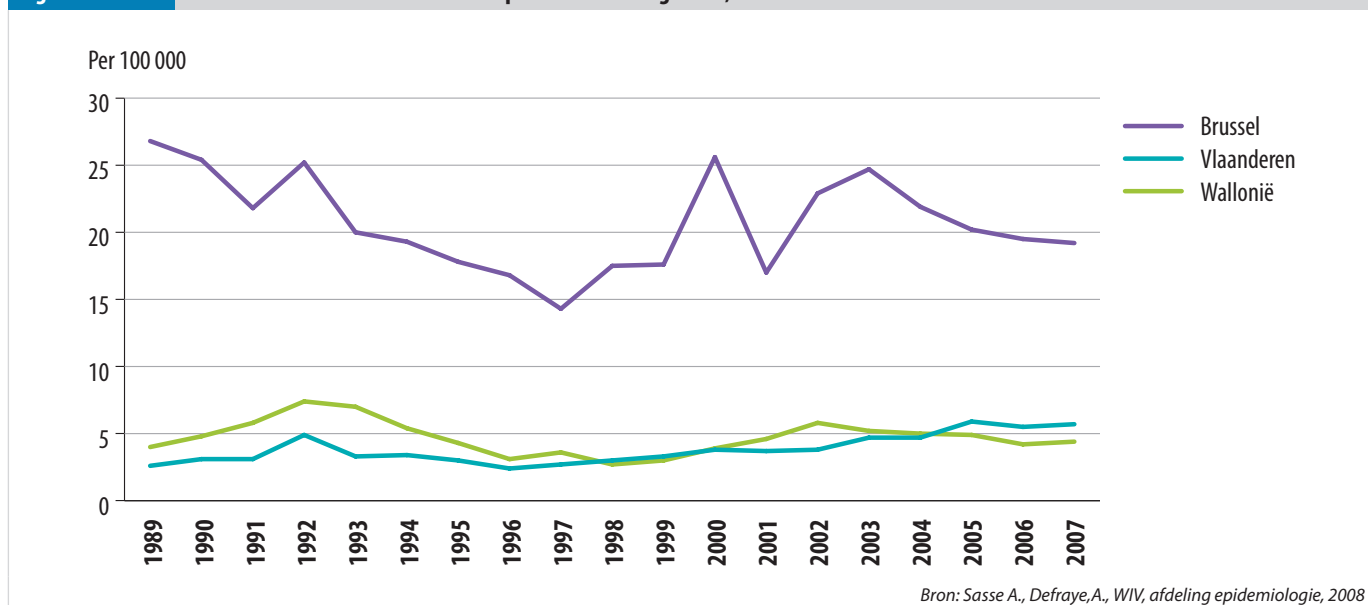
In 2007 werden 198 nieuwe gevallen van seropositiviteit gemeld in het Brussels Gewest.

In 2007 verbleef 50 % van de nieuwe gevallen van seropositiviteit in Vlaanderen (voornamelijk in Antwerpen), 28 % in het Brussels Gewest en 22 % in Wallonië.

Van 2003 tot 2007 stijgt de incidentie in Vlaanderen, terwijl ze in de twee andere gewesten eerder daalt. Dit moet echter voorzichtig worden geïnterpreteerd, gezien het percentage onvolledige aangifte wat de woonplaats betreft (zie vorige voetnoot).

De evolutie in het Brussels Gewest sinds het begin van de epidemie vertoont, na een regelmatige daling van 1989 tot 1997, sinds 1998 opnieuw een stijging van het aantal aangiften. Ondanks een lichte daling de laatste jaren, lijkt de incidentie zich momenteel te stabiliseren, en dit op een hoger niveau dan in 1997 (46 % meer gevallen in 2007 dan in 1997). Een vergelijkbare evolutie wordt waargenomen voor het hele land.

Figuur 2-50 Evolutie van de incidentie van seropositiviteit naar gewest, 1989-2007

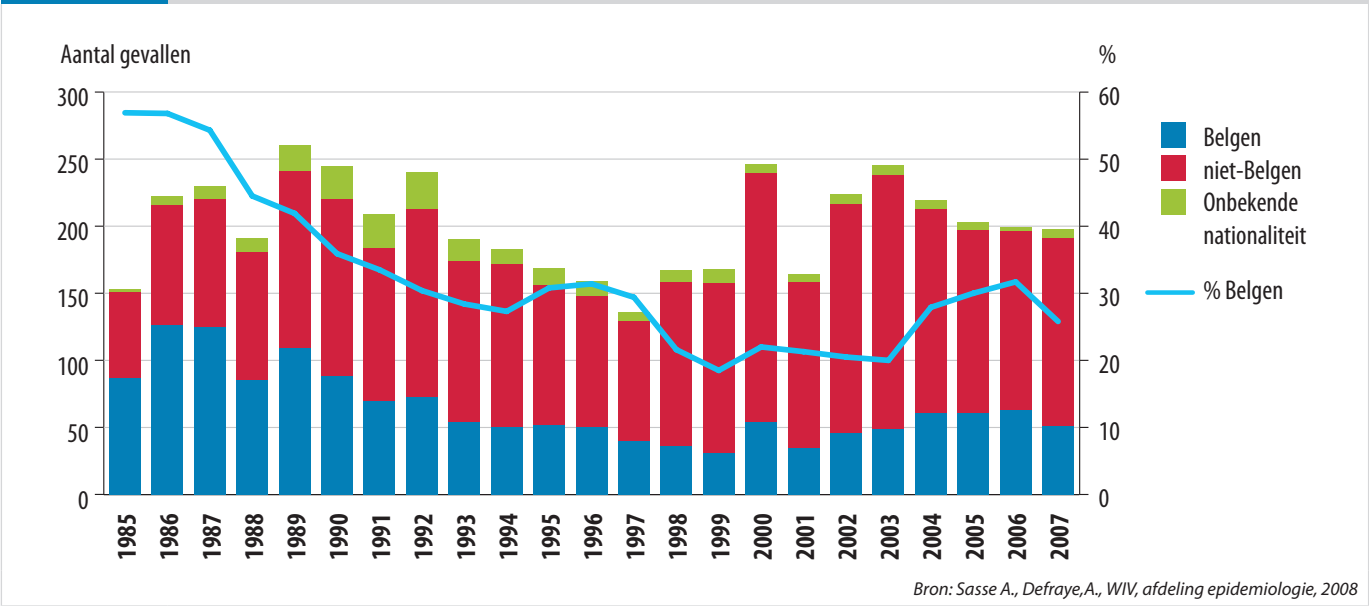


²⁷ De woonplaats is onbekend voor 40 % van de aangiften van seropositiviteit voor de periode 1998-2002 en voor 33 % voor de periode 2003-2007. Deze gevallen worden dus uitgesloten van de analyses in dit dossier.

In 2007 betreft een kwart van de nieuwe gevallen Belgen. De meeste niet-Belgische seropositieve gevallen (waarvan de nationaliteit bekend is), zijn afkomstig uit Subsaharisch Afrika: in 2007 was 60 % van de 140 gediagnosticeerde niet-Belgische patiënten afkomstig uit Subsaharisch Afrika,

23 % uit Europa, 3 % uit Noord-Afrika en 14 % uit andere landen. Mensen uit landen waar de epidemie wijdverspreid is, vormen de grootste groep patiënten die worden besmet door heteroseksuele contacten.

Figuur 2-51 Evolutie van het aantal nieuwe seropositieven tussen 1985 en 2007, Brussels Gewest

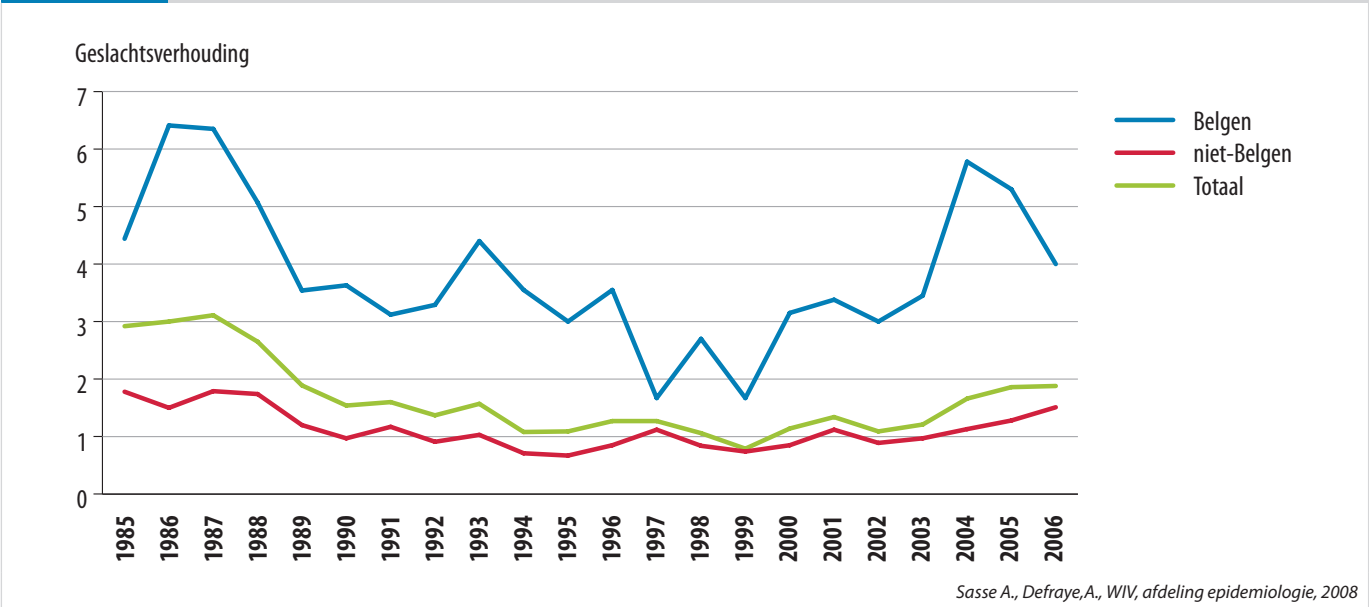


Terwijl de incidentie ^[28] voor de Belgische Brusselaars sinds 1989 lijkt te dalen (daling met meer dan de helft), wordt een meer variabel profiel waargenomen voor niet-Belgen; in 2007 bereikte het cijfer voor de niet-Belgen het niveau van 1990 (meer dan 7 maal hoger dan het aantal Belgen) (niet geïllustreerd).

Aan het begin van de epidemie werden onder de nieuwe seropositieve gevallen driemaal meer mannen dan vrouwen

geteld. Na tien jaar met een geslachtsverhouding van bijna 1 (1994-2003) stijgt het percentage mannen in de aangegeven gevallen opnieuw; in 2007 werden bijna tweemaal meer mannen als seropositief aangegeven, met name als gevolg van de stijging van homoseksuele overdracht. De geslachtsverhouding van de niet-Belgen blijft voortdurend rond 1, wat onder andere wijst op de belangrijkste manier van overdracht (heteroseksueel); dit heeft een grote invloed op de totale geslachtsverhouding.

Figuur 2-52 Geslachtsverhouding van het aantal nieuwe seropositieven naar nationaliteit, Brussels Gewest, 1985-2007

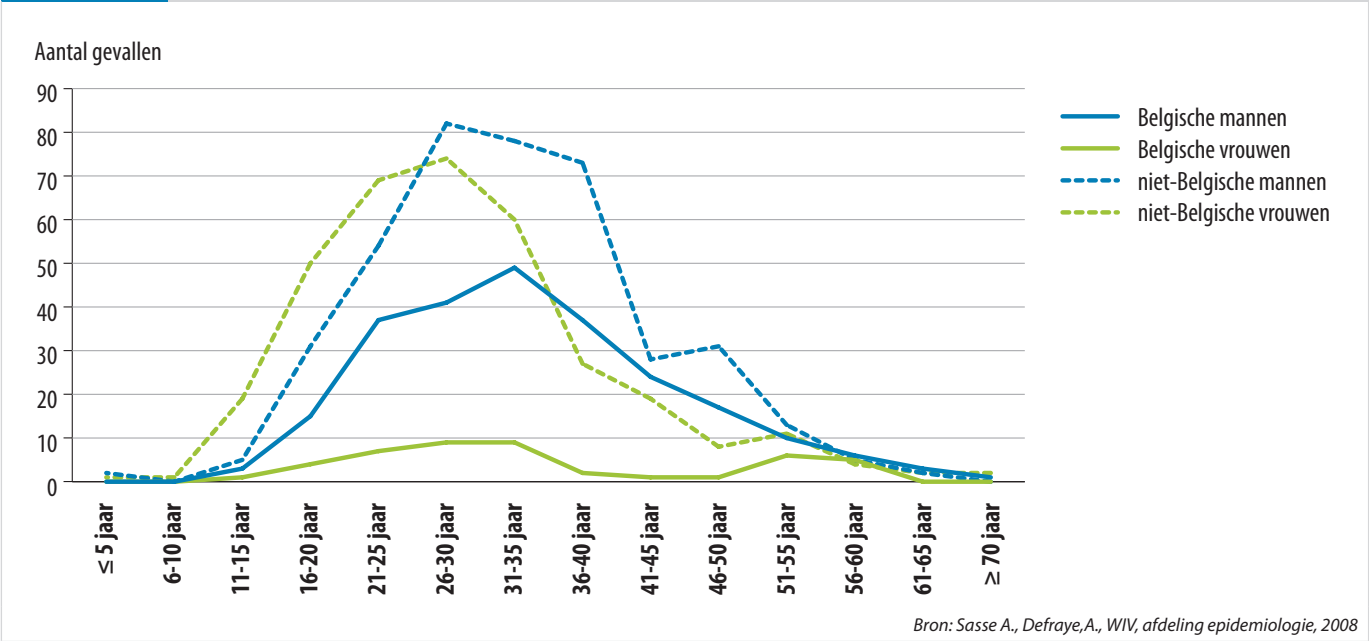


²⁸ Berekend met de totale bevolking als noemer.

Voor alle seropositieven zijn zowel de gemiddelde als de mediane leeftijd bij de diagnose gestegen met ongeveer 5 jaar sinds het begin van de epidemie; in 2007 bedraagt de gemiddelde leeftijd 35,7 jaar en de mediane leeftijd 34,9 jaar. Deze stijging van de leeftijd is vooral duidelijk bij mannen.

In de twee periodes is de meest getroffen leeftijdsgroep die van 30 tot 39 jaar bij mannen, zowel voor Belgen als niet-Belgen, en 25 tot 39 jaar bij vrouwen.

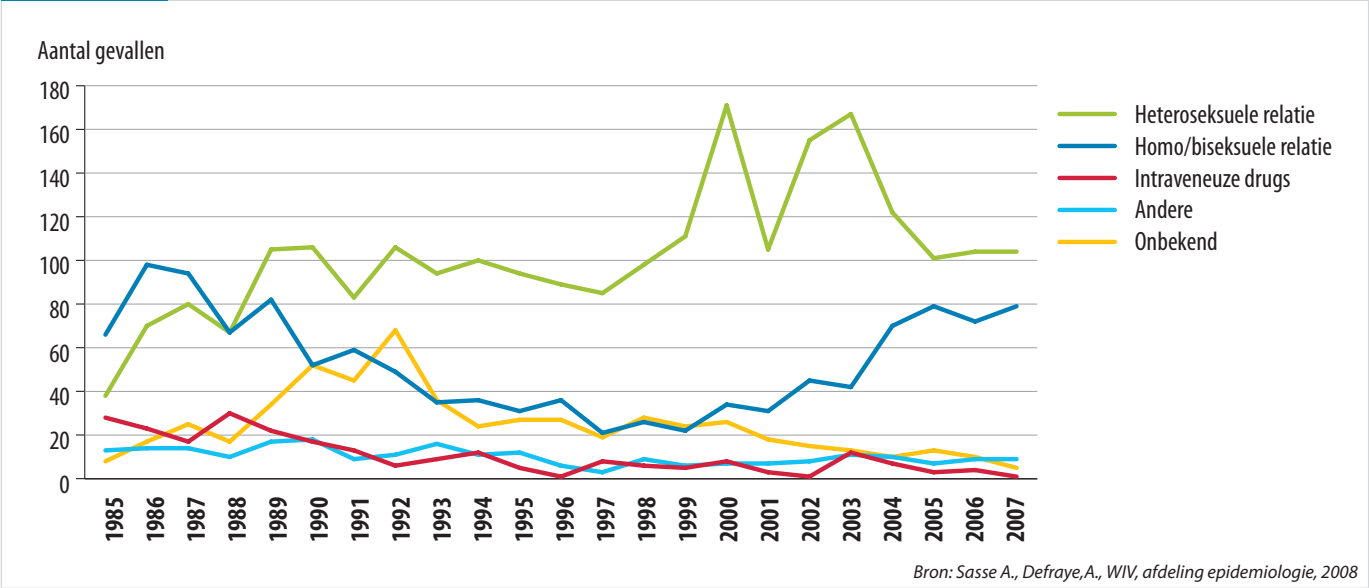
Figuur 2-53 Aantal nieuwe seropositieven naar leeftijd, geslacht en nationaliteit, Brussels Gewest, 2003-2007



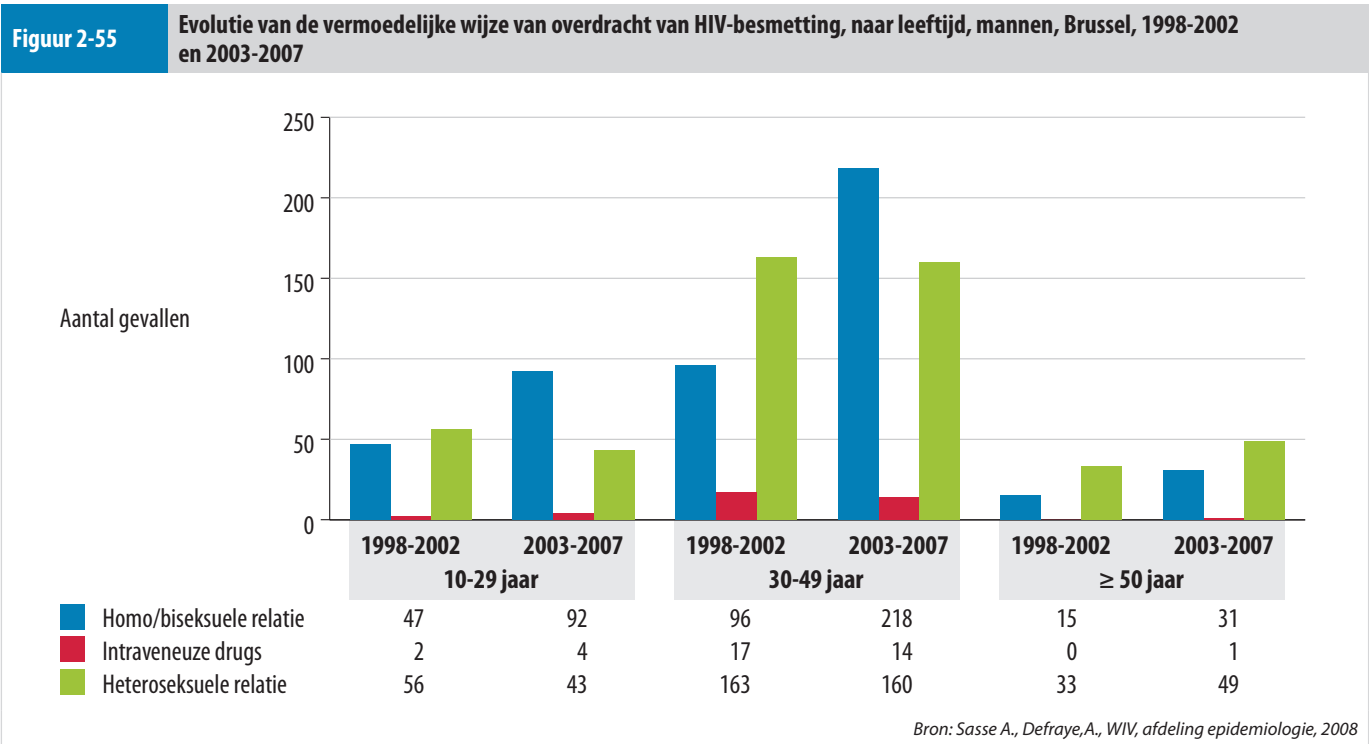
Van 1986 tot 1998 is er een daling van de homo-/biseksuele overdracht en van overdracht door injectie van drugs, maar een stijging van de heteroseksuele overdracht. Over het algemeen is de heteroseksuele overdracht de overheersende wijze van overdracht en de incidentie van deze wijze van overdracht blijft stijgen.

Toch wordt er vanaf 1999 opnieuw een stijging waargenomen van de homoseksuele overdracht (bij 79 % van de Belgische mannen en 38 % van de niet-Belgische mannen in 2003-2007). In 2007 bereikte deze overdracht praktisch opnieuw het niveau van het begin van de epidemie.

Figuur 2-54 Vermoedelijke wijze van overdracht van HIV-besmetting, Brussels Gewest, 1985-2007



Het is zorgwekkend vast te stellen dat het aantal seropositieve gevallen door homoseksuele overdracht ook stijgt bij jonge mannen, en niet alleen bij oudere mannen bij wie een vermoeidheidseffect ten opzichte van de preventie-inspanningen merkbaar wordt.



Voor vrouwen is 92,6 % van de gevallen in de eerste periode en 90 % van de gevallen in de tweede periode toe te schrijven aan heteroseksuele overdracht.

In het afgelopen decennium is de HIV-overdracht door homoseksuele contacten opnieuw gestegen, een uiting van een daling van het preventief gedrag.

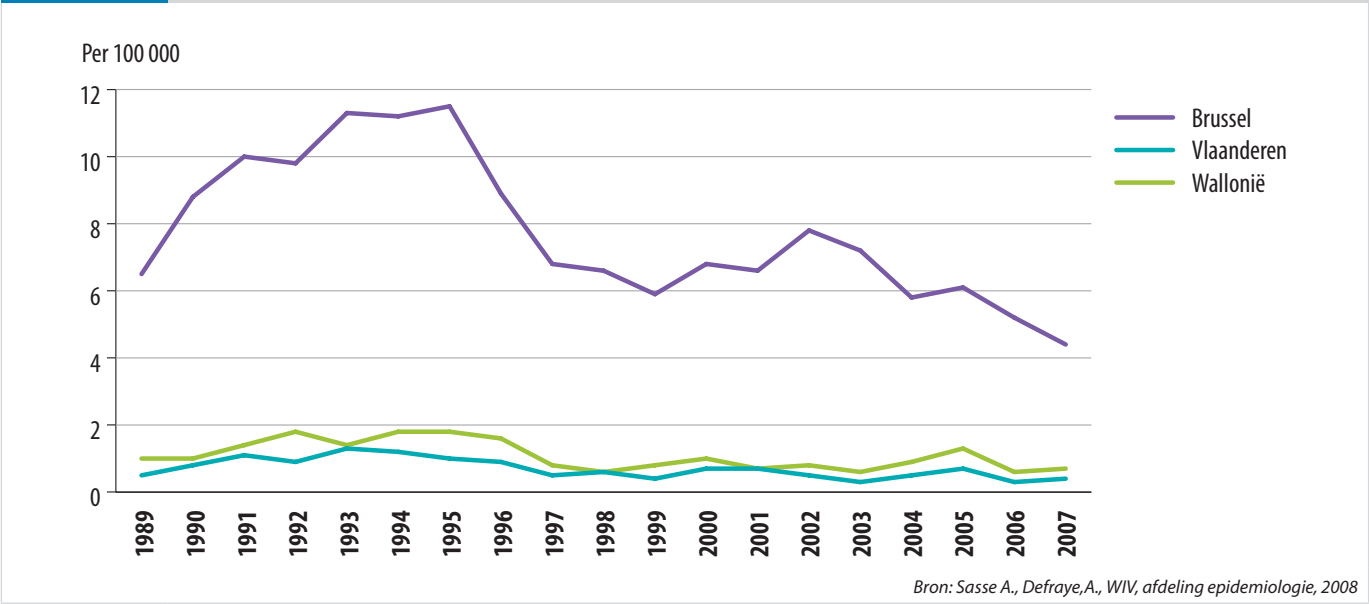
4.3.3 Morbiditeit (aids)

Op 31/12/2007 werden in het Brussels Gewest 1 568 gevallen van aids ^[29] aangegeven sinds het begin van de epidemie, waarvan 45 in 2007, het laagste aantal gevallen per jaar sinds 1988. Gedurende de hele epidemie werden in Brussel de helft van de in België verklaarde gevallen ^[30] geregistreerd.

Net zoals in België is ook in het Brussels Gewest het aantal aidsgevallen duidelijk gedaald sinds de invoering van

trithérapieën in 1995 ^[31]. In 2007 blijft de incidentie in Brussel echter elfmaal hoger dan in Vlaanderen en zesmaal hoger dan in Wallonië. In de twee andere gewesten zijn de meest getroffen provincies, in dalende volgorde: Luik, Antwerpen, Waals-Brabant en Henegouwen, zonder dat hun incidentie ook maar in de buurt komt van die van Brussel.

Figuur 2-56 Evolutie van de incidentie van AIDS naar gewest, 1989-2007



Dankzij de trithérapie leven de patiënten langer, zonder dat ze evenwel genezen; daarom stijgt de prevalentie van HIV-infecties bij de bevolking en bijgevolg stijgt ook het aantal mensen dat wordt gevolgd en verzorgd. In België werden in 2007 9 351 patiënten medisch opgevolgd ^[32] (8 583 in 2006).

Terwijl de Belgische Brusselse patiënten sinds het begin van de epidemie 41 % van de gecumuleerde gevallen uitmaken, is dat van 1998 tot 2007 nog slechts 23,5 % van de gevallen. Sinds 1998 vertegenwoordigen de zieken uit Subsaharisch Afrika 77 % van de niet-Belgische gevallen. In de periode

1998-2007 bedroeg de gemiddelde incidentie van aids 2/100 000 voor Belgen, 4/100 000 voor niet-Belgen en 271/100 000 voor mensen uit Subsaharisch Afrika. Waarschijnlijk hebben de niet-Belgen niet op dezelfde manier gebruik gemaakt van de trithérapie als de Belgen, ofwel omdat ze niet over trithérapie beschikten in hun land van herkomst (ongeacht of ze op de hoogte waren van hun ziekte of hun seropositiviteit op het moment van de diagnose in België), ofwel omdat ze moeilijk toegang hebben tot verzorging in België.

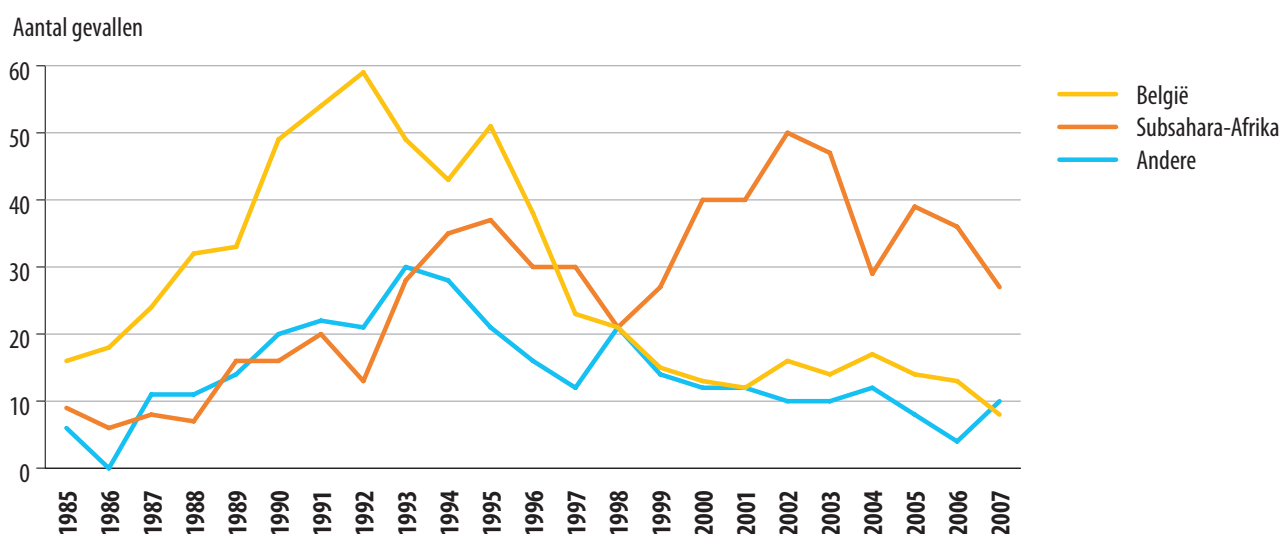
²⁹ De definitie van aids is sinds 1982 al verschillende malen herzien, waarbij met name pathologieën die wijzen op aids bij patiënten met HIV-onbekende of -negatieve serologie werden opgenomen.

³⁰ Van 1985 tot 2007 was slechts in 82 % van de gevallen de woonplaats van de aidsgevallen bekend (92 % bij Belgische zieken en 74 % bij niet-Belgen); de laatste jaren komt dit percentage in de buurt van de 95 %.

³¹ Een aantal patiënten heeft de trithérapie niet gevolgd (ofwel omdat ze niet wisten dat ze seropositief waren ofwel omdat de behandeling niet voorhanden was), hetgeen een verklaring is voor een zekere stabilisering van de gevallen sinds 1998. (31)

³² Patiënten worden beschouwd als medisch opgevolgd wanneer in de loop van het afgelopen jaar minstens één virale lading werd gemeten.

Figuur 2-57 Evolutie van het aantal nieuwe aidsgevallen naar nationaliteit, jaar van diagnose, Brussels Gewest, 1985-2007



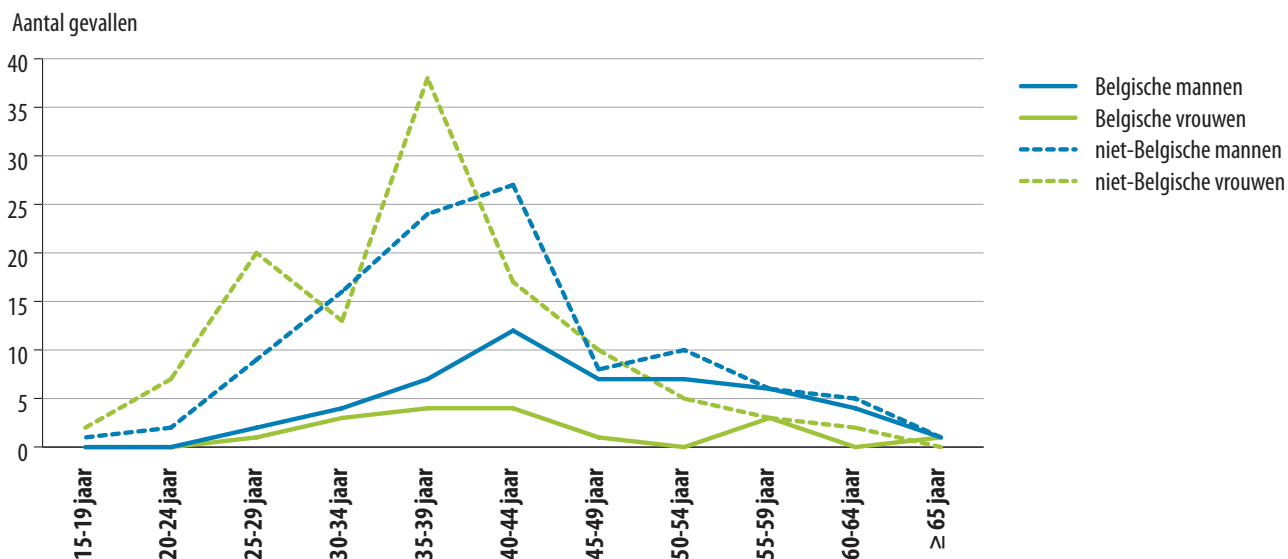
Bron: Sasse A., Defraye, A., WIV, afdeling epidemiologie, 2008

Sinds het begin van de epidemie hebben we meer mannelijke dan vrouwelijke aidsgevallen gezien, met grote verschillen naargelang de nationaliteit (vijfmaal meer mannen dan vrouwen bij Belgische zieken, tegenover 1,2 maal meer mannen bij niet-Belgen); de sex-ratio lijkt te dalen om op 1,6 te eindigen in 2007, voornamelijk als gevolg van de daling van het aantal Belgische mannelijke patiënten

en de stijging van het aantal niet-Belgische vrouwelijke patiënten.

De gemiddelde leeftijd op het ogenblik van de diagnose van aids ligt hoger bij mannen dan bij vrouwen; deze leeftijd is voor beide geslachten gestegen van 1998 tot 2007 en ligt gemiddeld vijf jaar hoger dan voor seropositiviteit.

Figuur 2-58 Nieuwe aidsgevallen naar leeftijd, geslacht en nationaliteit, Brussels Gewest, 2003-2007



Bron: Sasse A., Defraye, A., WIV, afdeling epidemiologie, 2008

De evolutie van de overdrachtswijzen van aids lijkt op diegene die werd opgemerkt voor seropositiviteit, met enkele jaren vertraging.

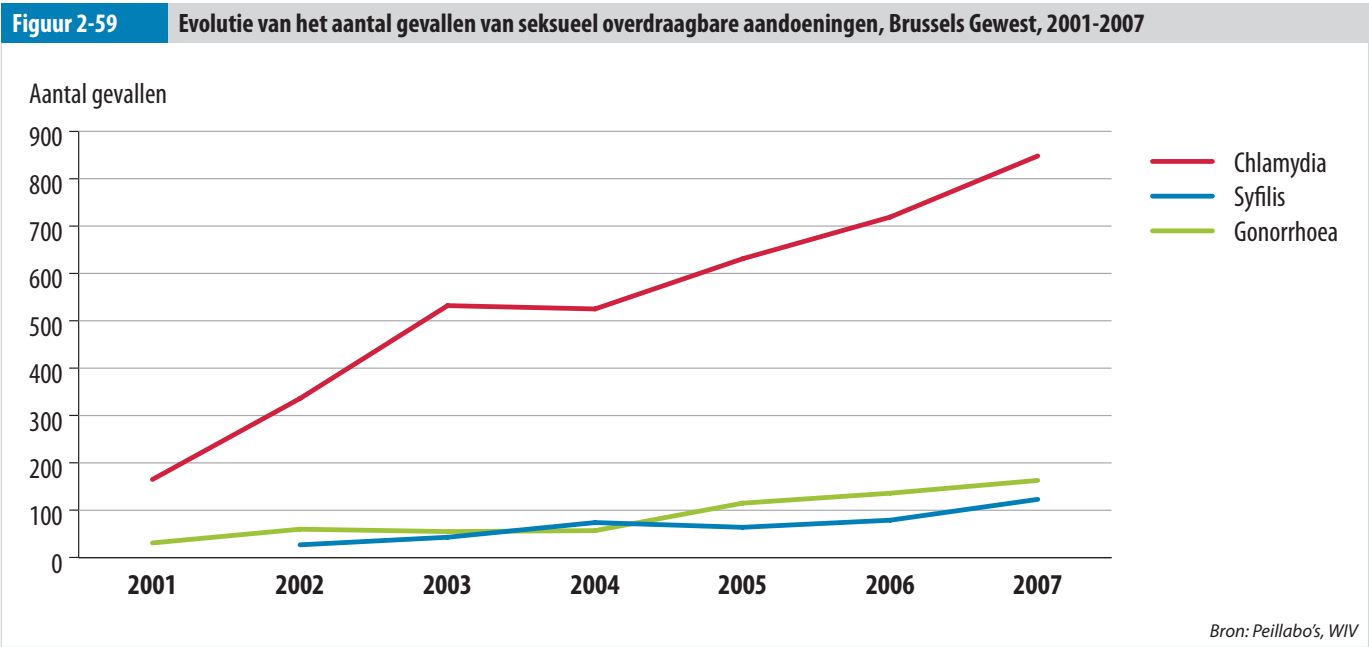
Het aantal aidsgevallen is sinds de invoering van de tritherapieën sterk gedaald.

4.4 ANDERE SEKSUEEL OVERDRAAGBARE AANDOENINGEN

Zoals vermeld in de vorige Gezondheidsindicatoren stijgt het aantal seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's) zorgwekkend in West-Europa sinds de jaren 90. De SOA's weerspiegelen de tendensen in seksueel risicogedrag en het gebruik van voorbehoedsmiddelen; bovendien vergemakkelijken SOA's de overdracht van aids. De informatiebronnen voor SOA's zijn het klinisch surveillancepeilnetwerk, het netwerk van microbiologielabo's^[33], het systeem voor verplichte aangifte van overdraagbare aandoeningen^[34] en, sinds 2007, de aidsreferentiecentra. Hieronder wordt voor Brussel enerzijds gebruik gemaakt van de gegevens van de laboratoria (kwantitatieve gegevens), zelfs al is het, in afwezigheid van klinische gegevens, niet mogelijk via deze bron de oude gevallen van de nieuwe te onderscheiden; en anderzijds van de gegevens van het klinisch surveillancepeilnetwerk (kwalitatieve gegevens)^[35].

4.4.1 Algemene situatie

Tussen 2001 en 2007 wordt op basis van de gegevens van de peillabo's een stijging van syfilis, gonorroe en chlamydia-infecties vastgesteld (figuur 2-59), deze stijging wordt ook waargenomen in andere grote Belgische steden. De vergelijking van deze gegevens met andere Europese landen, hoewel moeilijk omwille van de verschillende registratiesystemen, toont gelijkaardige tendensen.



33 De microbes Chlamydia Trachomatis en Neisseria Gonorrhoeae worden sinds 1986 geregistreerd, de nieuwe gevallen van Treponema Pallidum (syphilis) sinds 2001. Sommige gevallen kunnen asymptomatisch zijn.

34 De verplichte aangiften worden gedaan aan de geneesheren-gezondheidsinspecteurs van de Gemeenschappen. Gonorroe, syphilis, hepatitis B moeten verplicht worden aangegeven in de twee Gemeenschappen en aan de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, maar enkel de Franse Gemeenschap

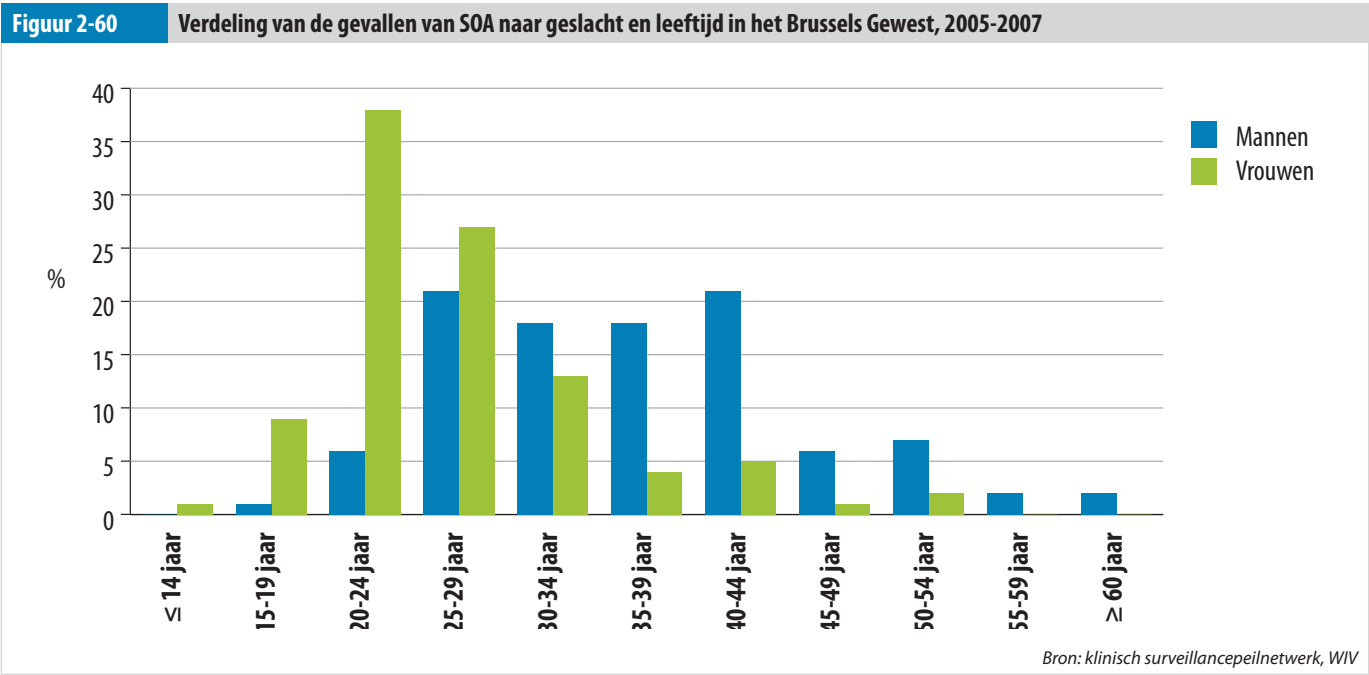
verplicht het melden van chlamydia-infecties. Aangezien de organisatie van de registratie momenteel wordt aangepast in de Franse Gemeenschap en in de GGC, is het niet mogelijk om de gegevens van 2007 te vergelijken met die van de vorige jaren.

35 Sinds 2006 publiceert het WIV een specifiek rapport over SOA's waarin de gegevens van de verschillende bronnen worden opgenomen, maar dit rapport bespreekt de gegevens niet per gewest (32,33).

De 188 patiënten die tussen 2005 en 2007 door het Brusselse klinisch surveillancepeilnetwerk ^[36] werden geregistreerd, verschaffen inlichtingen over de kenmerken van de patiënten.

De meest voorkomende infecties bij deze patiënten zijn syfilis en condylomen bij mannen en chlamydia-infecties en condylomen bij vrouwen. De geslachtsverhouding bedraagt 1,3.

De meest getroffen leeftijdscategorie is die van 20 tot 24 jaar bij vrouwen en 25-29 en 40-44 jaar bij mannen. In de leeftijdscategorie 15 tot 24 jaar zijn ruim vijfmaal meer vrouwen dan mannen. Tussen 2005 en 2007 werden bij jongeren onder de 20 jaar 9 gevallen gediagnosticeerd.



Twee derde van de mannelijke patiënten is homo- of biseksueel, 99 % van de vrouwen is heteroseksueel.

60 % van de patiënten heeft een hoger opleidingsniveau ^[37].

Het is verontrustend vast te stellen dat een derde van de patiënten hun HIV-status kent vóór de SOA-consultatie; dit wijst er dus op dat ze hun risicogedrag niet hebben aangepast na een vroeger risico of zelfs nadat ze hebben ontdekt seropositief te zijn.

Meer dan drie vierde van de patiënten zijn Europeanen, onder wie 81 % Belgen. Het lage aantal patiënten uit Subsaharisch Afrika vormt een verrassend contrast met het hoge percentage waargenomen HIV-besmettingen.

Het aantal seksueel overdraagbare aandoeningen stijgt sinds een twintigtal jaar zorgwekkend in het Brussels Gewest, net als in heel West-Europa.

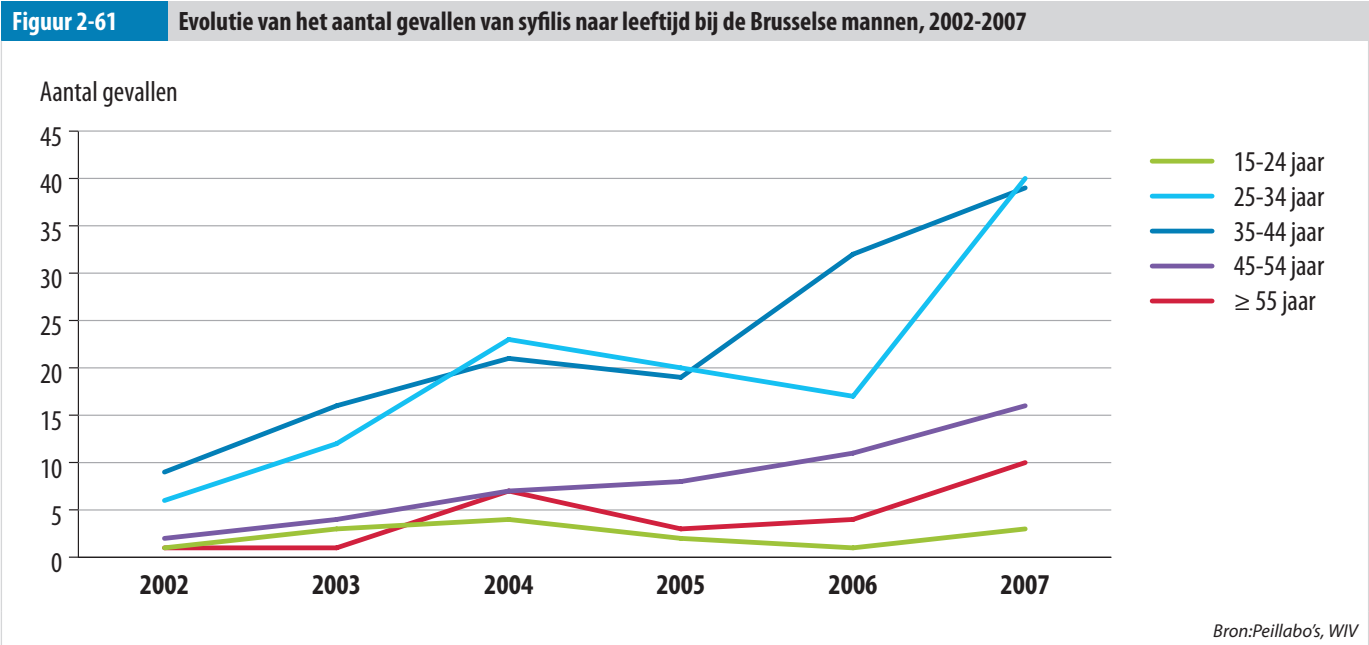
36 Voor 86 % van de geregistreerde gevallen tijdens deze periode was de woonplaats bekend in het netwerk. De door het surveillancepeilnetwerk verzamelde gegevens laten niet toe om de evolutie van het aantal gevallen op te volgen (geen representativiteit) maar geven wel informatie over patiëntenkenmerken.

37 Het opleidingsniveau is in 80 % van de gevallen bekend.

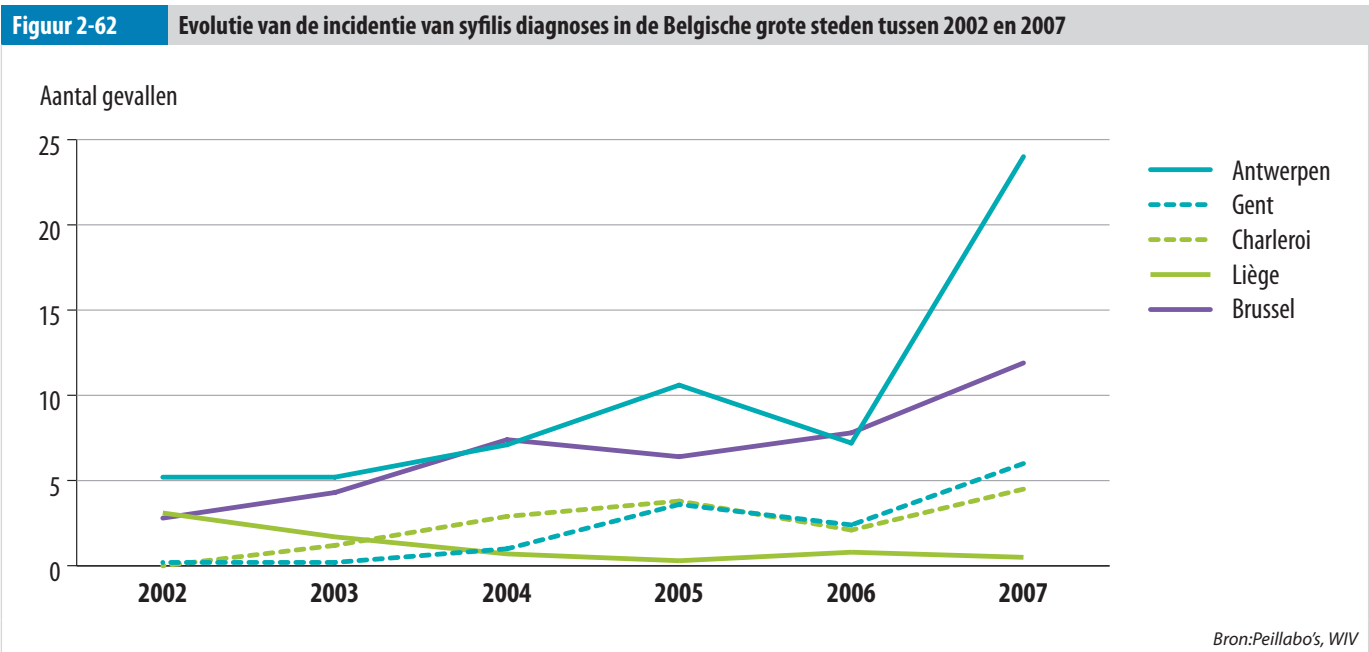
4.4.2 Infectietypes

Tussen 2002 en 2007 is het aantal door de peillabo's in Brussel geregistreerde gevallen van **syfilis** vermenigvuldigd met 4,6 (van 27 naar 123 gevallen) ^[38]. Deze stijging is hoofdzakelijk te wijten aan de mannen. De door het surveillancepeilnetwerk aangegeven gevallen en de door de peillabo's geregistreerde gevallen betreffen

voor het overgrote deel mannen (waarvan drie vierde homoseksuelen). De meest getroffen leeftijdscategorie is die tussen 30 en 44 jaar; het is trouwens in deze leeftijdscategorieën dat de sterkste stijging tussen 2002 en 2007 wordt waargenomen. Hernieuwde besmettingen komen vaak voor bij seropositieve homoseksuele mannen.



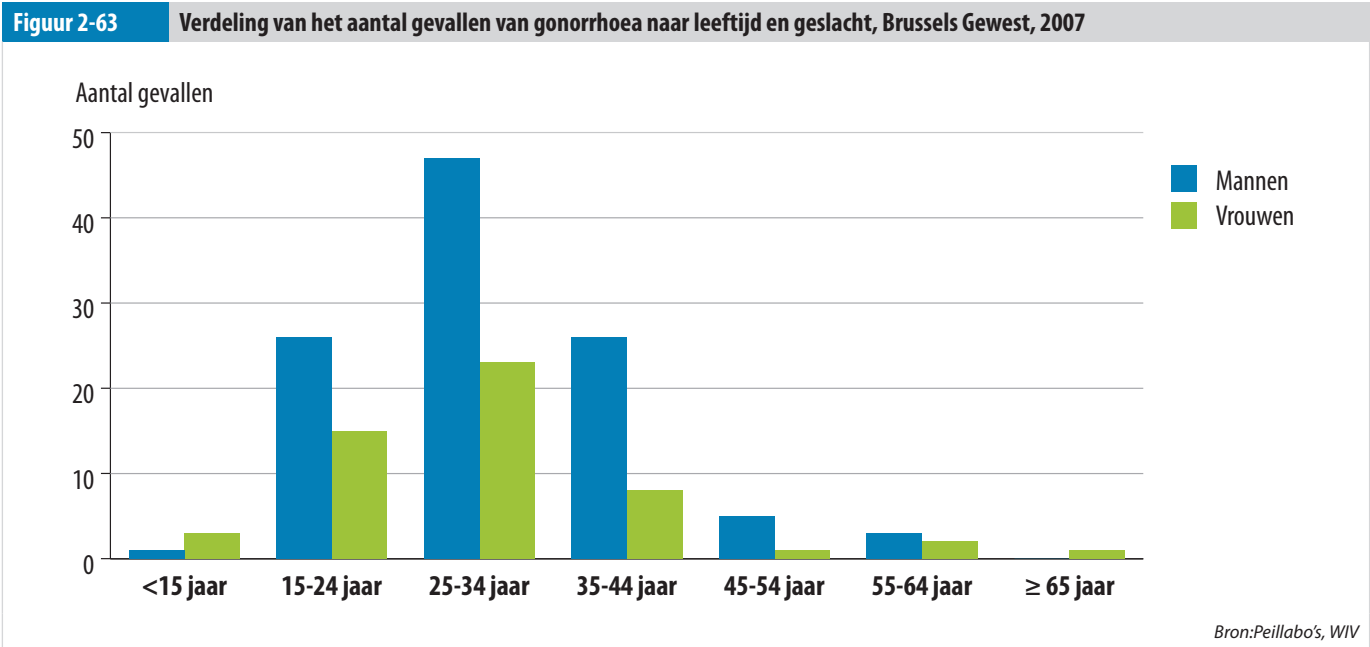
Deze stijging, bevestigd door het klinisch surveillancepeilnetwerk, is niet typisch voor Brussel; er is ook een duidelijke stijging in andere grote Belgische steden, met name in Antwerpen.



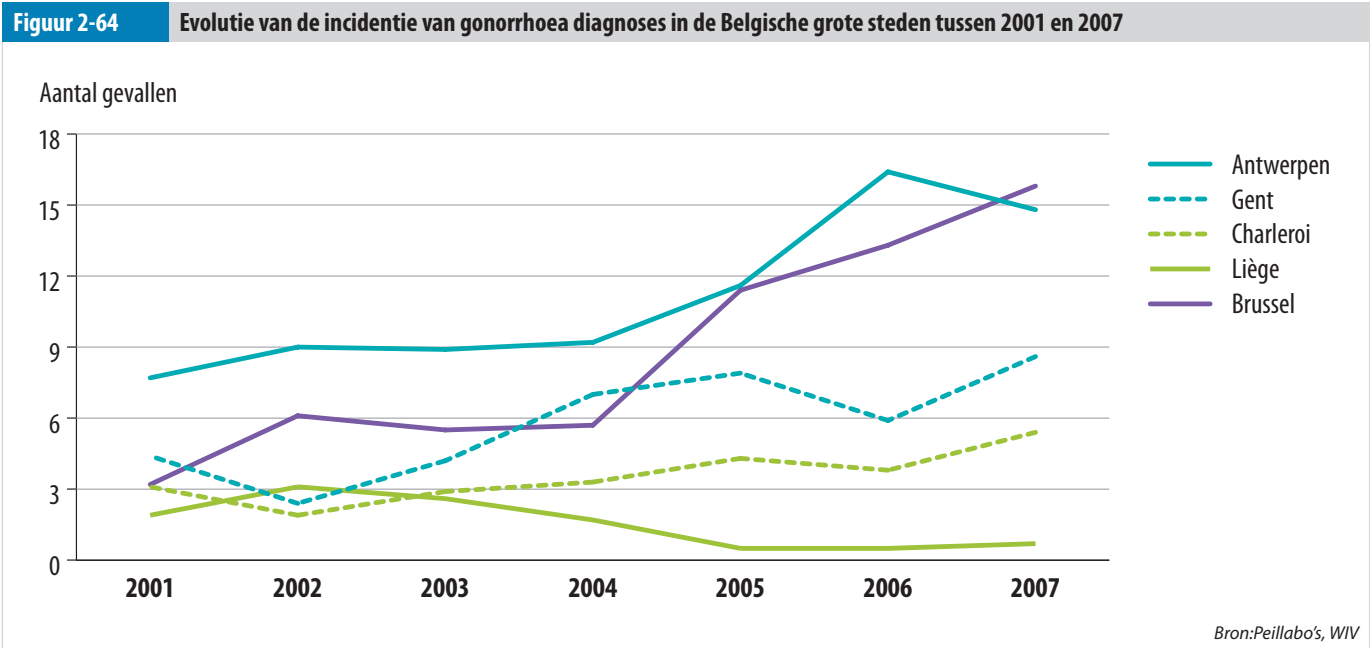
38 Bij gebrek aan klinische gegevens over de door de labo's doorgegeven aangiften is het moeilijk een onderscheid te maken tussen oude en nieuwe gevallen.

Tussen 2001 en 2007 is het aantal door de peillabo's in Brussel geregistreerde gevallen van **gonorroe** vermenigvuldigd met 5,3 (van 31 naar 163 gevallen) ^[39]. Deze stijging is waar te nemen bij mannen en vrouwen. In 2007 waren 2/3 van de gevallen mannen.

Deze SOA's raken jongere personen dan syfilis: de meest getroffen leeftijdscategorie voor beide geslachten is die van 25 tot 34 jaar. Het percentage patiënten van 15 tot 24 jaar is voor beide geslachten gestegen tussen 2001 en 2007.



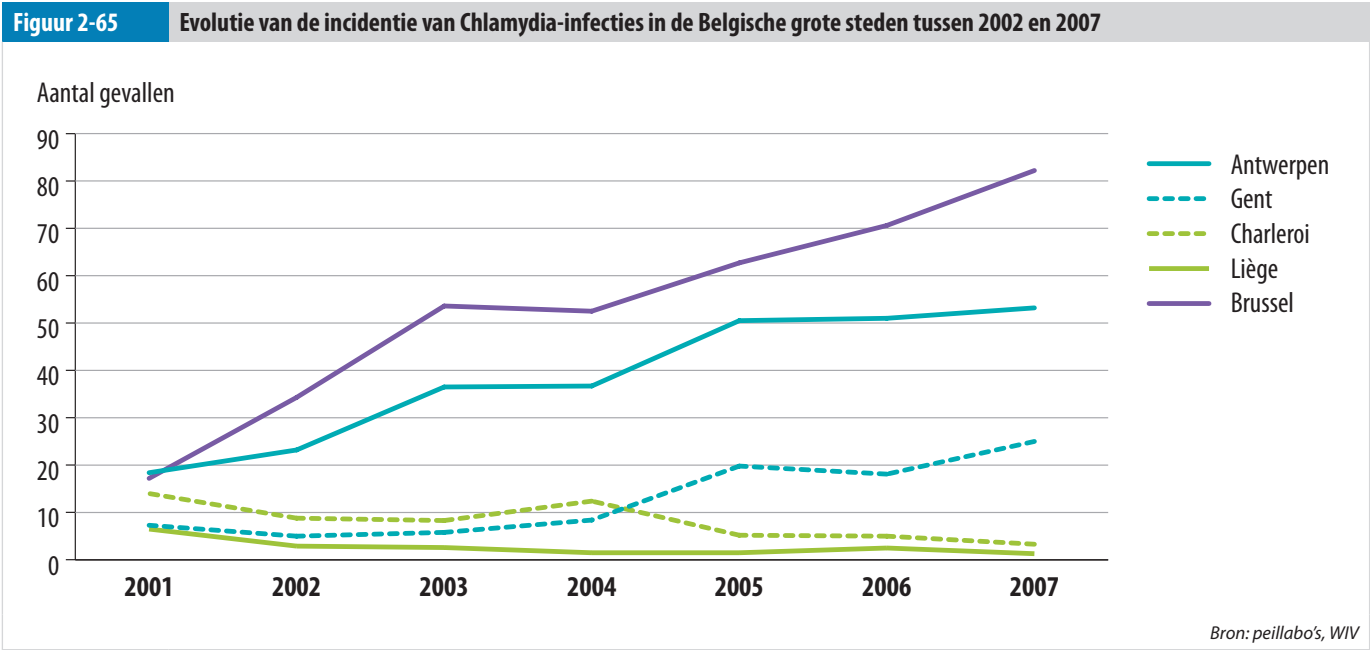
Dezelfde evolutie wordt teruggevonden in andere grote Belgische steden.



³⁹ De terugbetaling van moleculaire amplificatietests door het RIZIV sinds 2000 heeft zeker een rol gespeeld aan het begin van de periode.

Tussen 2001 en 2007 is het aantal door de peillabo's in Brussel geregistreerde gevallen van **chlamydia-infecties** vermenigvuldigd met 5,1 (van 165 naar 848 gevallen) ^[40]. De door het surveillancepeilnetwerk aangegeven gevallen en de door de peillabo's geregistreerde gevallen betreffen voor het overgrote deel vrouwen. De in 2007 meest getroffen leeftijdscategorieën zijn die van 20 tot 24 jaar

bij vrouwen en die van 25 tot 29 jaar bij mannen; het is trouwens in deze leeftijdscategorieën dat we de sterkste stijging tussen 2002 en 2007 waarnemen. Dezelfde evolutie wordt ook teruggevonden in andere grote Belgische steden.



Tussen 2005 en 2007 werden 58 gevallen van **condylomen** gemeld door het surveillancepeilnetwerk, in 64 % van de gevallen betrof het mannen. Dit is slechts een onderschatting van het aantal HPV-infecties, gezien de andere mogelijke klinische vormen. De meest getroffen leeftijdscategorieën zijn die van 20 tot 24 jaar bij vrouwen en 25 tot 29 jaar bij mannen.

Andere seksueel overdraagbare aandoeningen betreffen voornamelijk **Lymphogranuloma Venereum (LGV)** en **acute hepatitis C door seksuele overdracht**, infecties die homo- of biseksuele mannen raken. In 2007 werden 27 gevallen van LGV geregistreerd door 7 aidsreferentiecentra in België, waarvan één geval in Brussel ^[41]; de eerste gevallen werden in 2004 in Antwerpen geregistreerd (34).

40 Een deel van de toename tussen 2001 en 2005 kan worden verklaard door de ontwikkeling en de terugbetaling van betere testen. Dit is niet langer het geval voor de stijging in 2006-2007; het is mogelijk dat een intensievere en meer doelgerichte opsporing tot deze toename bijdraagt.

41 2 Brusselse aidsreferentiecentra hebben niet deelgenomen aan de registratie.

4.5 TUBERCULOSE

Hoewel de incidentie van tuberculose in Europa blijft dalen, blijft deze ziekte een zorgwekkend probleem voor bepaalde bevolkingsgroepen die meer aan het risico zijn blootgesteld: migranten uit landen met een hoge prevalentie, mensen die leven in bestaansonzekerheid, mensen met HIV-besmetting, ...

4.5.1 Tuberculosecontrole in het Brussels Gewest

In het Brussels Gewest heeft de Gemeenschappelijke Gemeenschapcommissie (GGC) een overeenkomst gesloten met de Stichting tegen Tuberculose en Respiratoire Aandoeningen, bedoeld om mee te werken aan het bijhouden van het tuberculoseregister, zodat de evolutie van de ziekte kan worden opgevolgd en de risicogroepen kunnen worden geïdentificeerd^[42]. Onderstaande gegevens zijn afkomstig van de gegevens die zijn ingezameld en geanalyseerd door FARES/VRGT.

Tuberculose is een ziekte met verplichte aangifte; elk geval moet binnen de 48 u aan de geneesheer-inspecteur van de GGC worden gemeld, die op zijn beurt de FARES/VRGT informeert, die een aanvraag voor bijkomende inlichtingen indient, zowel over de kenmerken van de patiënt als over de opvolgingsgegevens van de behandeling. De problemen zijn nog steeds dezelfde: de lange termijn tussen de diagnose en de aangifte, het lage aantal aangiften van de ziekenhuizen en de huisartsen, het lage aantal aangiften dat rechtstreeks de medische hygiëne-inspectie bereikt, onvolledige aangiften en moeilijkheden om informatie te verkrijgen over de opvolging over één jaar.

De doelstellingen van de strijd tegen tuberculose zijn zowel het behandelen van de zieken als de controle van de

ziekte, waarvoor een vroegtijdige diagnose, een adequate behandeling en opvolging nodig zijn om de genezing te garanderen en de overdracht te beperken.

In 2007 waren 87 % van de gediagnosticeerde patiënten in Brussel symptomatische patiënten die zich spontaan aanboden voor de opsporing of die werden doorverwezen door hun arts; bij 7,5 % wordt de ziekte gediagnosticeerd na opsporingsactiviteiten bij groepen met een hoog risico en 4 % behoort tot de bekende patiëntencontacten. De risicogroepen in het Brussels Gewest zijn gevangenen, recente immigranten uit landen met een hoge prevalentie (waaronder asielzoekers en illegalen), mensen in nood (waaronder daklozen) en intraveneuze druggebruikers en personeel dat in contact staat met deze risicogroepen.

In 2008 werden ongeveer 140 sensibiliseringsacties (brochures en/of informatievergaderingen) georganiseerd bij contactpersonen van deze risicogroepen, evenals talrijke regelmatige gedecentraliseerde opsporingen.

Hoewel het een enorm voordeel is dat de behandeling gratis is (zie kader), moeten de patiënten de behandeling ook volgen. In 2007 controleerde de FARES/VRGT 208 DOT's (Directly Observed Treatment) en werd ze geconfronteerd met toenemende moeilijkheden. Steeds meer zieken laten zich niet meer geregeld verzorgen om redenen die niets met de ziekte te maken hebben: sociale en financiële problemen, huisvestingsproblemen, psychische en/of verslavingsproblemen, verhuis. Voor patiënten die de behandeling en de afzondering weigeren, werd trouwens de hulp ingeroepen van geneesheren - hygiëne-inspecteurs (taak versterkt door de nieuwe Ordonnantie betreffende het preventieve gezondheidsbeleid van 19/07/2007).

Het BELTA-TBnet-project: de behandeling toegankelijker maken voor mensen in bestaansonzekerheid

Om de behandeling van tuberculose toegankelijker te maken voor iedereen, ook voor wie in bestaansonzekerheid leeft, werd eind 2005 in Brussel het BELTA-TBnet-project^[43] opgestart: het staat in voor de betaling van de geneesmiddelen tegen tuberculose, de consultaties en de diagnoseonderzoeken voor patiënten zonder sociale dekking of voor multiresistente patiënten.

Van 1/12/2007 tot 30/11/2008 heeft dit project 112 patiënten geholpen (waaronder 62 % nieuwe patiënten), tegenover 120 het jaar voordien; 77 % was asielzoeker of illegaal. Dit project heeft bovendien twee grote gevolgen gehad voor de werkdruk van de FARES/VRGT door de behandeling van een stijgend aantal patiënten dat wordt doorverwezen naar de consultaties van de FARES/VRGT en het omvangrijke werk om de patiënten die van andere behandelingssystemen kunnen genieten administratief weer in orde te brengen.

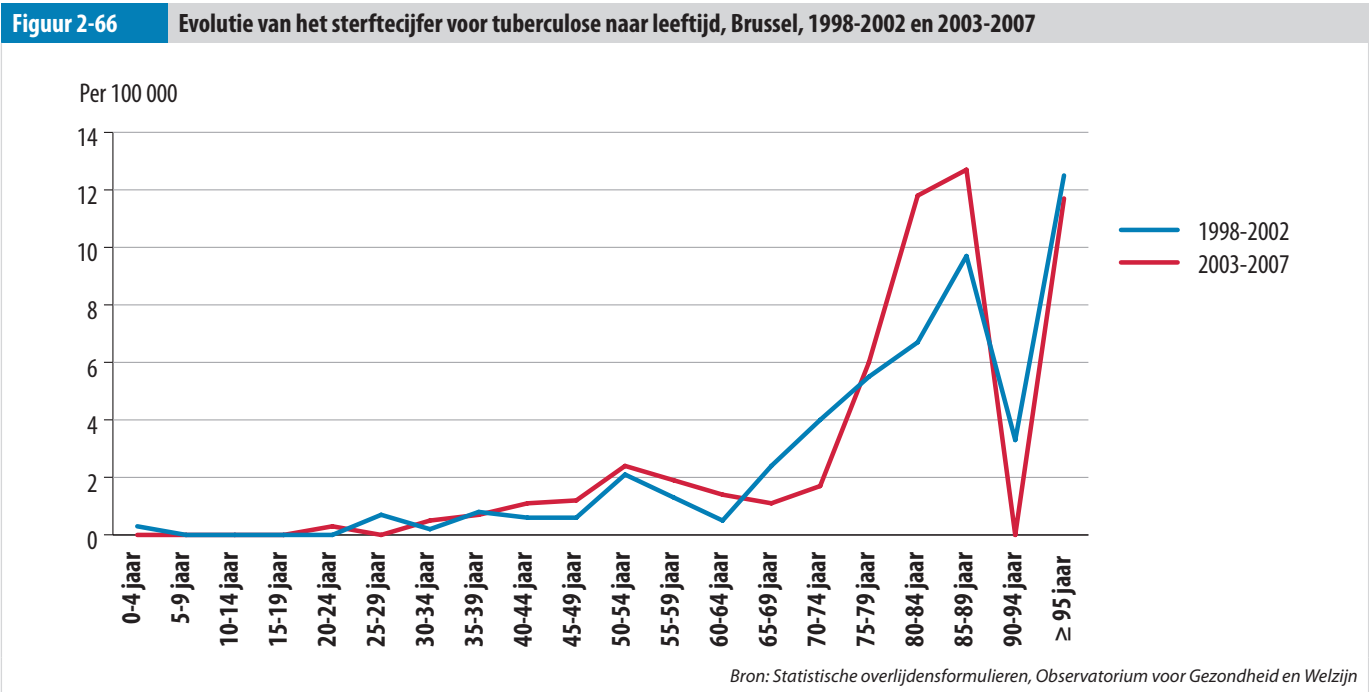
⁴³ Dit project wordt gefinancierd door het RIZIV en gecoördineerd door de Belgian Lung and TB Association (KB van 10/03/2005) en werkt volgens het residuariteitsprincipe. In februari 2006 werd het veralgemeend voor heel België.

⁴² Haar taken bestaan uit het verzamelen, invoeren en verwerken van de gegevens, de coördinatie en de uitvoering van de opsporingen van contacten en de coördinatie van de opsporing van de risicogroepen.

4.5.2 Epidemiologie van tuberculose

Mortaliteit

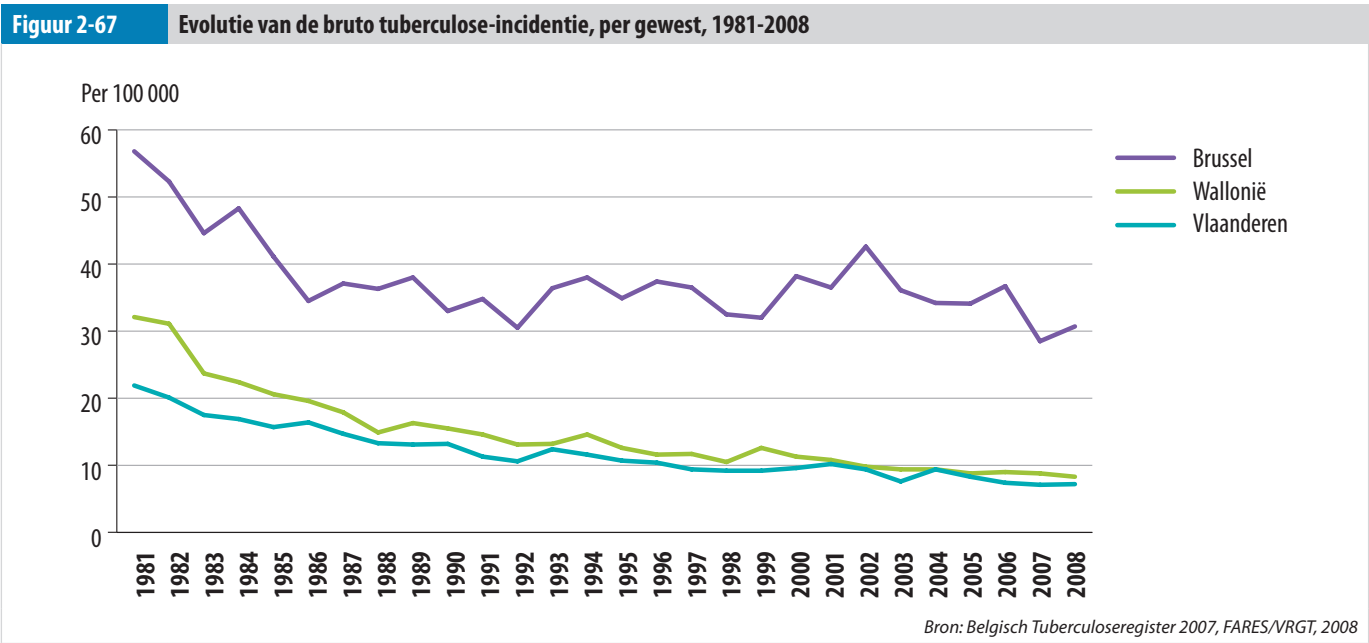
In de periode 2003-2007 zijn 69 personen overleden aan tuberculose (61 in 1998-2003), dit is 1,6 % van de sterfgevallen door infectie.
De mortaliteit door tuberculose neemt toe met de leeftijd.



Morbiditeit

De incidentie van in België geregistreerde tuberculose neemt stelselmatig af sinds de jaren 80, met een vertraagde daling sinds 1992. Deze evolutie is waarneembaar in Vlaanderen en Wallonië, terwijl de incidentie in het Brussels Gewest, na een daling tot in 1987, een zekere stabiliteit kent;

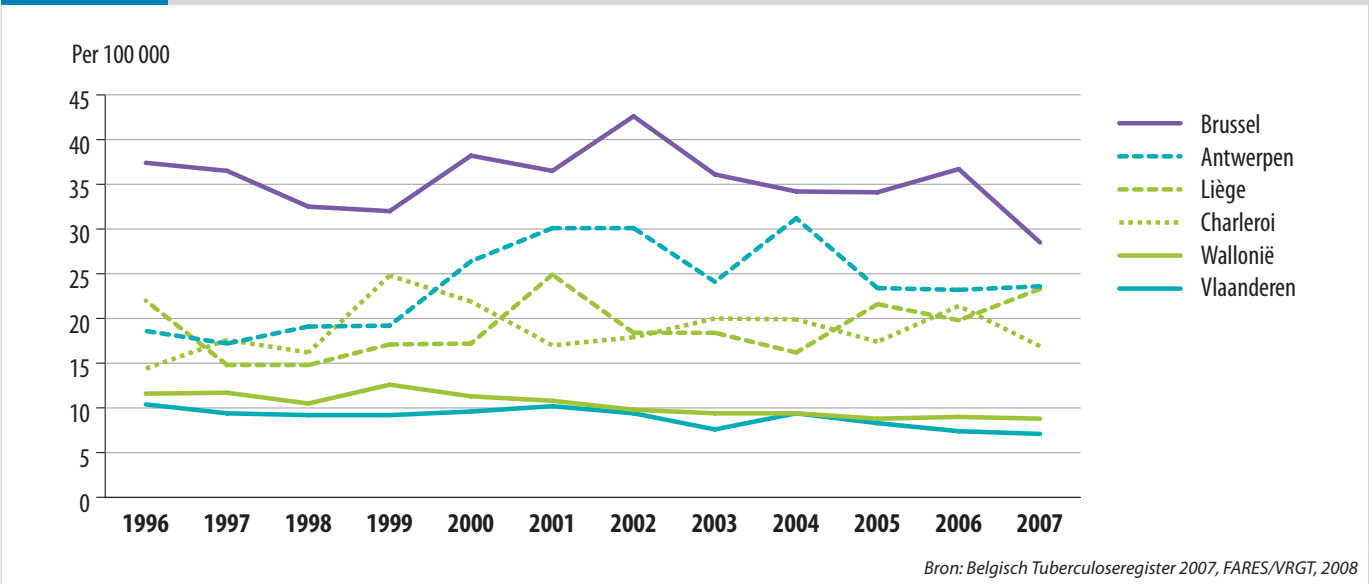
deze stabiliteit is het resultaat van een dalende incidentie bij Belgen in combinatie met een stijgende incidentie bij niet-Belgen. De dalende tendens aan het einde van de periode wijst op een daling van de incidentie bij niet-Belgen (35; 36).



In 2007 werden 294 nieuwe tuberculosegevallen aangegeven in het Brussels Gewest (374 in 2006), 28,6 % van de nieuwe in België aangegeven gevallen. De incidentie in het Brussels Gewest, 28,5/100 000 inwoners, ligt drie- tot viermaal hoger dan de incidentie in Wallonië (8,8/100 000) en in Vlaanderen (7,1/100 000). De incidentie voor Belgen in het Brussels Gewest tussen 2001 en 2006 (na standaardisatie

voor leeftijd en geslacht) ligt significant hoger dan in de andere gewesten en de incidentie voor niet-Belgen ligt significant hoger dan in Wallonië. Tuberculose komt vaker voor in stedelijke gebieden. De grote Belgische steden hebben een hogere incidentie dan de gewesten waarin ze liggen; van deze steden hebben Brussel en Antwerpen de hoogste incidentiecijfers.

Figuur 2-68 Incidentie van tuberculose in de Belgische grote steden, 1996-2007



Net zoals in de twee andere gewesten worden mannen vaker getroffen dan vrouwen (62 % van de aangegeven gevallen).

De incidentie van tuberculose schommelt sterk naargelang de nationaliteit, met name voor personen die afkomstig zijn uit landen met een hoge tuberculoseprevalentie ^[44]. In 2006 heeft 66 % van de nieuwe tuberculosepatiënten in Brussel een vreemde nationaliteit (tegenover 42 % in Vlaanderen en 37 % in Wallonië).

De gestandaardiseerde incidentie bij niet-Belgische Brusselaars bedraagt 68,8/100 000 inwoners (40,9 als we asielzoekers en illegalen uitsluiten ^[45]), terwijl ze voor Belgen 13,2/100 000 bedraagt. Net zoals in 2002 vormen de Marokkanen (26 % van de gevallen) en de Congolezen (11 % van de gevallen) de grootste groep van de 195 niet-Belgische patiënten.

De incidentie van tuberculose schommelt met de leeftijd en het verband tussen leeftijd en het risico op tuberculose verschilt naargelang de nationaliteit. In het algemeen wordt

voor de Belgen in het hele land een geleidelijke stijging van de incidentie met de leeftijd genoteerd, met een risico dat viermaal hoger ligt boven de 75 jaar dan vóór 15 jaar. Deze hoge incidentie bij de oudste bevolkingscategorie wordt verklaard door de geschiedenis van de ziekte (in aanwezigheid van comorbiditeit een heropleving van een infectie die in de kindertijd werd opgelopen). Terwijl dit het profiel in Vlaanderen en Wallonië is, is het profiel in het Brussels Gewest eerder klokvormig, waarbij de grootste leeftijdscategorie die van 30 tot 44 jaar is; een van de hypothesen is dat dit epidemiologisch profiel wordt beïnvloed door het niet-verwaarloosbare aandeel van Belgische patiënten afkomstig uit landen met een hoge prevalentie die onlangs zijn genationaliseerd. Bij niet-Belgen is het risico op tuberculose, en dit in de drie gewesten, immers het grootst tussen 15 en 44 jaar. De mediane leeftijd van aangifte is 37 jaar bij de Belgische Brusselaars (tegenover 53 jaar in Vlaanderen en 50 jaar in Wallonië) en 33 jaar bij niet-Belgen (31 jaar in Vlaanderen en 36 jaar in Wallonië).

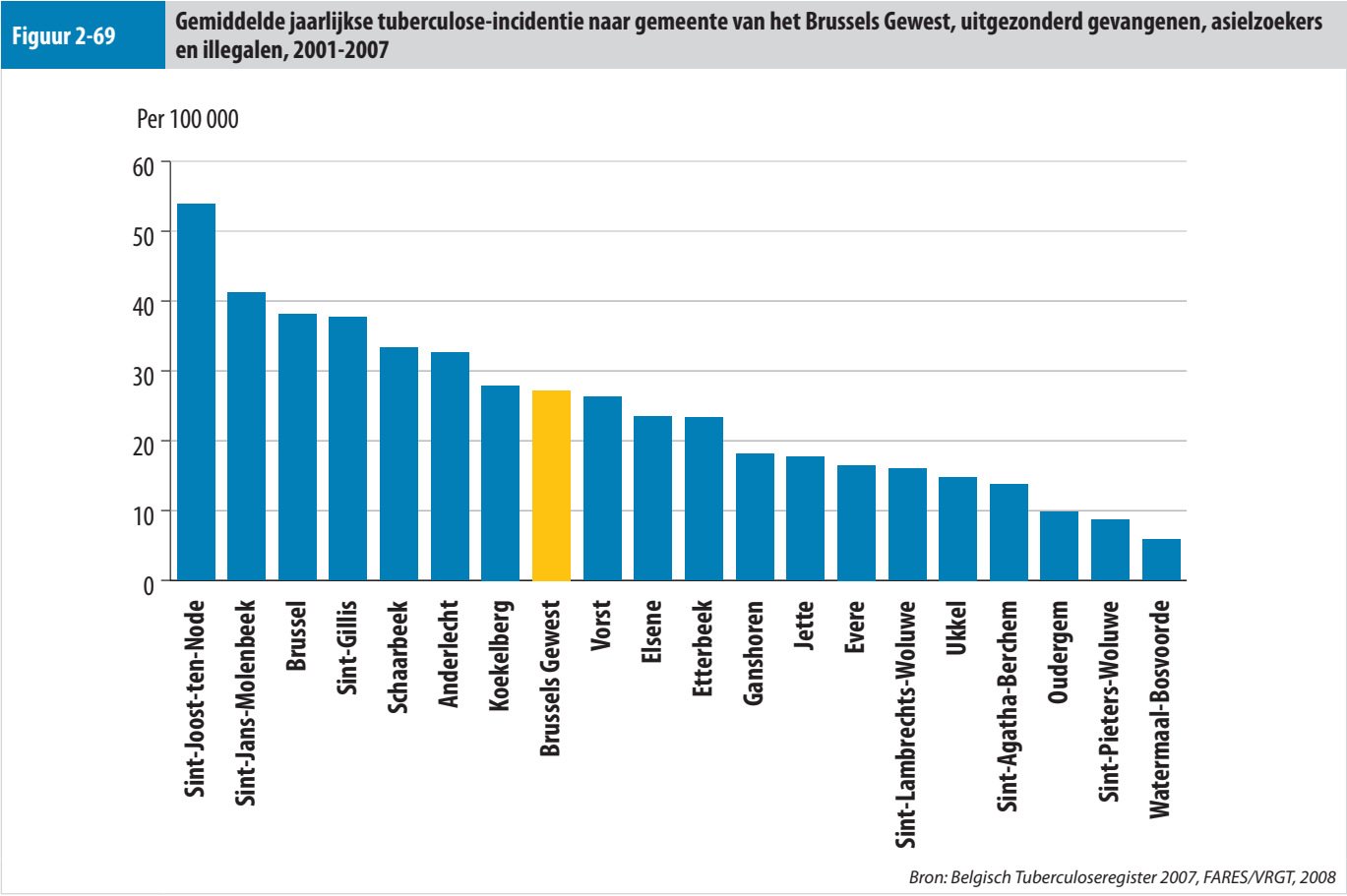
In 2007 werden 15 kinderen jonger dan 4 jaar geregistreerd.

44 Uit een genetische analyse van de geïsoleerde stammen uit 2005 door het Pasteurinstituut (37; 38) in het kader van Prospective Research bleek een grote diversiteit van stammen in Brussel, hetgeen erop wijst dat de meeste tuberculosegevallen bij buitenlandse patiënten waarschijnlijk het resultaat waren van infecties die ze in hun land van oorsprong hebben opgelopen. Deze studie

heeft trouwens opgemerkt dat de “transnationale” overdracht (en met name Belg-buitenlander) uiterst beperkt was.

45 Aangezien zij niet worden opgenomen in het Rijksregister, dat dient als noemer voor de berekening van de incidentie, is de incidentie bij niet-Belgen lichtjes overschat. De werkelijke incidentie bij asielzoekers en illegalen is onbekend.

De incidentie varieert volgens de woonplaats ^[46]. In zeven gemeenten ligt de incidentie hoger dan het gemiddelde van het Brussels Gewest.



Dankzij gerichte opsporingen zijn 147 gevallen opgespoord bij mensen die worden beschouwd als behorend tot een risicogroep.

Hoewel tuberculose alle organen kan aantasten, is longtuberculose ^[47] de vaakst voorkomende vorm; in 2007 had 68,7 % van de patiënten in Brussel longtuberculose.

De co-infectie met aids ligt hoger in het Brussels Gewest dan in de andere gewesten: 8 % tegenover 4 % in Vlaanderen en 3 % in Wallonië.

Van de 202 patiënten met opgespoorde en bacteriologisch bevestigde longtuberculose in 2006 heeft 65 % zijn behandeling beëindigd (genezing bevestigd in 18 % van de gevallen via bacteriologische analyse), is 7 % overleden, 18 % heeft de behandeling stopgezet of is uit het oog

verloren ^[48] en bij 1 patiënt is de behandeling mislukt. Het percentage tegen klassieke antibiotica resistente longtuberculose is stabiel.

Het beleid in de strijd tegen tuberculose in het Brussels Gewest is zeker versterkt met de nieuwe ordonnantie van 2007, maar de omvang van de risicobevolking binnen het gewest en hun verarming maken dat het meer dan ooit nodig is om de opsporingsstrategieën en de coördinatie tussen de verschillende partners, op het terrein of institutionele partners, aan te passen.

De incidentie van tuberculose vertoont al meer dan twintig jaar geen duidelijke daling meer in het Brussels Gewest.

46 De tuberculosegevallen bij gevangenen, asielzoekers en illegalen werden uitgesloten om de incidentie in de desbetreffende gemeenten niet kunstmatig te verhogen; het aantal tuberculosegevallen in deze groepen is immers zeer groot, maar aangezien ze niet in het bevolkingsregister zijn opgenomen, worden ze ook niet in de noemer opgenomen.

47 Longtuberculose is mogelijk besmettelijk en verantwoordelijk voor de overdracht van de ziekte binnen de gemeenschap.

48 Dit probleem is bijzonder belangrijk voor de asielzoekers die vaak zonder voorafgaand bericht worden overgebracht naar een ander gewest van het land.

4.6 HEPATITIS

Hepatitis is een langdurige asymptomatische, soms zelfs chronische, infectieziekte waartegen de medische wetenschap niet langer machteloos staat. In de eerste plaats is grote therapeutische vooruitgang geboekt, waardoor meer dan 50 % van de hepatitis C-gevallen kan worden genezen en 80 % van de hepatitis B-gevallen kan worden gecontroleerd. Het is dus belangrijk de opsporing te stimuleren, in het bijzonder bij risicogroepen (mensen die leven in bestaansonzekerheid, migranten uit endemische landen, gevangenen, druggebruikers) en de behandeling toegankelijk te houden. Ook de komst van een vaccin tegen hepatitis B en de opname ervan in de vaccinatiekalender sinds 2004 zullen op termijn het epidemiologisch profiel van deze aandoening veranderen.

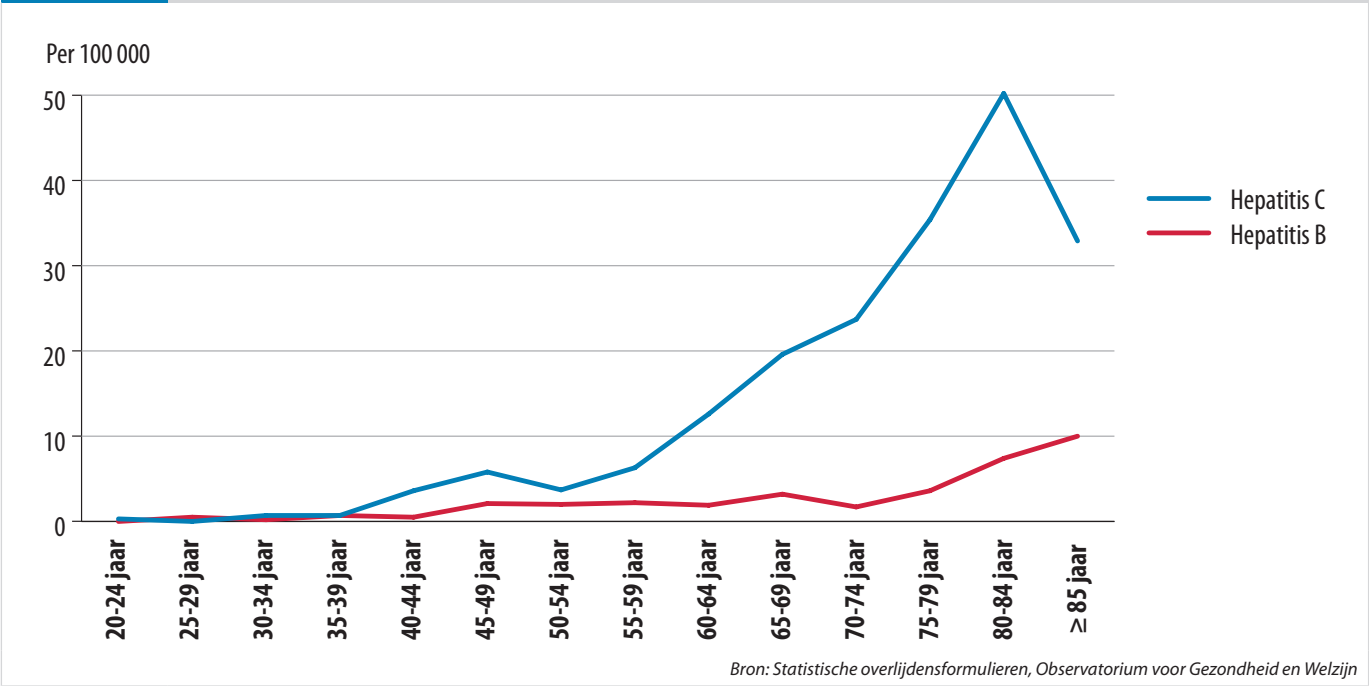
4.6.1 Algemene mortaliteit

Tussen 1998 en 2007 werden 250 sterfgevallen geregistreerd die rechtstreeks te wijten waren aan een virale hepatitis (vermeld als initiële doodsoorzaak) ^[49]. De mortaliteit als gevolg van hepatitis C ligt veel hoger dan de mortaliteit als gevolg van hepatitis B (eveneens waargenomen in Frankrijk, maar in mindere mate (39)). De mortaliteit als gevolg van hepatitis B daalt licht, terwijl de mortaliteit als gevolg van hepatitis C veeleer stijgt.

Tabel 2-12	Aantal overlijdens door hepatitis A, B of C (initiële oorzaak), Brussel, 1998-2002 en 2003-2007	
	1998-2002	2003-2007
Hepatitis A	2	0
Hepatitis B	26	13
Hepatitis C	90	100
Totaal hepatitis	128	122

Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

Figuur 2-70 Sterftcijfer door hepatitis B en hepatitis C, naar leeftijd, Brussel, 2003-2007



De sterftcijfers voor hepatitis B liggen hoger bij mannen dan bij vrouwen, terwijl die voor hepatitis C voor beide geslachten vergelijkbaar zijn.

49 Een groot deel van de sterfgevallen als gevolg van hepatitis B en C zijn niet opgenomen in de sterfgevallen waarvan hepatitis als initiële doodsoorzaak wordt genoemd. Daarom is het voor deze twee types hepatitis interessant om de mortaliteit te analyseren en tevens rekening te houden met de sterfgevallen waarbij hepatitis wordt vermeld als geassocieerde of intermediaire doodsoorzaak.

4.6.2 Hepatitis B

De overdracht van hepatitis B gebeurt via seksueel contact, via het bloed en van moeder op kind. De ziekte is ernstig omdat ze in 5 tot 10 % van de gevallen chronisch wordt, waardoor ze na enkele jaren kan evolueren tot cirrose en zelfs leverkanker. Er bestaat een vaccin dat ook gecombineerd wordt aangeboden aan zuigelingen (hexavalent vaccin).

Mortaliteit

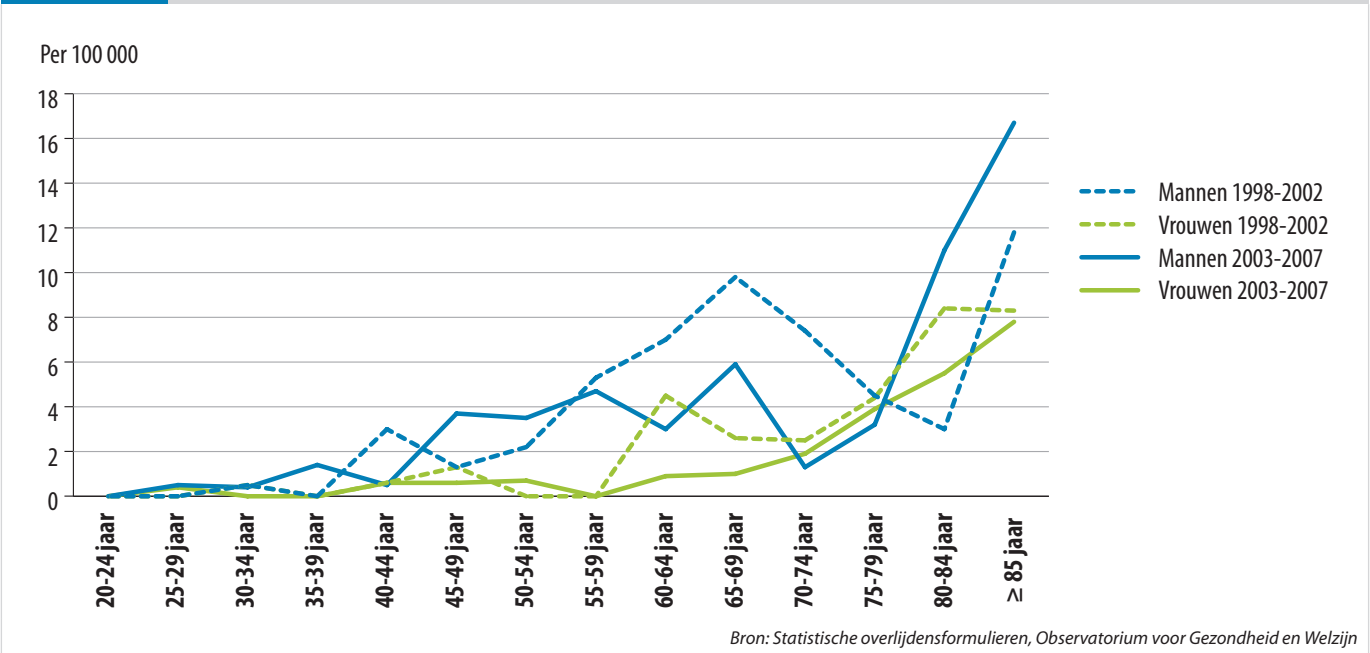
In de periode 1998-2007 werden 145 hepatitis B-gerelateerde sterfgevallen geregistreerd (waarvan 39 met initiële oorzaak). Van deze sterfgevallen is de initiële oorzaak in 27 % van de gevallen hepatitis B, in 25 % van de gevallen leverkanker en in 7 % van de gevallen een leveraandoening

(vooral fibrose of cirrose). Er wordt één geval van co-infectie met hepatitis C en 6 met HIV genoteerd. Het sterftecijfer is hoger voor mannen dan voor vrouwen (1,8 versus 0,9 per 100 000 in 2003-2007).

Het sterftecijfer voor alle leeftijden voor hepatitis B (totaal) is lichtjes gedaald tussen de periode 1998-2002 (1,6 per 100 000 inwoners) en de periode 2003-2007 (1,3 per 100 000 inwoners). Deze daling betreft zowel mannen (van 2,0 naar 1,8) als vrouwen (van 1,3 naar 0,9) en vooral de leeftijdscategorie 60 tot 69 jaar.

Het sterftecijfer door hepatitis B is duidelijk hoger voor Brusselaars van Subsaharisch Afrika dan voor andere nationaliteiten.

Figuur 2-71 Evolutie van de sterftecijfers door hepatitis B, naar leeftijd en geslacht, Brussel, 1998-2002 en 2003-2007



Morbiditeit

Hoewel de ziekte verplicht moet worden aangegeven zijn er geen echte incidentie- of prevalentiegegevens beschikbaar. De enige beschikbare gegevens zijn bijgevolg enerzijds de surveillancegegevens van de referentielaboratoria en de peillabo's, waar de seropositieve gevallen anoniem worden geregistreerd, waarbij eenzelfde geval dus verschillende malen kan worden geregistreerd; en anderzijds de aangiften bij de geneesheren-inspecteurs, een procedure die in Brussel zeer weinig wordt gevolgd. Veel mensen zijn trouwens asymptomatisch en worden niet opgespoord.

Volgens de gegevens van 2005 tot 2007 van de peillabo's is de incidentie veel hoger in Brussel en Vlaanderen dan in Wallonië.

Meer dan 6 op de 10 kiemen worden geïdentificeerd in de leeftijdscategorie 20-44 jaar (invloed van de opsporingspraktijken bij zwangere vrouwen?).

Zoals in de meeste Belgische arrondissementen ligt het aantal gediagnosticeerde gevallen in 2006 lager dan in 2005, maar in 2007 is er haast een verdubbeling van de gevallen in vergelijking met 2005 (114 tegenover 63), met name in de leeftijdscategorie 20-44 jaar.

Gezien de invoering van het hexavalente vaccin in 2004 en de verdubbeling van de vaccinatiedekking voor kinderen van 18 tot 24 maanden tussen 2000 en 2006, is het interessant de komende decennia de evolutie van de incidentie van hepatitis B bij jongvolwassenen op te volgen.

In 2007 is het aantal geregistreerde gevallen van hepatitis B verdubbeld tegenover 2005.

4.6.3 Hepatitis C

De overdracht van hepatitis C gebeurt voornamelijk via het bloed (minder vaak via seksueel contact en van moeder op kind). Hepatitis C is een ernstige aandoening omdat ze in 70 % van de gevallen chronisch wordt. Momenteel bestaat er geen vaccin.

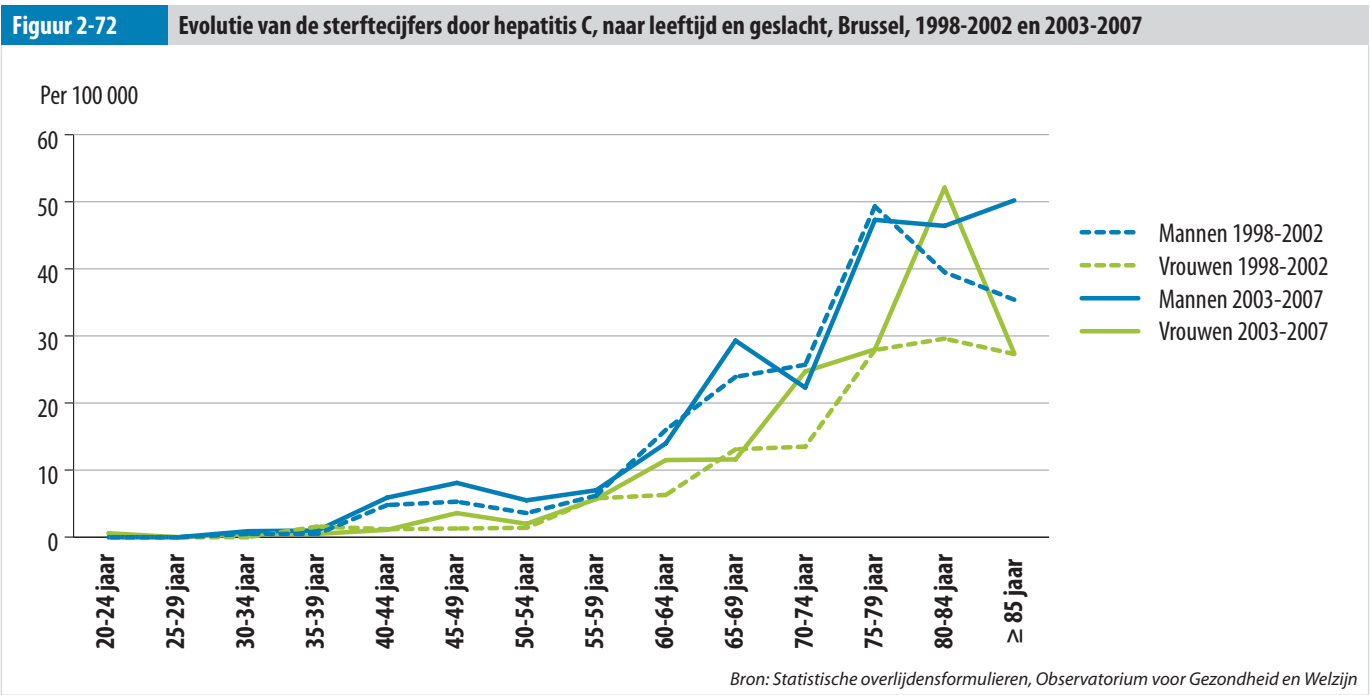
Mortaliteit

In de periode 1998-2007 was hepatitis C rechtstreeks of onrechtstreeks verantwoordelijk voor gemiddeld 61 sterfgevallen per jaar onder de Brusselse bevolking (608 sterfgevallen voor de hele periode, waaronder 190 waarvoor hepatitis C werd aangeduid als initiële oorzaak).

Van deze sterfgevallen is de initiële oorzaak in 31 % van de gevallen hepatitis C, in 28 % van de gevallen leverkanker en in 5 % van de gevallen een leveraandoening (vooral fibrose of cirrose). We noteren 5 gevallen van co-infectie met hepatitis B en 7 met HIV.

Het sterftecijfer bij mannen en vrouwen is vergelijkbaar (respectievelijk 6,7 en 6,5 per 100 000 in 2003-2007).

In tegenstelling tot wat werd waargenomen voor hepatitis B, is het sterftecijfer door hepatitis C gestegen tussen 1998-2002 en 2003-2007. Deze stijging is groter voor vrouwen (van 5,2 naar 6,5 per 100 000) dan voor mannen (van 6,2 naar 6,7 per 100 000) en betreft eerder ouderen.

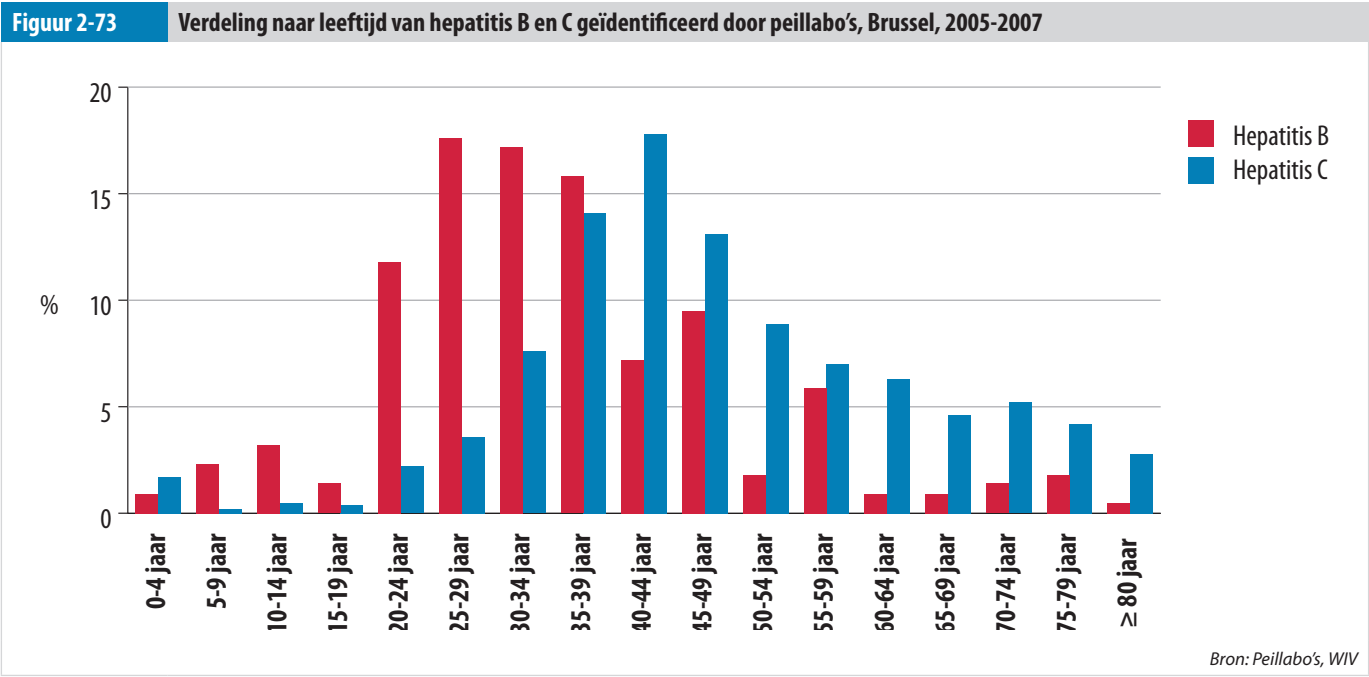


Het brutosterftecijfer door hepatitis C is eveneens duidelijk hoger voor Brusselaars van Subsaharisch Afrika dan voor andere nationaliteiten.

Morbiditeit

De opmerkingen in verband met de kennis van de incidentie en de prevalentie voor hepatitis B zijn eveneens van toepassing op hepatitis C, er bestaat momenteel geen systematische registratie van de hepatitis C-gevallen. Volgens de gegevens van 2005 tot 2007 van de peillabo's is meer dan de helft van de gevallen in Brussel

gediagnosticeerd (gemiddeld 570 gevallen). Tussen 2005 en 2007 werd bijna achtmaal meer hepatitis C dan hepatitis B gediagnosticeerd. Drie vierde van deze diagnosen betreft personen tussen 30 en 64 jaar. De verdeling per leeftijd is verschillend omdat hepatitis B jongere mensen treft dan hepatitis C.



Een overzicht van de in 2008 beschikbare Europese cijfers^[50] toont aan dat de incidentie van hepatitis C de afgelopen tien jaar in Europa is toegenomen, zonder dat kan worden bepaald of het gaat om een werkelijke toename van de incidentie dan wel om het resultaat van een verscherpte surveillance, van intensievere opsporingsactiviteiten en het ter beschikking stellen van betere opsporingstests waardoor oude infecties kunnen worden opgespoord.

Tussen 2005 en 2007 werd achtmaal meer hepatitis C dan hepatitis B gediagnosticeerd.

⁵⁰ Surveillance and epidemiology of hepatitis B and C in Europe - a review, EUROSURVEILLANCE Vol. 13 · Issues 14-26 · Apr-Jun 2008 · www.eurosurveillance.org.

4.6.4 Hepatitis A

Hepatitis A wordt via orale weg overgedragen, voornamelijk via intermenselijk contact. Hoewel er ook erge vormen bestaan, is het doorgaans een goedaardige ziekte die niet chronisch wordt (2 sterfgevallen voor de periode 1998-2002, geen enkel voor 2003-2007). De grote aanwezigheid in het Brussels Gewest van een bevolking afkomstig van landen met een sterke endemiciteit en een epidemisch ziektepotentieel rechtvaardigen echter de opname ervan in dit hoofdstuk. Sinds 1992 is een vaccin beschikbaar.

In verband met de morbiditeit gelden dezelfde opmerkingen als hiervoor in verband met de beschikbaarheid van de gegevens.

Volgens de gegevens van 1994 tot 2007 van de peillabo's is Brussel het gewest met de hoogste incidentie in vergelijking met de andere gewesten en de andere grote Vlaamse en Waalse steden, behalve in 2004, toen in Antwerpen een epidemie werd opgetekend als gevolg van een voedselbesmetting.

Sinds 2001 was er in het Brussels Gewest een dalende tendens in het aantal geregistreerde gevallen (sinds 1994 in België), maar toch wordt een veel groter aantal gevallen geteld in 2007 als gevolg van een epidemie in scholen in Anderlecht en Sint-Jans-Molenbeek. De eerste gevallen van deze epidemie werden besmet tijdens een vakantie in een endemisch land (Marokko en Turkije), waarbij de omvang van de epidemie een intermenselijke overdracht vergemakkelijkt heeft. Het aantal aan Brusselse geneesheren-inspecteurs aangegeven gevallen is in 2008 blijven toenemen; bijna de helft van de Belgische gevallen in 2008 werd aangegeven in Brussel ^[51] (65 gevallen in 2006, 101 gevallen in 2007, 154 gevallen in 2008) ^[52].

Volgens de gegevens voor 2004-2007 van de peillabo's worden de meeste kiemen in Brussel geïdentificeerd in de leeftijdscategorie onder 19 jaar, en de minste bij de 60-plussers. De stijging in 2007 is enkel zichtbaar bij jongeren onder 15 jaar.

Hepatitis A en vaccinatie

De aanbeveling aan de ouders om hun kinderen te laten vaccineren wanneer ze op vakantie gaan naar een endemisch land wordt niet altijd opgevolgd, omdat de kostprijs van de vaccinatie niet wordt terugbetaald door de ziekteverzekering. In zijn rapport nr. 98B bevestigt het KCE dat *“de vaccinatie van migrantenkinderen van 1 tot 12 jaar die naar een gebied reizen waar hepatitis A vaak voorkomt, volgens het Centrum voor de Evaluatie van Vaccinaties, kosteneffectief is. De resultaten van deze studie brengen het KCE ertoe de financiering van deze vaccinatie aan te bevelen voor alle kinderen van 1 tot 12 jaar die naar gebieden reizen waar de ziekte nog vaak voorkomt.”* Een recente Nederlandse studie (40) wijst op de impact van een doelgerichte vaccinatie van Turkse en Marokkaanse kinderen; hoewel ze erkent dat de vaccinatie van allochtone kinderen heeft bijgedragen tot een daling van de incidentie van hepatitis A (een daling die ook werd vastgesteld in de rest van Europa), rechtvaardigt de huidige lage endemiciteit volgens de auteurs niet langer een prioritair gericht programma; ze zijn echter wel van mening dat het belangrijk is om elke reiziger die naar endemische contreien reist te vaccineren, ongeacht zijn land van oorsprong.

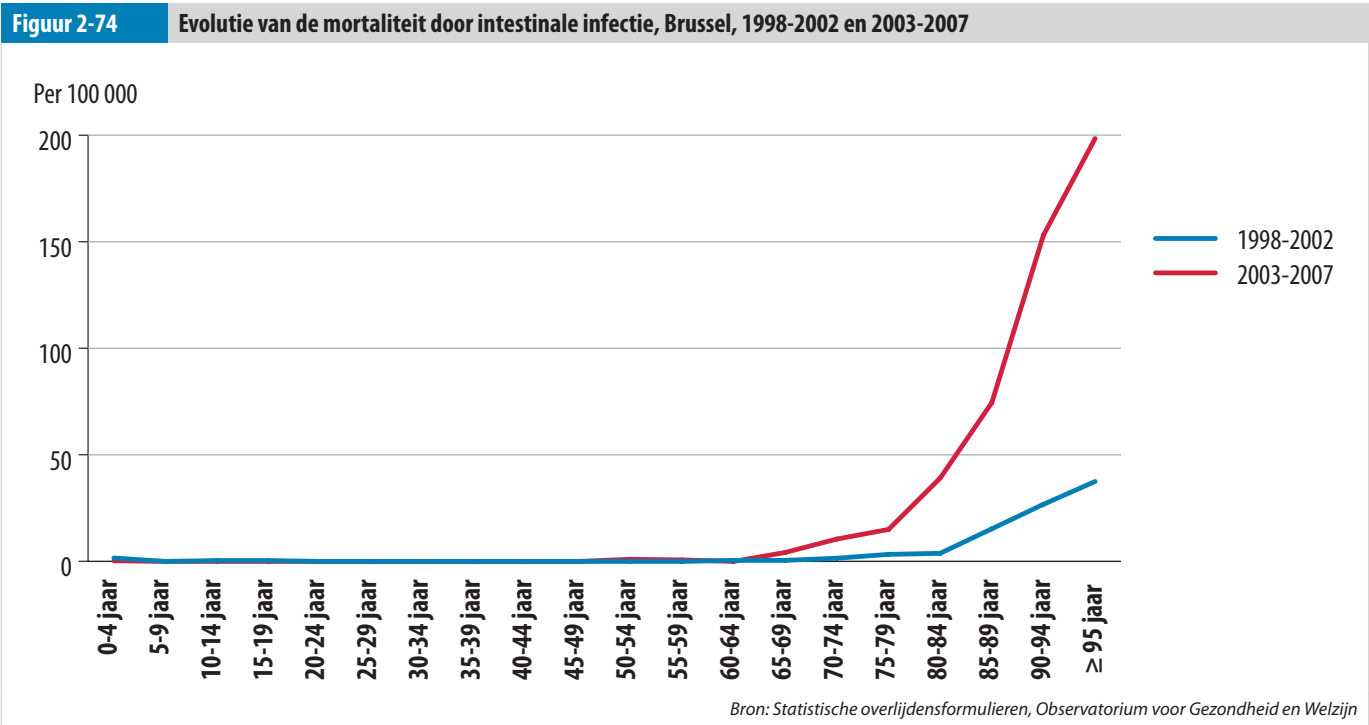
⁵¹ Persoonlijke mededeling van Johan Bots, geneesheer-hygiëne-inspecteur van het Brussels Gewest.

⁵² Merk op dat er meer gevallen aan de hygiëne-inspectie werden aangegeven dan geregistreerd door de peillabo's, met name omdat de aangiften werden aanvaard zonder biologische bevestiging, in het bijzonder wanneer deze gevallen ondergeschikt waren aan een bestaand geval. Bovendien beschikken de medische teams van de diensten voor gezondheidspromotie op school, verantwoordelijk voor het beheer van de epidemieën, sinds 2008 over snelle speekseltests.

4.7 INTESTINALE INFECTIES

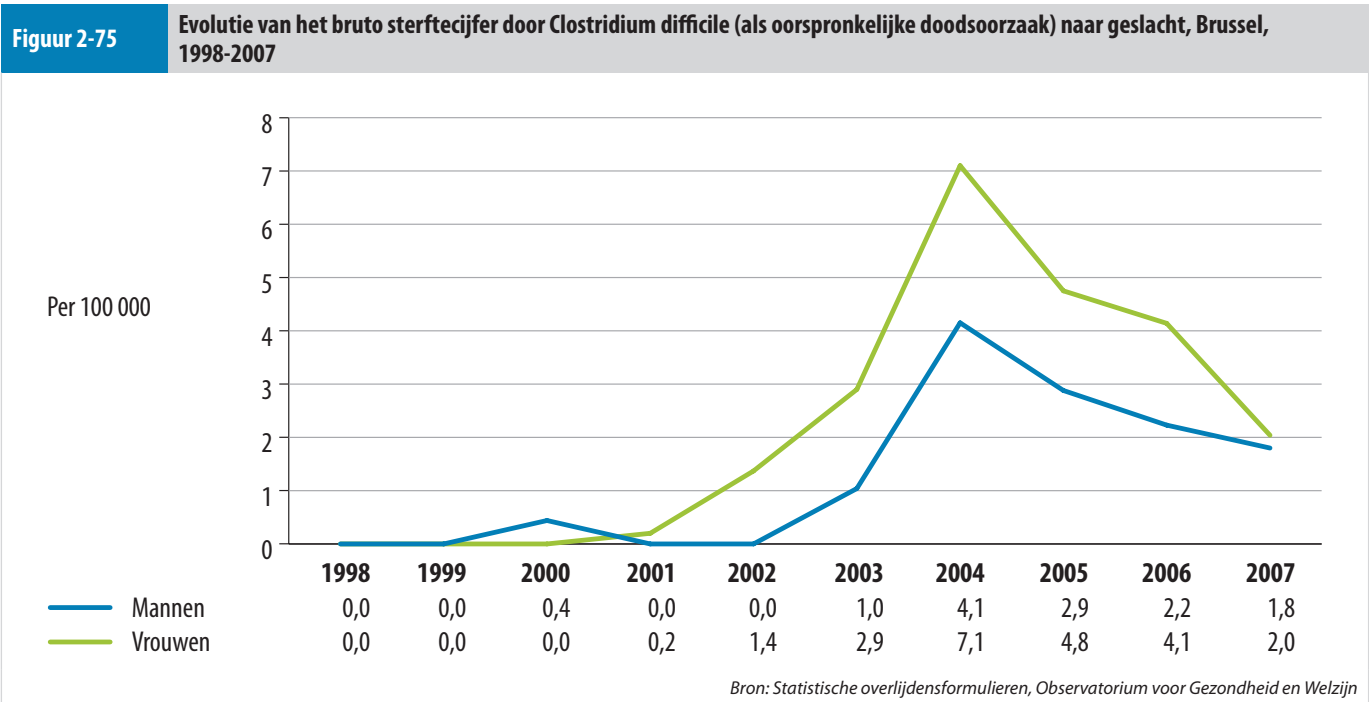
De toename van het aantal infectiegerelateerde sterfgevallen in de periode 2003-2007 is voornamelijk te wijten aan de toename van het aantal sterfgevallen door intestinale infecties: 221 sterfgevallen voor de periode 2003-2007 tegenover 44 voor 1998-2002.

De mortaliteit door intestinale infecties neemt toe met de leeftijd. De stijging van het sterftecijfer tussen de twee periodes wordt vooral duidelijk vanaf 60 jaar.

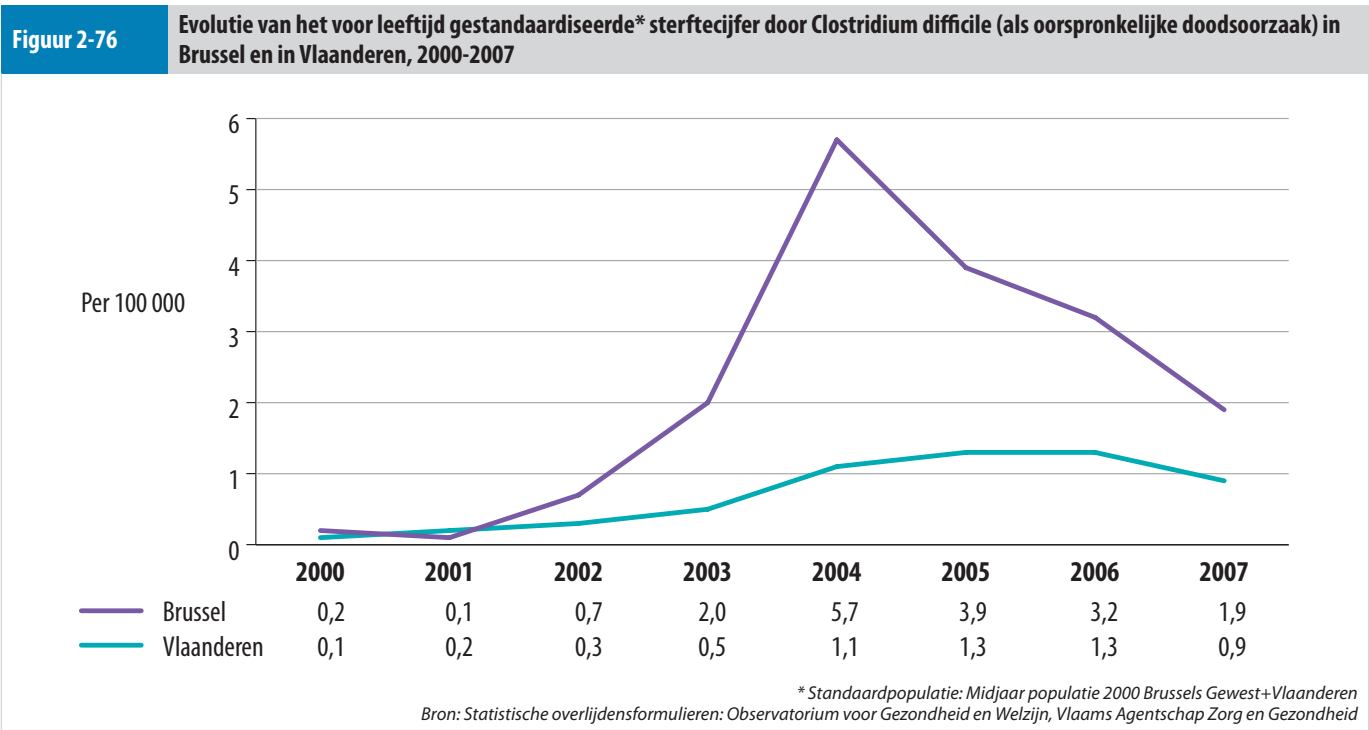


Deze stijging is met name te wijten aan de stijging van de sterfgevallen door infecties met *Clostridium difficile*: 11 sterfgevallen in 1998-2002 (25 % van de sterfgevallen door intestinale infecties), 169 sterfgevallen in 2003-2007 (76 % van de sterfgevallen). Het sterftecijfer neemt toe met de leeftijd, vooral vanaf 85 jaar.

De analyse van de overlijdensstatistieken toont een belangrijke stijging van de mortaliteit als gevolg van *Clostridium difficile* vanaf 2001, met een piek in 2004, gevolgd door een daling; deze stijging is sterker bij vrouwen dan bij mannen.



Hoewel de stijging van de mortaliteit voor heel België geldt, zijn de gestandaardiseerde sterftcijfers van de Brusselaars veel hoger dan die in Vlaanderen (statistisch significant verschillend van 2003 tot 2006).



Clostridium difficile: opkomst van een hypervirulente stam

Als gevolg van deze opmerkelijke stijging van de letaliteit en de incidentie van de Clostridium difficile-infectie, wordt deze infectie de laatste jaren bijzonder scherp in de gaten gehouden. In Canada en in de VS wordt sinds 2002 een belangrijke en duidelijke stijging van morbiditeit en mortaliteit als gevolg van C. difficile-infecties gemeld. Deze stijging wordt in verband gebracht met de opkomst van een nieuwe hypervirulente stam van C. difficile (toxinotype III en ribotype 027) (41; 42). In Europa werd deze stam geïsoleerd tijdens epidemische pieken in sommige landen, zoals Engeland, Nederland, Frankrijk, enz. (43).

In 2005 werd deze stam voor de eerste maal beschreven in België (WIV). In 2006 werd hij dan geïdentificeerd als oorzakelijke stam van epidemieën in 8 Belgische hospitalen, na een surveillance van het WIV (NSIH: Nationale Surveillance van infecties in ziekenhuizen) in samenwerking met de BICS (Belgian Infection Control Society) en het referentielaboratorium van de Universiteit Catholique de Louvain. Volgens de resultaten van deze surveillance zou de stijging van de incidentie niet worden verklaard door de betere diagnosetechnieken (Bronnen: http://www.iph.fgov.be/nsih/surv_cdif/inleiding_nl.asp en http://www.iph.fgov.be/epidemie/epinl/plabnl/plabannl/07_cdin_r.pdf).

Tussen 1998 en 2007 vond in Brussel 80 % van de sterfgevallen in het ziekenhuis plaats en verbleef 36 % van de slachtoffers vóór zijn overlijden in een instelling.

4.8 MENINGOKOKKENINFECTIES

De aangifte van ernstige meningokokkeninfecties is verplicht. De hieronder voorgestelde gegevens komen uit de aangiften van gevallen van meningokokkeninfecties door de referentielaboratoria en het netwerk van peillabo's (44), alsook uit de aangiften van geneesheren (van met name ziekenhuizen en onderwijsinstellingen) aan de Inspectie van de Hygiëne van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

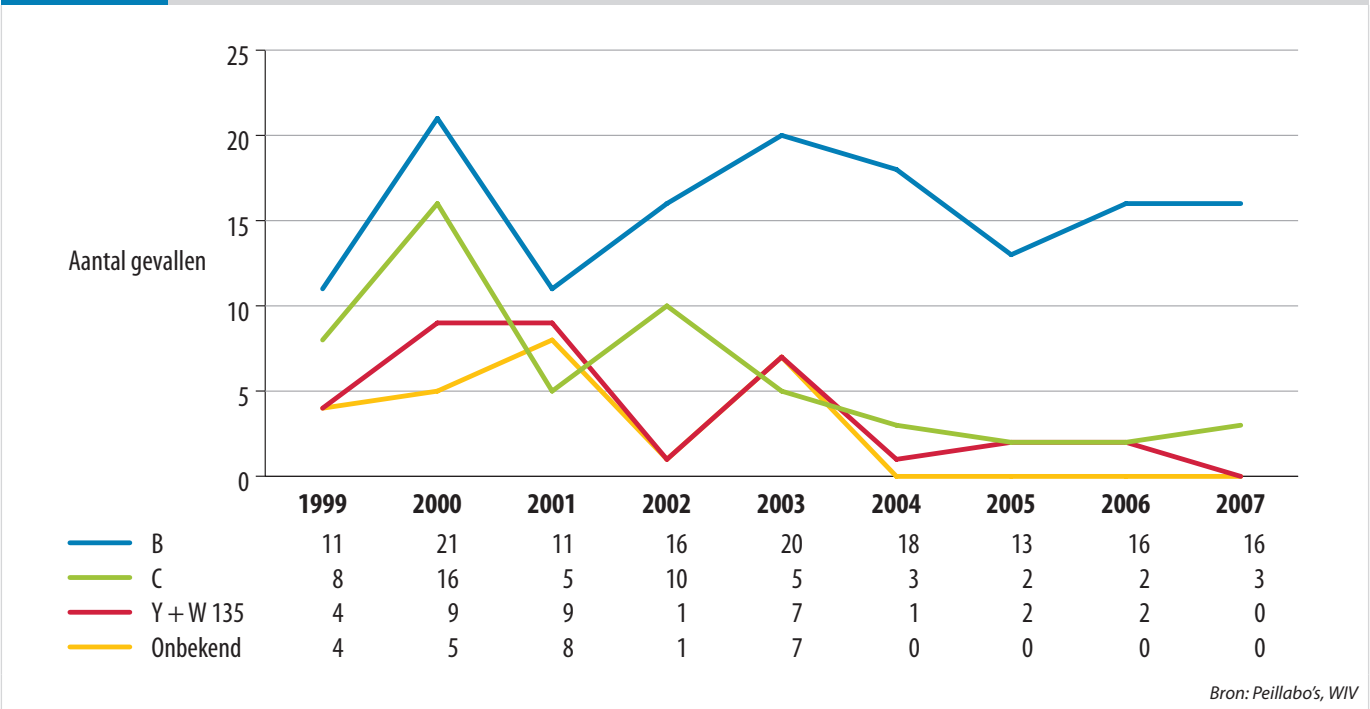
In de periode 1998-2002 zijn 19 personen overleden aan een meningokokkeninfectie in het Brussels Gewest, zijnde 0,5 % van de sterfgevallen door infectie; voor de periode 2003-2007 waren er nog 10 sterfgevallen (0,2 % van de sterfgevallen door infectie).

In 2007 werden in het Brussels Gewest 19 gevallen van hersenvliesontsteking (incidentie van 1,8/100 000) aangegeven, in Vlaanderen 82 (1,3/100 000) en in Wallonië 59 (1,7/100 000)^[53].

Na een infectiepiek geregistreerd in 2000^[54] en een daling vanaf 2001^[55] noteert Brussel net zoals in de andere gewesten een stabilisering van het aantal geregistreerde gevallen sinds 2004. Voor de periode 2004-2007 werden in het Brussels Gewest jaarlijks ongeveer 20 gevallen van hersenvliesontsteking en septicemieën waargenomen, waarvan 2 of 3 van serogroep C, terwijl serogroep B predominant bleef (81 %). Het seizoensprofiel toont een grotere aangifte van de gevallen in de winter en in de herfst.

Het lage aantal gevallen maakt het moeilijk in Brussel de evolutie in de tijd te interpreteren. Verschillende redenen kunnen de daling van de serogroep C verklaren (daling in Brussel vanaf 2003): de doeltreffende vaccinatiecampagne, de natuurlijke vermindering van de serogroep C of groepsimmunitet. Nieuwe studies zijn nodig om het respectieve gewicht van deze factoren te evalueren.

Figuur 2-77 Evolutie van het aantal meningokokkeninfecties per serogroep, Brussel, 1999-2007



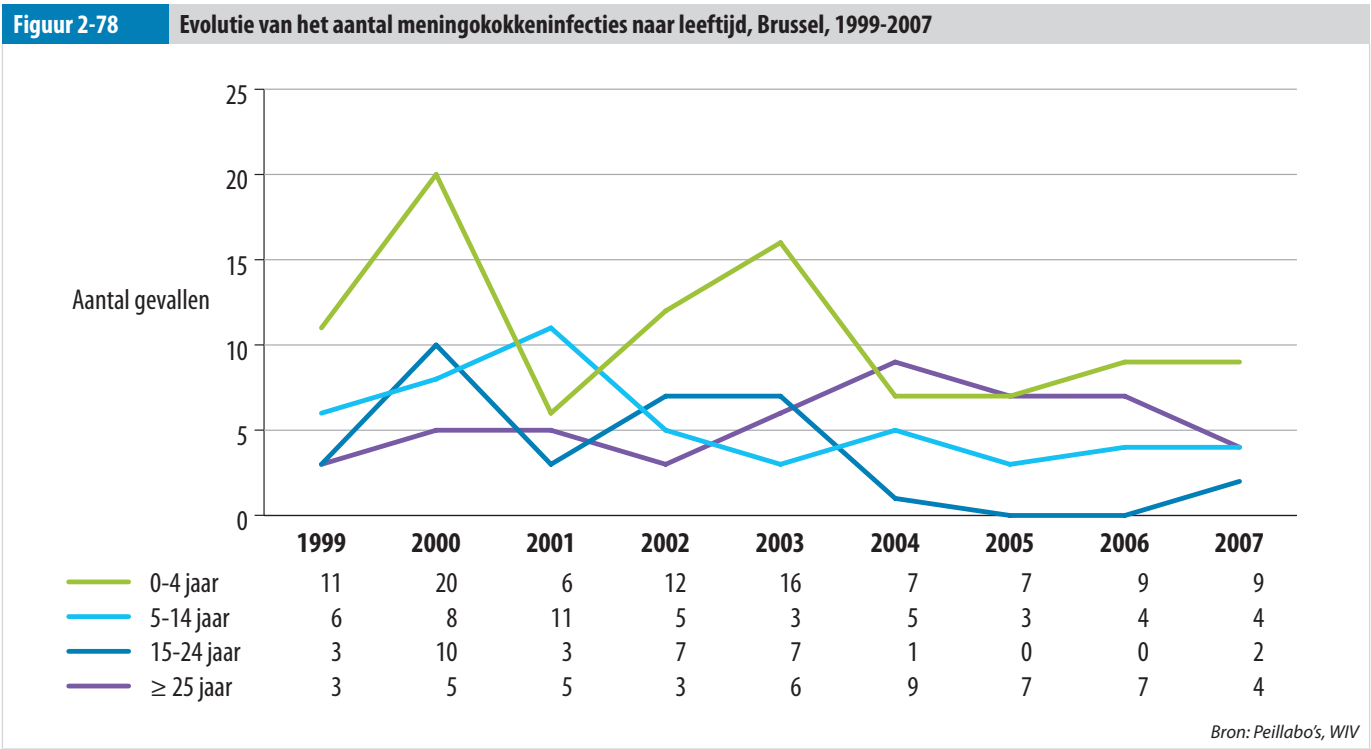
53 Aan het einde van het derde kwartaal van 2008 bevestigde het referentiecentrum 14 gevallen in het Brussels Gewest tegenover 12 gevallen in dezelfde periode in 2007; het aantal bevestigde gevallen voor heel België bedroeg 83, wat 30 % minder is dan in 2006 (Bron: Nieuwsbrief nr. 3, WIV 2008).

54 Na de aanbeveling van de Hoge Raad voor Hygiëne werden vanaf 2001 in de drie gemeenschappen omvangrijke vaccinatiecampagnes tegen de meningokok C opgestart, waarna het vaccin werd opgenomen in de vaccinatiekalender (voor meer details, zie de Gezondheidsindicatoren 2004).

55 In Vlaanderen en Wallonië werd deze daling pas waargenomen vanaf 2002, met een daling van de helft van de infecties met serogroep C. Deze daling is zowel zichtbaar in de gevaccineerde als in de niet-gevaccineerde leeftijdscategorieën.

Wanneer de evolutie van de leeftijdsverdeling wordt bekeken, valt een daling op van het aantal gevallen onder de 25 jaar (en vooral bij de zeer jonge kinderen) maar maken zij nog altijd ¾ van de gevallen uit in 2007.

In 2007 waren de drie gevallen van serogroep C ouder dan 19 jaar.

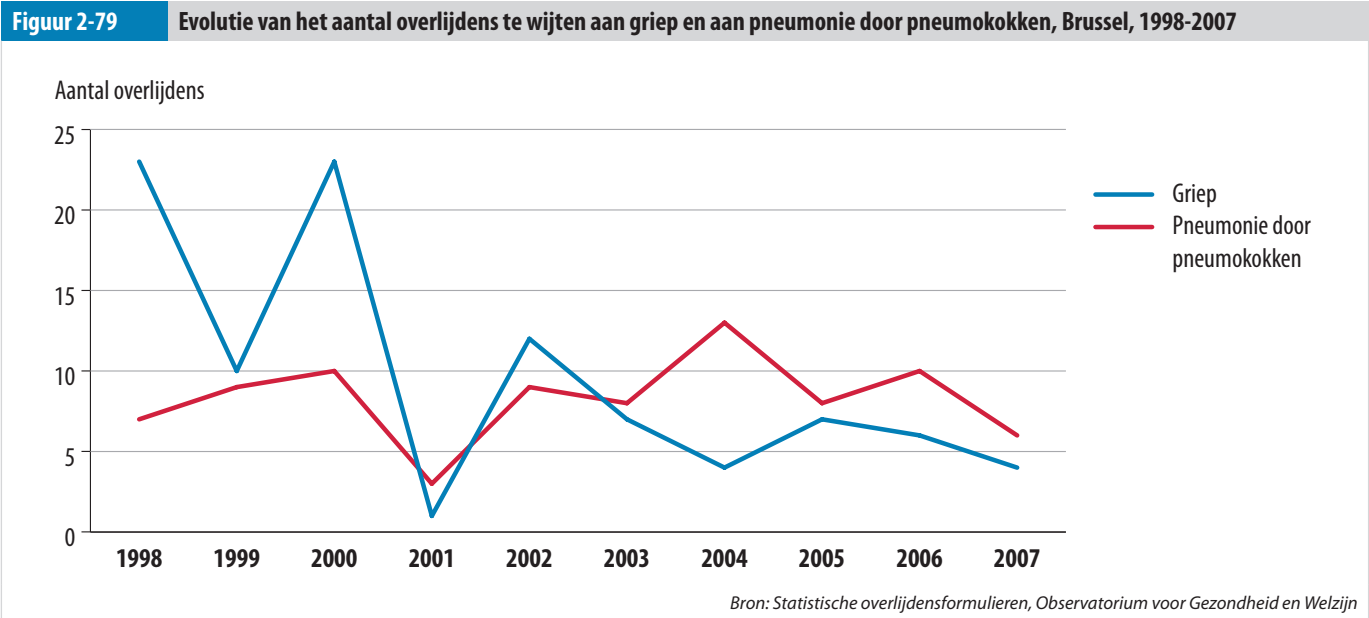


4.9 ADEMHALINGSINFECTIES

4.9.1 De griep (Influenza A en B)

In de periode 2003-2007 werden 28 sterfgevallen door de griep geregistreerd, zijnde een sterftecijfer van 0,6 per 100 000 inwoners. Het sterftecijfer neemt toe met de leeftijd: er worden geen sterfgevallen vóór 45 jaar geregistreerd.

Het sterftecijfer gaat van 1,2 per 100 000 inwoners voor de 75-79-jarigen naar 23,3 per 100 000 voor mensen van 95 jaar en ouder. Dit verklaart het hogere sterftecijfer bij vrouwen dan bij mannen (0,7 versus 0,4 per 100 000).



Het aantal sterfgevallen als gevolg van de griep verschilt van jaar tot jaar, maar er worden meerdere mortaliteitspieken genoteerd sinds 2002. De gegevens van de huisartsenpeilpraktijken maken melding van jaarlijkse epidemieën maar de epidemieën met hoge intensiteit (2003-2004, 2006-2007) stemmen niet altijd overeen met een mortaliteitspiek (45). De virulentie van de epidemiestammen en de vaccinatiegraad van de bevolking (zie verder) hebben waarschijnlijk een invloed op de mortaliteit.

In 82 % van de aangegeven gevallen zijn de patiënten kinderen jonger dan 5 jaar, waarvan meer dan 40 % jonger dan één jaar, waarschijnlijk omdat deze kinderen het vaakst in ziekenhuizen worden opgenomen. De diagnose van griep bij volwassenen steunt steeds minder vaak op een serologische bevestiging.

Het aantal door de peillabo's aangegeven gevallen stijgt jaar na jaar (x 4 tussen 2004 en 2007): in 2007 werden 544 gevallen aangegeven, een incidentie die hoger wordt geraamd dan in de andere gewesten.

Tabel 2-13	Aantal diagnoses van influenzae A en B, Brussel, 2004-2007			
	2004	2005	2006	2007
0-19 jaar	110	283	405	502
20-59 jaar	11	8	10	33
60+ jaar	9	10	1	9
Alle leeftijden	130	301	416	544

Bron: peillabo's, WIV

4.9.2 Pneumonieën door pneumokokken

Pneumonieën door pneumokokken vertegenwoordigen 2,1 % van de sterfgevallen door pneumopathieën voor de periode 2003-2007. Dit is meer dan voor de periode 1998-2002 (1,7 %). Jaarlijks worden gemiddeld 8,3 sterfgevallen aangegeven, waarvan 64 % bij mensen van 75 jaar en ouder. Er wordt geen daling vastgesteld van het aantal sterfgevallen door pneumonieën door pneumokokken na verloop van tijd (zie figuur 2-79).

Het aantal gevallen bij Brusselaars van 60 jaar en ouder geïdentificeerd door de peillabo's toont geen daling, en zelfs een stijging in 2005.

In België heeft minder dan een derde van de mensen ouder dan 60 van hun huisarts het pneumokokkenvaccin met 23 valenties gekregen; de dekking is iets beter in het Franstalige deel van het land omdat de beroepsorganisaties de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad (46) volledig hebben gevolgd. Cijfers voor Brussel zijn niet beschikbaar.

5. Geestelijke gezondheid

5.1 GLOBAAL OVERZICHT

Geestelijke gezondheid is een essentieel onderdeel van gezondheid in het algemeen. Ze komt trouwens meestal ook voor in het beeld dat mensen van hun eigen gezondheid hebben.

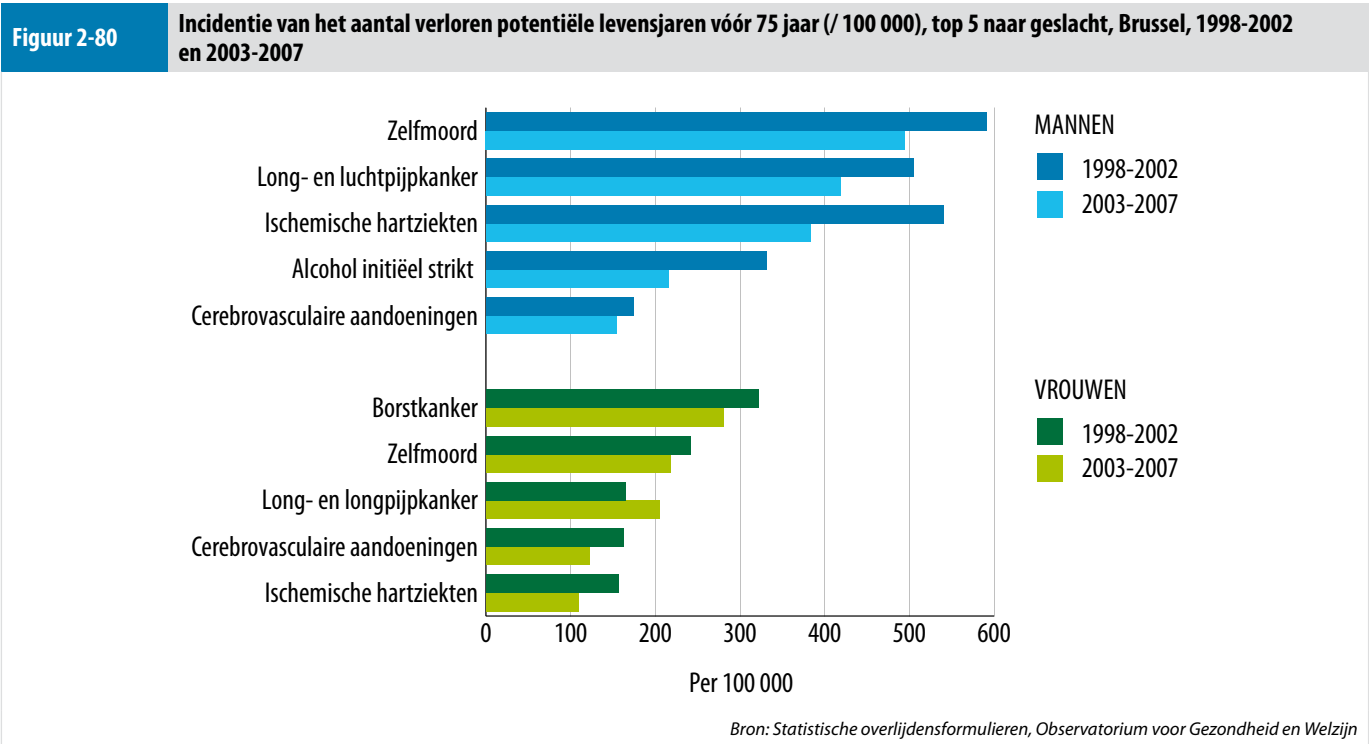
Ze kan positief worden benaderd, bijvoorbeeld via de “indicator van de positieve geestelijke gezondheid” (vitaliteitsschaal van de SF-36) uit de gezondheidsenquête die de gewaargeworden graad van dynamisme en energie evalueert ^[56]. Voor de Brusselaars is die 56,3 (58,8 voor mannen en 54,1 voor vrouwen), wat lager is dan in Vlaanderen en hoger dan in Wallonië (na standaardisering voor leeftijd) (1).

In de HBSC-enquête (47) verklaren 83,3 % van de mannelijke adolescenten en meer dan 73,5 % van de vrouwelijke adolescenten gelukkig of zeer gelukkig te zijn. Jongens hebben meer zelfvertrouwen dan meisjes (74 % versus 51,6 %).

De geestelijke gezondheid kan ook worden benaderd via indicatoren voor mentale problemen. De omvang van de problemen kan worden geëvalueerd dankzij verschillende informatiebronnen: de mortaliteitsgegevens, opnames in psychiatrische ziekenhuizen, de gegevens in verband met de invaliditeit of nog enquêtes zoals de Nationale Gezondheidsenquête voor volwassenen of de HBSC-enquête voor adolescenten.

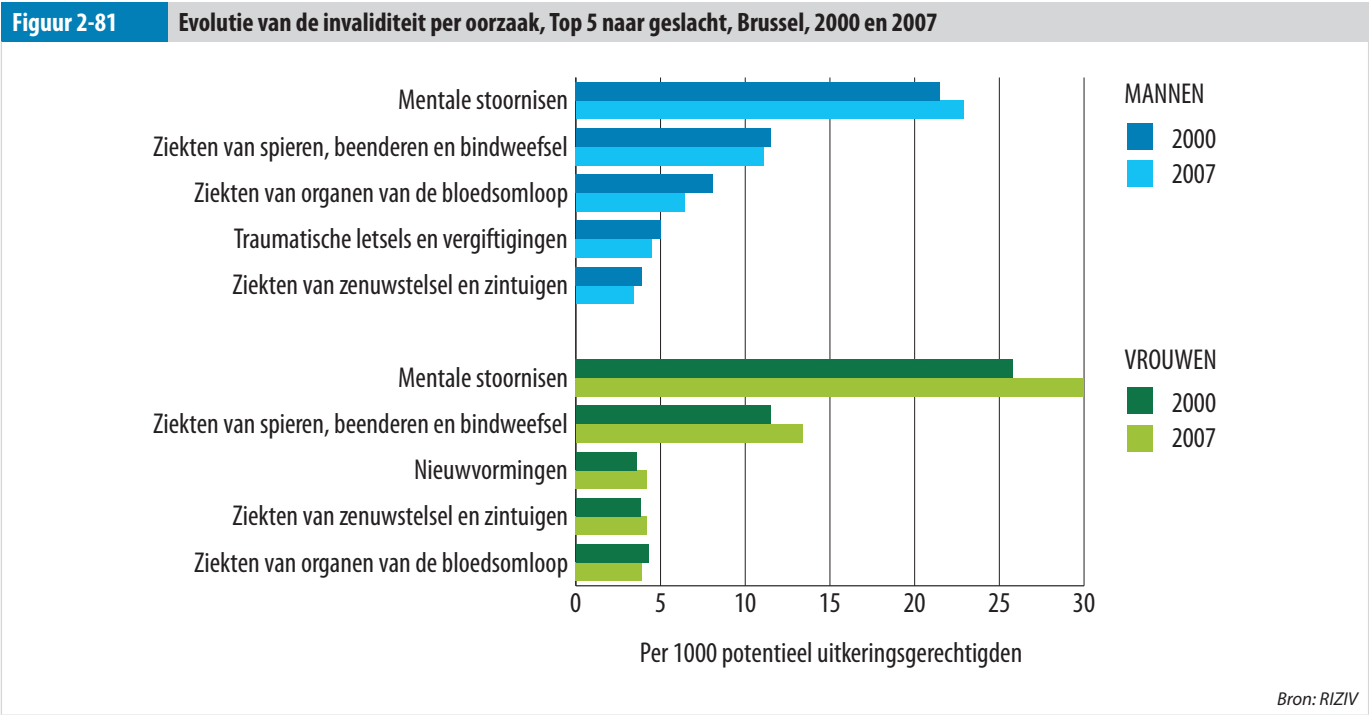
De omvang van de mentale problemen maakt van de geestelijke gezondheid een prioriteit voor de volksgezondheid in het Brussels Gewest.

Zelfmoord is de belangrijkste oorzaak van verloren potentiële levensjaren vóór 75 jaar bij mannen en de tweede oorzaak bij vrouwen.



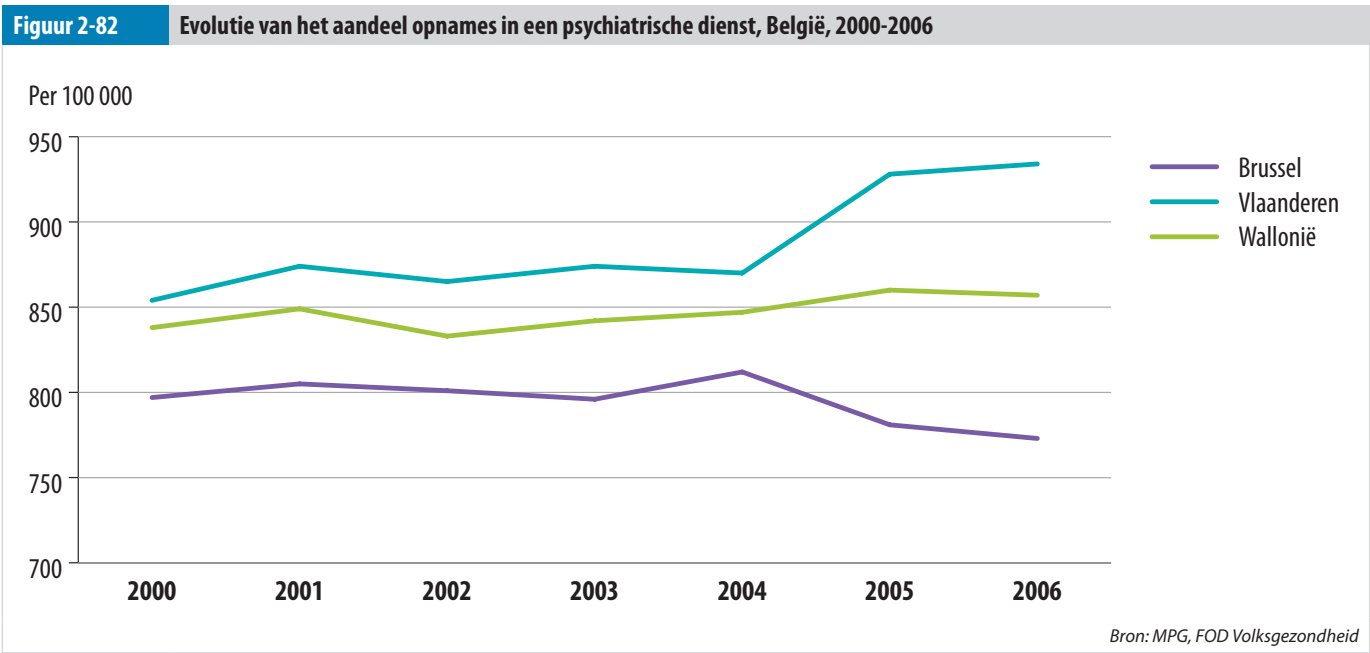
⁵⁶ Het gaat om 4 items die de energie en vermoeidheid van individuen meten. De indicator heeft een schaal van 1 tot 100, waarop de hoge waarden wijzen op meer vitaliteit of energie.

Mentale problemen zijn ook de eerste invaliditeitsoorzaak bij Brusselaars, zowel bij mannen als bij vrouwen, bij arbeiders en bij bedienden; het aantal invaliditeiten als gevolg van mentale problemen stijgt voortdurend, van 7 399 in 2000 tot 9 257 in 2007, een stijging van 25 %.



De Gezondheidsenquête van 2004 wees op een beduidend hoger percentage psychologisch “onbehagen” bij de inwoners van Brussel ouder dan 15 jaar in vergelijking met de andere grote Belgische steden: 12,8 % van de mannen en 18,6 % van de vrouwen vertonen psychologische moeilijkheden^[57] (1). 22,9 % van de mannen en 27,6 % van de vrouwen hadden recent minstens één specifiek mentaal gezondheidsprobleem (somatische stoornis, depressie, angst, slaapprobleem, volgens de SCL-90R^[58]).

In 2006 werden 7 873 opnamen van Brusselaars in de psychiatrie geregistreerd^[59]. Het aantal opnamen in Brussel is lager dan in de andere gewesten en verschilt duidelijk vanaf 2004. Volgens de FOD Volksgezondheid^[60] kan dit verschil worden verklaard door drie factoren: de duur van het verblijf (langer in Brussel), de onderregistratie (de ziekenhuizen registreren niet alle verblijven in de MPG-database) en de reconversie van bedden (meer reconversie van C-bedden in A-bedden (bedden voor acute psychiatrie) in Vlaanderen en in Wallonië dan in Brussel).



Alcohol- of drugverslaving is natuurlijk verbonden met de geestelijke gezondheid. Deze problemen worden behandeld in het hoofdstuk “Levensstijl” van Deel III “Determinanten van gezondheid”.

Mentale problemen zijn de eerste invaliditeitsoorzaak bij de Brusselaars en deze oorzaak stijgt nog steeds. Het psychologisch “onbehagen” bij de Brusselaars is groter dan dat bij de inwoners van de andere grote Belgische steden.

57 Het betreft de GHQ-score ≥ 4 . De General Health Questionnaire laat toe het begrip globaal psychologisch welzijn te beoordelen. De resultaten zijn een uitdrukking van de mogelijkheid om aan een psychische stoornis te lijden. Elk item varieert op een schaal van 0 tot 4, waarbij een hogere score wijst op een grotere waarschijnlijkheid/ernst van psychologisch onbehagen.

58 De “Symptom Checklist-90-Revised” (SCL-90-R) wordt gebruikt om te peilen naar bepaalde specifieke psychologische aandoeningen.

59 Deze gegevens zijn afkomstig van de Minimale Psychiatrische Gegevens (MPG) die gegevens verzamelen over alle patiënten die in een psychiatrisch ziekenhuis, een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, initiatieven voor beschut

wonen of een psychiatrisch verzorgingstehuis worden opgenomen. Het gaat om het aantal verblijven en niet om het aantal personen (eenzelfde persoon kan gedurende de bestudeerde periode verschillende malen worden opgenomen). Er moet voorzichtig worden omgesprongen met dit begrip “aantal”. De verschillen tussen de gewesten, leeftijd of geslacht zouden eventueel in verband gebracht kunnen worden met verschillen in termen van het aantal verblijven per jaar (een hoog aantal verblijven van korte duur versus een enkel verblijf van lange duur) (https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,512879&_dad=portal&_schema=PORTAL).

60 Persoonlijke mededeling: Jean-Pierre Gorissen.

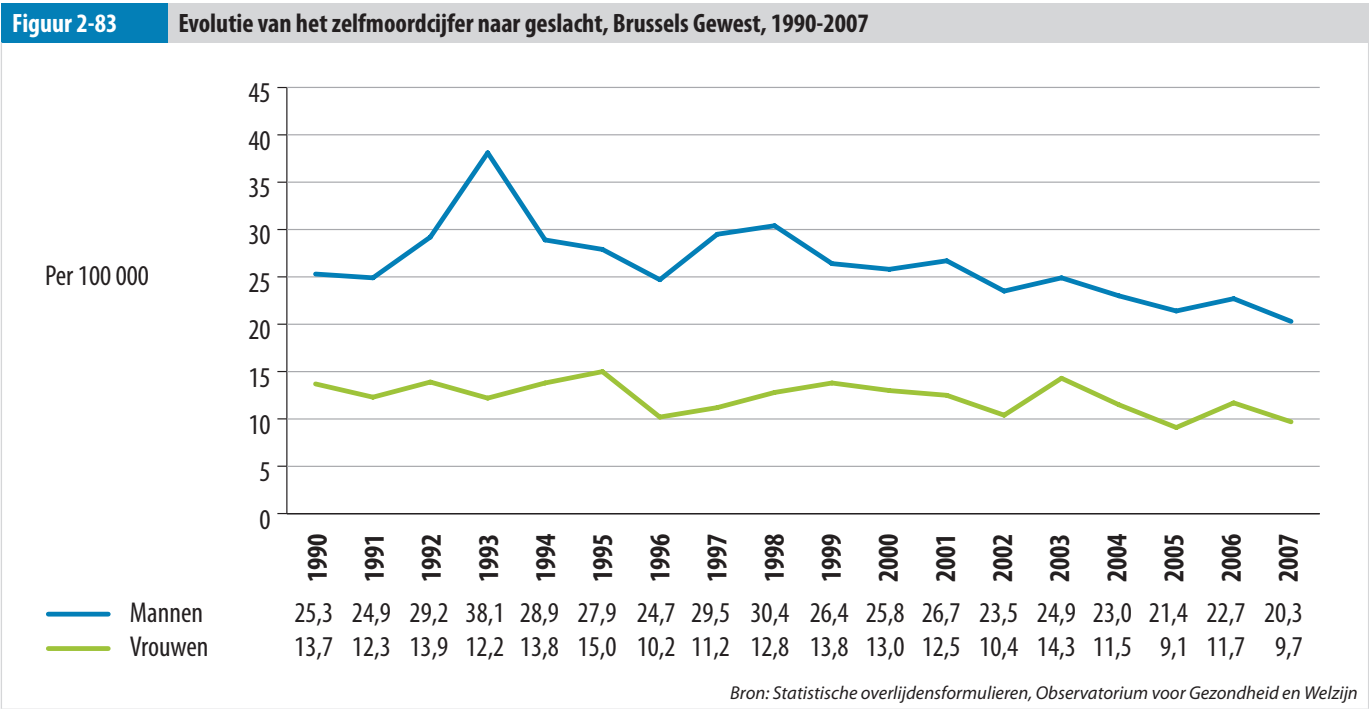
5.2 ZELFMOORD

5.2.1 Mortaliteit

In 2007 werden 154 sterfgevallen door zelfmoord geregistreerd, 102 mannen en 52 vrouwen^[61].

Voor de afgelopen 20 jaar wordt een dalende tendens waargenomen in het aantal zelfmoorden, in het bijzonder bij mannen. Zelfmoord blijft het vaakst voorkomen bij mannen:

na controle voor leeftijd ligt het sterftecijfer van mannen 2,1 maal hoger dan bij vrouwen. Toch is bij jongeren onder 20 jaar het zelfmoordcijfer bij meisjes even hoog als bij jongens.

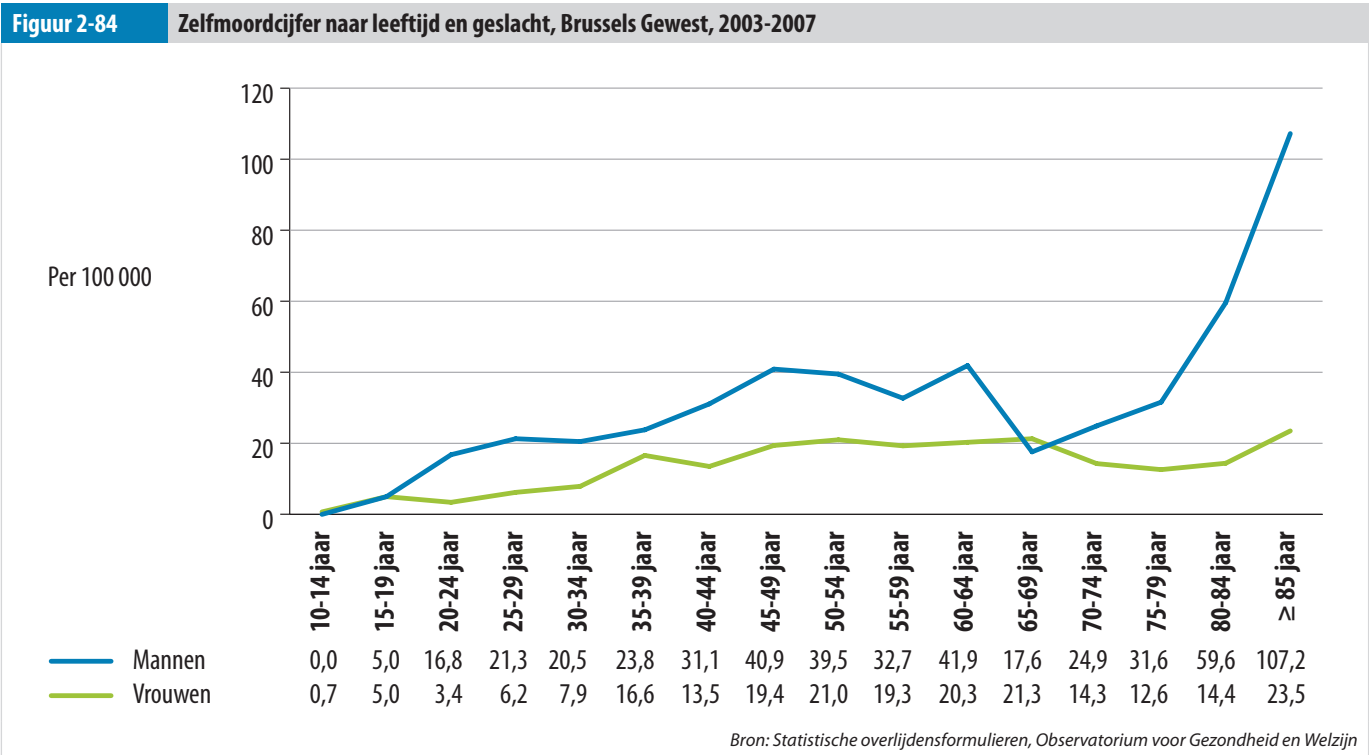


Met de gestandaardiseerde sterftecijfers van 21,7/100 000 voor mannen en 10,6/100 000 voor vrouwen voor de periode 2003-2007 ligt het sterftecijfer door zelfmoord in het Brussels Gewest hoger dan het Europese gemiddelde. Voor mannen is het van dezelfde orde van grootte als de aantallen geregistreerd voor de provincies Antwerpen en Vlaams-Brabant, maar lager dan die van de andere Vlaamse provincies of van het noorden van Frankrijk. Het ligt daarentegen hoger dan in stedelijke regio's zoals Ile de France, Berlijn, Londen of Stockholm. Voor vrouwen behoort het zelfmoordcijfer in het Brussels Gewest tot de hoogste van Europa. Het is hoger dan het aantal zelfmoorden in Vlaams-Brabant en stedelijke regio's zoals Ile de France, Londen, Berlijn of Stockholm (7).

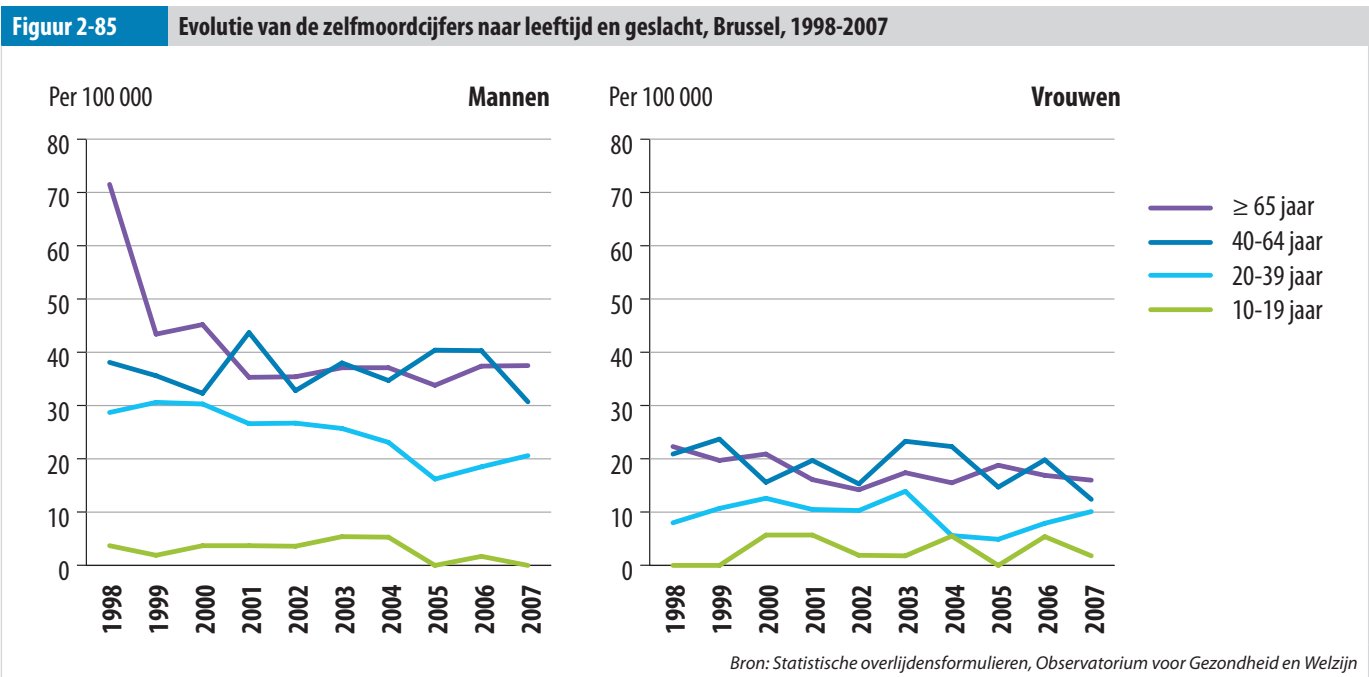
In vergelijking met de cijfers die werden geregistreerd in Vlaanderen voor de periode 2004-2006 (15,9), is het gestandaardiseerd zelfmoordcijfer van Brussel (15,7) iets lager (het is kleiner dan de cijfers van Vlaanderen voor mannen maar iets hoger voor vrouwen) (<http://www.zorg-en-gezondheid.be/doodsoorzaken.aspx>).

⁶¹ Men schat in het algemeen en voor het hele land dat de statistieken voor mortaliteit door zelfmoord het werkelijke aantal sterfgevallen door zelfmoord onderschatten. Voor meer details verwijzen wij naar de sectie Methodologie van het dossier over zelfmoord dat het Observatorium in 2003 heeft gepubliceerd (www.observatbru.be).

Bij mannen nemen de zelfmoordcijfers toe met de leeftijd, met een stagnering tussen 45 en 65 jaar en vervolgens een snelle stijging na 70 jaar. Bij vrouwen is er een minder opmerkelijke toename met de leeftijd dan voor mannen, met een stagnering vanaf 45 jaar.

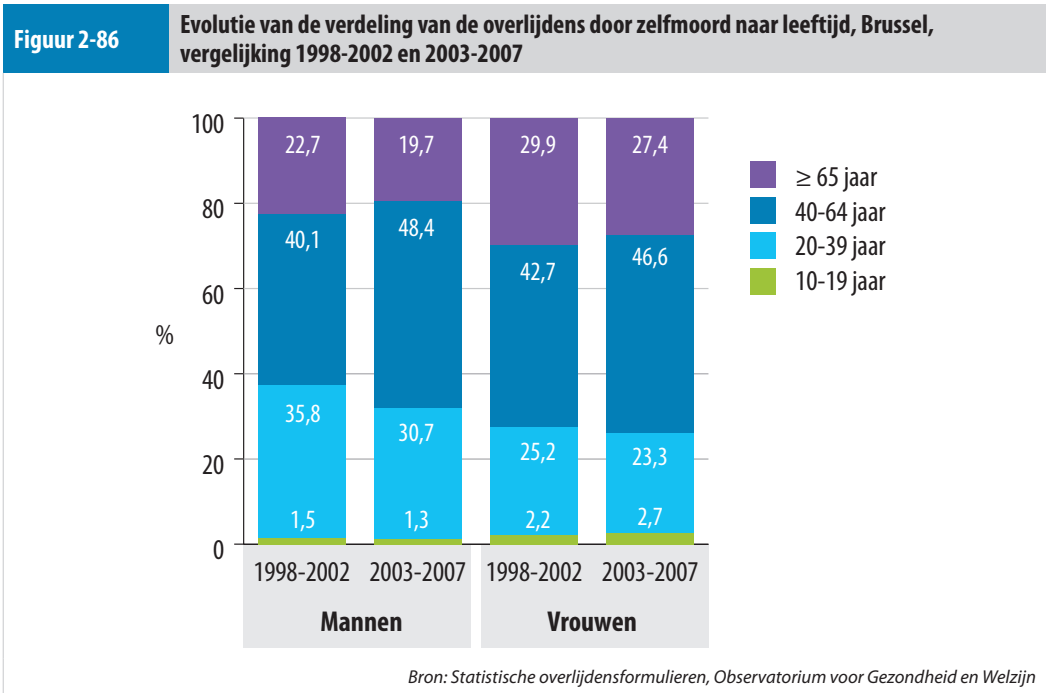


De laatste tien jaar dalen de zelfmoordcijfers bij oudere mannen.



Bijna de helft van de zelfmoorden wordt gepleegd in de leeftijdscategorie 40-64 jaar. Het aandeel van zelfmoorden in deze leeftijdscategorie stijgt mettertijd (figuur 2-86).

Voor de periode 2003-2007 vertegenwoordigt zelfmoord bij adolescenten minder dan 2 % van de zelfmoorden bij mannen en bijna 3 % bij vrouwen.



Zelfmoord is verantwoordelijk voor 10 % van de sterfgevallen bij mannelijke en 23 % bij vrouwelijke adolescenten (tabel 2-14). Het is de enige leeftijdscategorie waarvoor het aantal zelfmoorden even hoog is bij jongens als bij meisjes.

Bij de jongvolwassenen is zelfmoord verantwoordelijk voor een op de vier sterfgevallen bij mannen en een op de vijf sterfgevallen bij vrouwen. Er is geen noemenswaardige evolutie tussen de twee periodes.

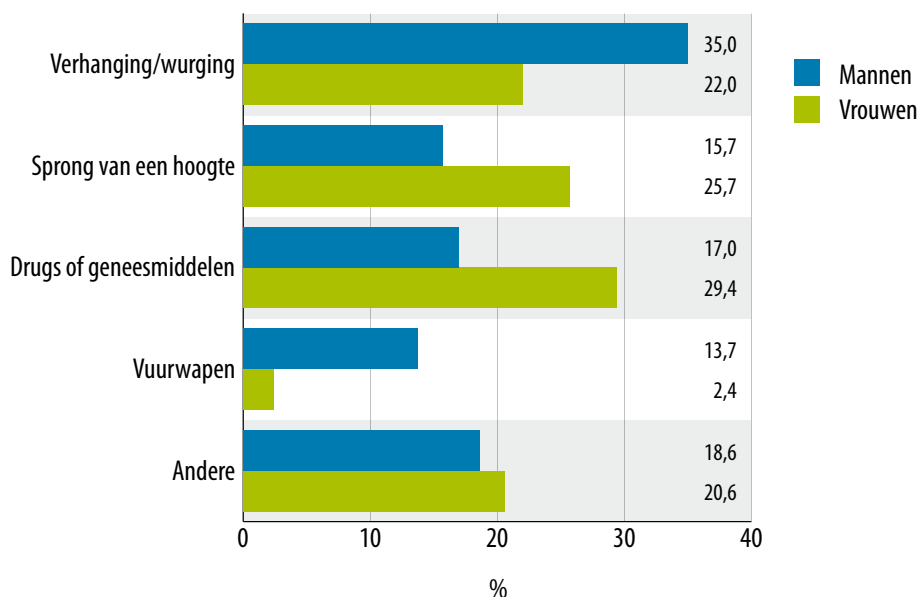
Tabel 2-14 Aantal zelfmoorden en percentage van overlijdens naar leeftijd en geslacht, vergelijking 1998-2002 en 2003-2007, Brussel												
	Mannen						Vrouwen					
	1998-2002			2003-2007			1998-2002			2003-2007		
	n	n sterfte	%	n	n sterfte	%	n	n sterfte	%	n	n sterfte	%
10-19 jaar	9	91	9,9 %	7	60	11,7 %	7	43	16,3 %	8	35	22,9 %
20-39 jaar	218	868	25,1 %	168	671	25,0 %	79	417	18,9 %	69	358	19,3 %
40-64 jaar	244	4 666	5,2 %	265	4 386	6,0 %	134	2 707	5,0 %	138	2 715	5,1 %
65 jaar+	138	17 025	0,8 %	108	15 976	0,7 %	94	24 020	0,4 %	81	22 555	0,4 %

Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

Mannen en vrouwen gebruiken verschillende manieren om zelfmoord te plegen. Mannen gebruiken vaker een vuurwapen en hangen zich vaker op dan vrouwen. Vrouwen op hun beurt plegen vaker zelfmoord met behulp van drugs of geneesmiddelen of door van een hoogte te springen. Er is weinig evolutie waar te nemen tussen de twee bestudeerde periodes.

Het risico op zelfmoord is lager in de niet-grootstedelijke gebieden (niet geïllustreerd).

Figuur 2-87 Verdeling van de wijze om zelfmoord te plegen naar geslacht, Brussel, 2003-2007



Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

5.2.2 Zelfmoordpogingen

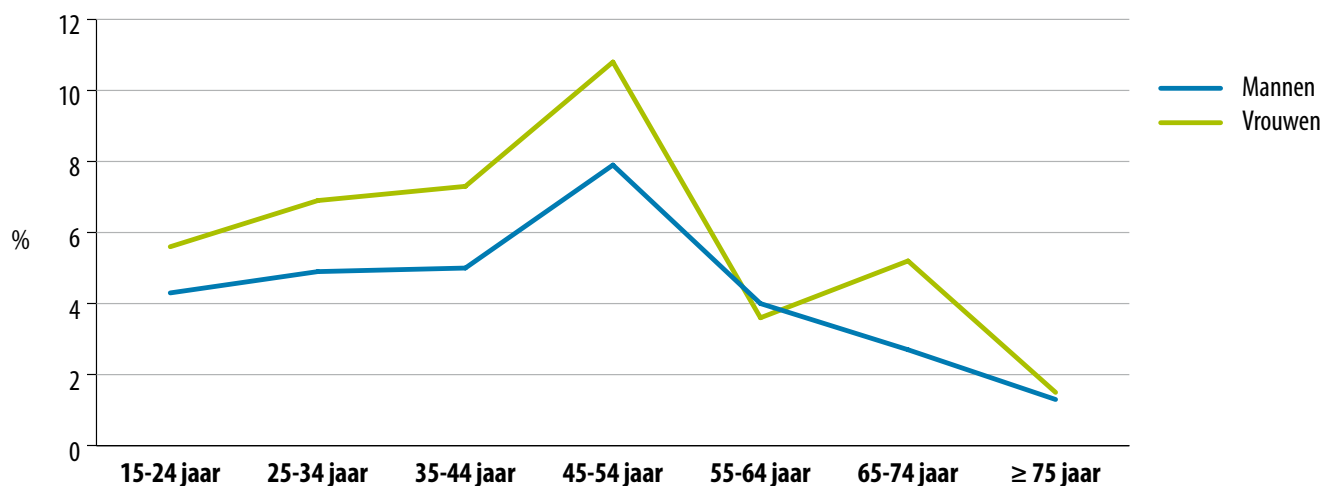
In de gezondheidsenquête van 2004 werd gevraagd of de respondent in de voorbije 12 maanden een zelfmoordpoging had ondernomen en of hij/zij al een zelfmoordpoging ondernam gedurende zijn/haar hele levensloop.

De vraag naar een zelfmoordpoging in het afgelopen jaar werd door 0,5 % van de Brusselse respondenten in 2004 positief beantwoord, wat geëxtrapoleerd naar de hele bevolking zou betekenen dat in 2004 ongeveer 5 000 Brusselaars minstens 1 (mislukte) poging tot zelfmoord ondernamen. Gezien de lage aantallen is deze vraag verder erg moeilijk betrouwbaar te analyseren naar leeftijd, geslacht, SES enz.

De vraag naar pogingen doorheen de levensloop levert wel genoeg data. Anderzijds rijzen er bij deze vraag even goed problemen omtrent validiteit en betrouwbaarheid (accurate herinneringen?, afzwakking van het evenement naargelang het langer geleden is?, subjectieve rapportering?, enz.).

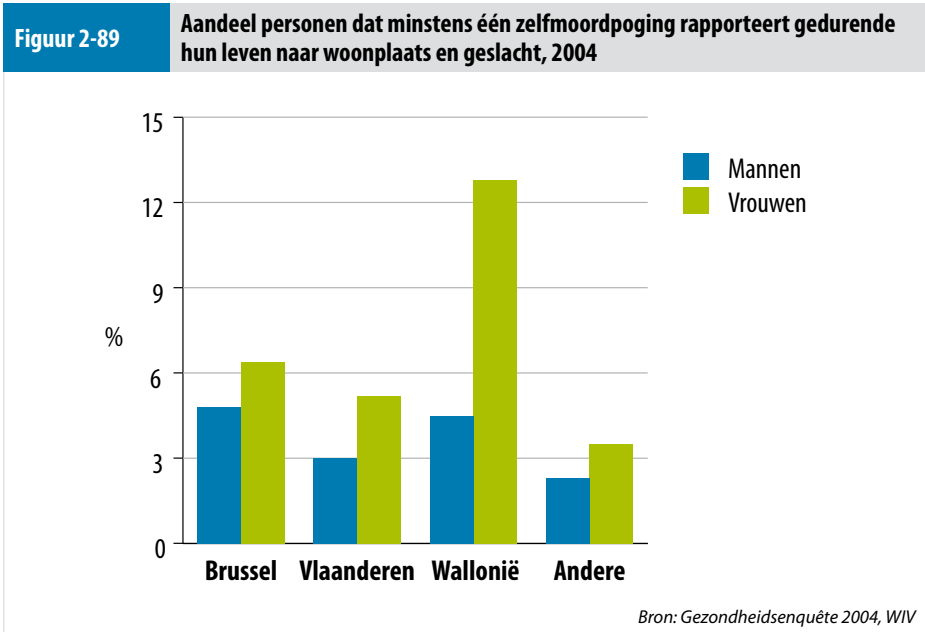
De patronen naar leeftijd en geslacht die gevonden worden voor zelfmoordpogingen zien er heel anders uit dan deze voor zelfmoord (zie figuur 2-83). Relatief meer vrouwen dan mannen geven aan ooit een zelfmoordpoging te hebben ondernomen en voor beide geslachten wordt een piek vastgesteld bij de 45-54- jarigen.

Figuur 2-88 Aandeel personen dat minstens één zelfmoordpoging rapporteert gedurende hun leven, Brussels Gewest, 2004



Bron: Gezondheidsenquête 2004, WIV

De vergelijking met de andere stedelijke gebieden in België toont aan dat het risico op een zelfmoordpoging iets lager ligt in de grote Vlaamse steden dan in het Brussels Gewest, veel hoger is voor vrouwen in grote Waalse steden en minder hoog in de niet-stedelijke gebieden.



5.3 **DEPRESSIE**

Depressie is een van de meest voorkomende mentale gezondheidsproblemen. Een depressie zorgt niet alleen voor veel psychisch leed, het is ook een van de belangrijkste risicofactoren voor zelfmoord. Ze is tevens de oorzaak van een stijgende arbeidsongeschiktheid en invaliditeit.

Volgens de Gezondheidsenquête uit 2004 verklaren 6,6 % van de mannelijke en 8,4 % van de vrouwelijke Brusselaars het afgelopen jaar aan een depressie te hebben geleden (1) ^[62].

De gezondheidsenquête onderzoekt depressieve stoornissen ook via een zelfevaluatievragenlijst ^[63]. Dit instrument dat peilt naar de psychologische toestand laat toe om onafhankelijk van een eventuele medische diagnose personen die aan depressieve stoornissen lijden te identificeren (48). Hieronder wordt deze variabele besproken.

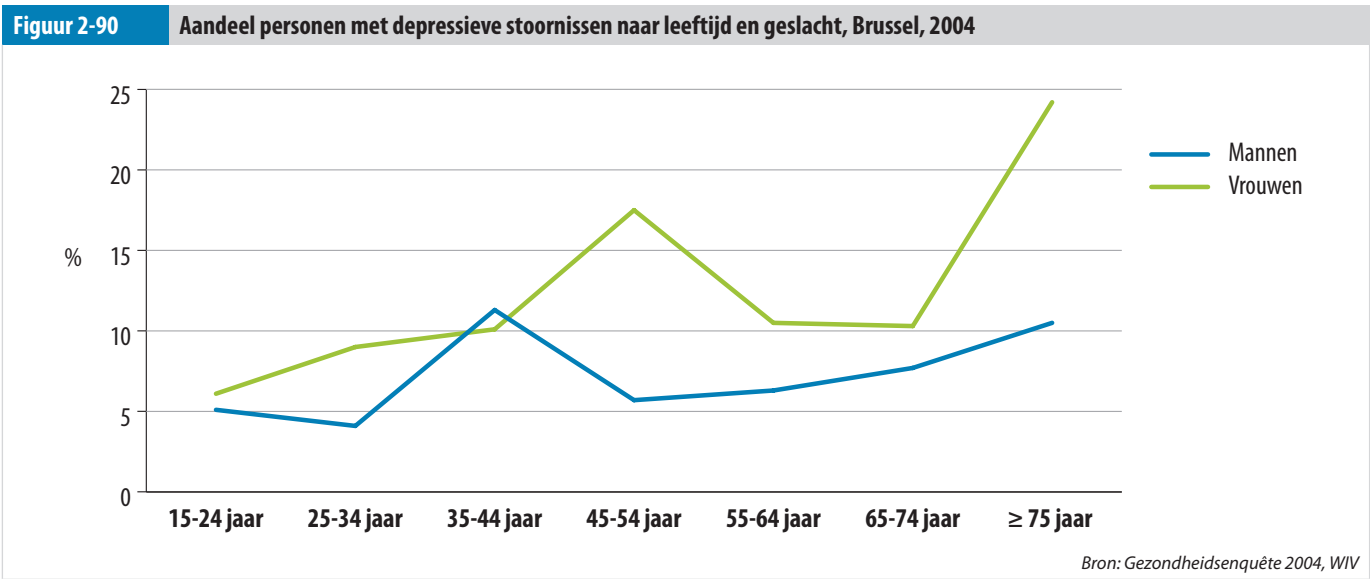
62 Mensen met mentale problemen die in een ziekenhuis zijn opgenomen, zijn niet opgenomen in de Gezondheidsenquête.

63 De “Symptom Checklist-90-Revised” (SCL-90-R) wordt gebruikt om te peilen naar bepaalde specifieke psychologische aandoeningen.

Volgens deze vragenlijst vertonen 7,0 % van de mannen en 11,8 % van de vrouwen depressieve stoornissen (de verschillen tussen mannen en vrouwen zijn significant na controle voor leeftijd). Er is geen significante evolutie tussen 2001 en 2004.

Er zijn evenmin significante verschillen tussen het Brussels Gewest en de andere grote steden.

De frequentie van depressieve stoornissen neemt toe met de leeftijd, maar er wordt een piek genoteerd rond 35-44 jaar bij mannen en 45-54 jaar bij vrouwen.

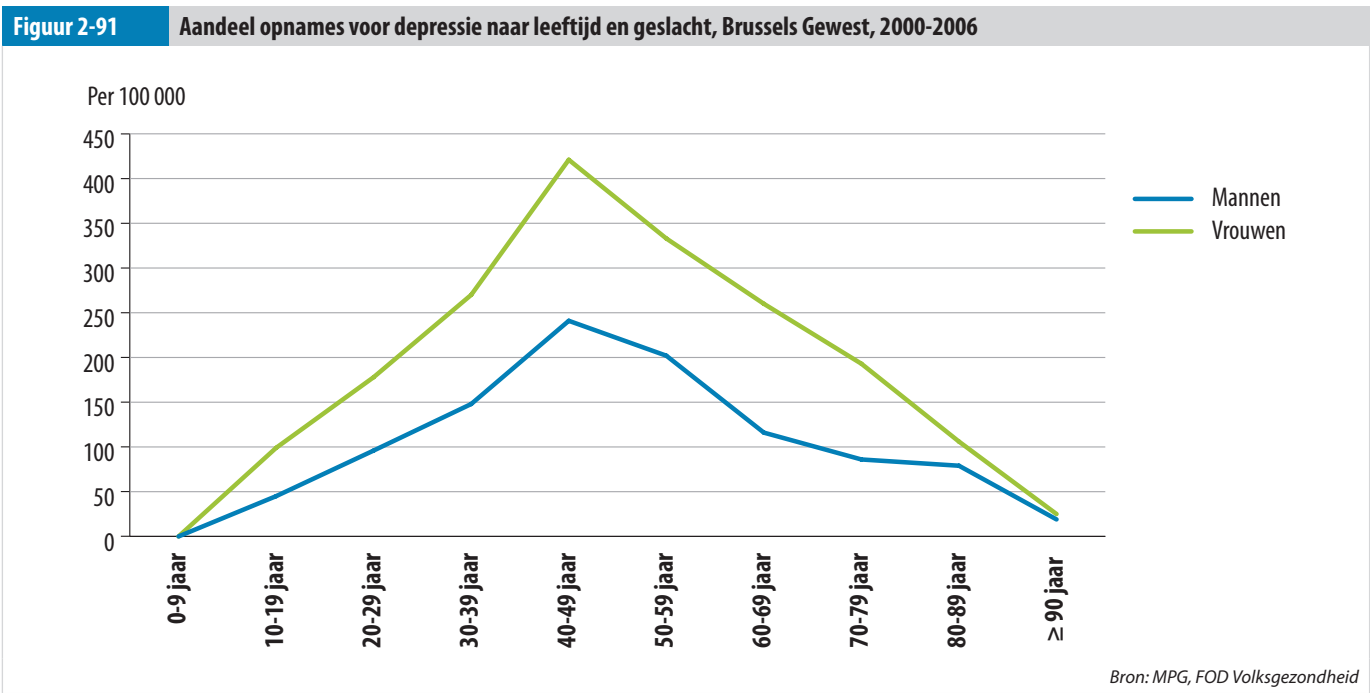


Depressieve stoornissen komen het vaakst voor bij mensen met een laag opleidingsniveau en bij werklozen.

In 2006 werden 1 517 Brusselaars voor een depressie in de psychiatrie opgenomen ^[64].

Het aantal opnamen voor depressie neemt de laatste jaren af in het Brussels Gewest, terwijl het stijgt in Vlaanderen en stabiel blijft in Wallonië.

Het aantal opnamen is hoger voor vrouwen dan voor mannen, en is maximaal voor de leeftijdscategorie 40-49 jaar.



Het gebruik van antidepressiva bij mannen is gestegen tussen 1997 en 2004. In 2004 verklaarden 5,1 % van de mannen en 8,7 % van de vrouwen antidepressiva te nemen. Dit percentage is het grootst tussen 45 en 54 jaar: 9,2 % mannen en 13,2 % vrouwen.

64 Zie voetnoot 59.

5.4 PSYCHOTISCHE STOORNISSEN

De opnamecijfers ^[65] voor schizofrenie en andere psychotische stoornissen zijn veel hoger voor de inwoners van Brussel dan voor de inwoners van de andere gewesten (zie figuur 2-92).

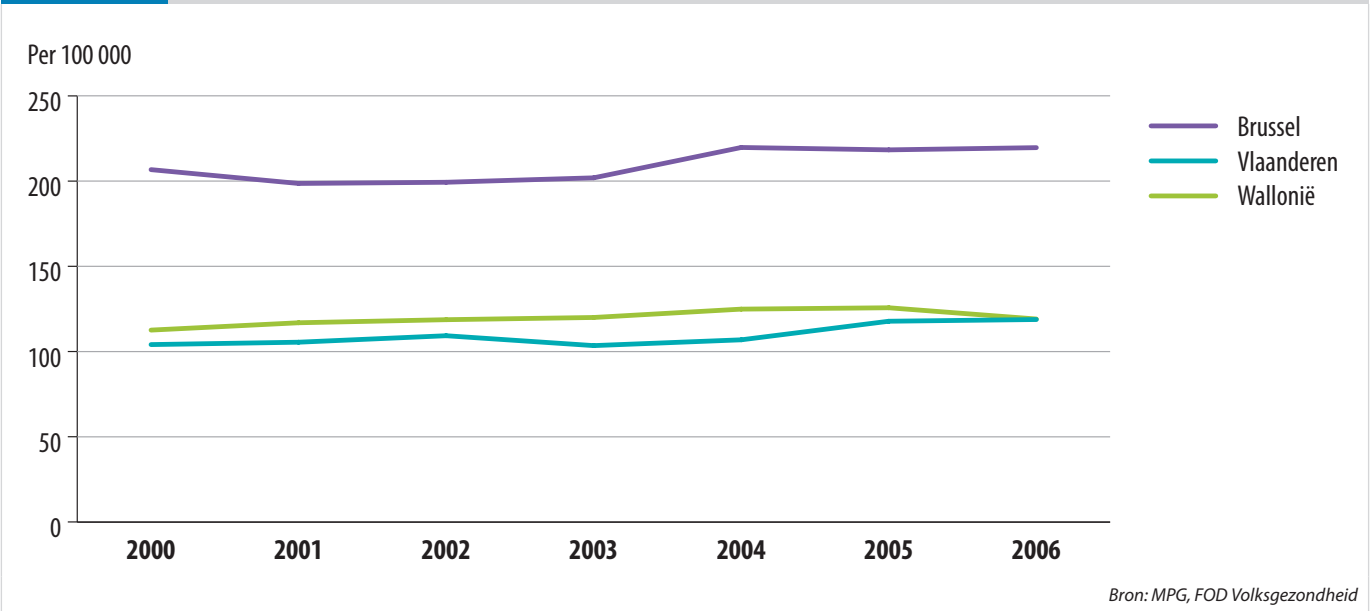
Verscheidende studies in Europa hebben gewezen op het grotere aantal gevallen van schizofrenie en andere psychotische stoornissen in stedelijke gebieden. Waarschijnlijk ligt een interactie tussen genetische factoren en milieufactoren eigen aan grote steden aan de oorsprong van dit fenomeen. Tot de factoren die leiden tot een hogere psychosefrequentie behoren de sociaaleconomische kwetsbaarheid en een lagere sociale cohesie; uit een studie in Nederland blijkt dat het aantal ziekenhuisopnames voor schizofrenie, niet-affectieve en niet-organische psychotische

stoornissen en neurotische aandoeningen duidelijk verband houdt met het sociaaleconomische niveau (49).

De frequentie van psychosen is ook hoger bij bepaalde groepen migranten in Nederland of in het Verenigd Koninkrijk. Er bestaat tevens een verband tussen cannabisgebruik en de ontwikkeling van psychotische stoornissen (50-53).

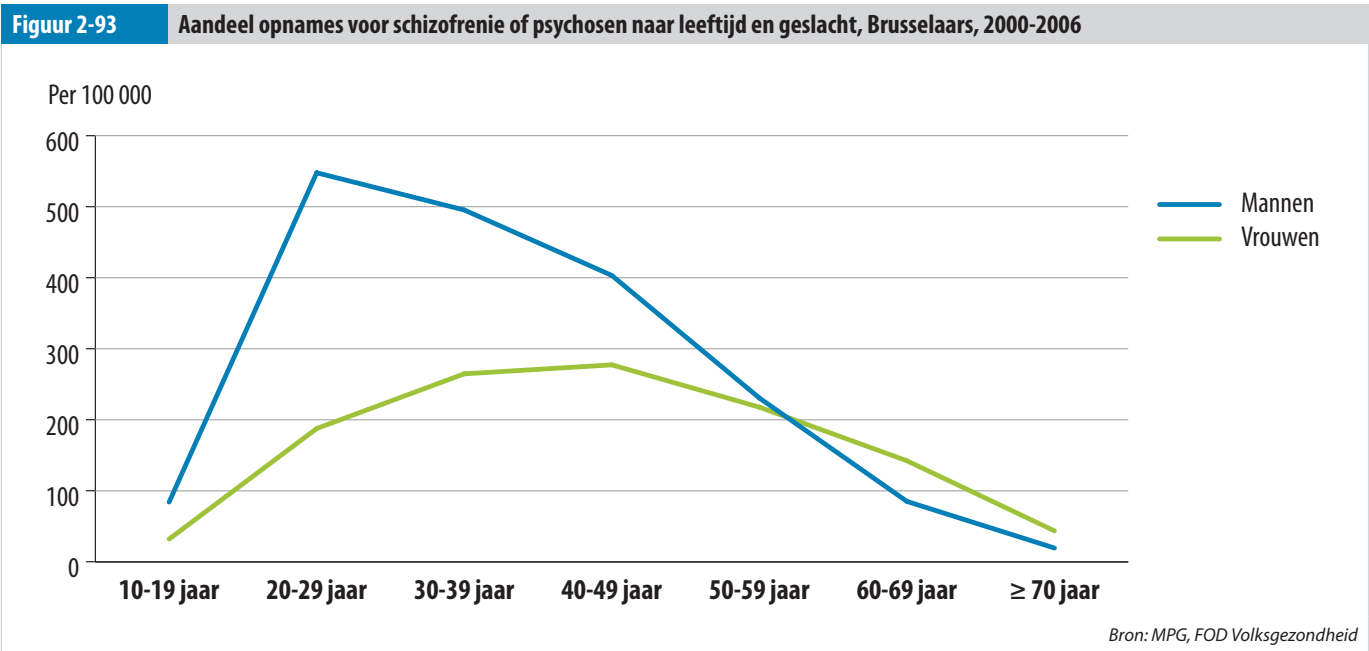
Deze verschillende factoren verklaren waarschijnlijk deels de grote waargenomen verschillen tussen het Brussels Gewest en de rest van het land, maar bovendien mag een selectie-effect evenmin worden uitgesloten: een grootstad als Brussel “ontvangt” ook mensen die, als gevolg van grote psychiatrische problemen, dakloos worden en worden opgevangen in de Brusselse opvangstructuren.

Figuur 2-92 Aandeel opnames voor schizofrenie en psychosen naar gewest, 2000-2006



65 Deze cijfers moeten voorzichtig worden geïnterpreteerd aangezien de noemer het aantal opnames betreft en niet het aantal patiënten. Verschillen tussen de gewesten, leeftijden of geslachten kunnen eventueel te wijten zijn aan verschillen in aantal opnames per jaar (verschillende kortdurende opnames voor 1 patiënt of een langdurige opname).

De opnamecijfers zijn hoger voor mannen dan voor vrouwen en we zien een opnamepiek voor mannen van 20 tot 29 jaar.



Behalve de psychiatrische zorgen in de ziekenhuizen impliceert de frequentie van de psychotische stoornissen in een grootstad als Brussel bijzondere behoeften op het vlak van psychosociale begeleiding om deze mensen voldoende levenskwaliteit te bieden. Mensen die aan deze aandoeningen lijden, hebben een veel kortere levensverwachting, niet alleen omwille van het zelfmoordrisico, dat duidelijk hoger ligt dan bij de algemene bevolking, maar ook als gevolg van de complicaties van verschillende gezondheidsproblemen die slecht zijn behandeld als gevolg van de psychosociale moeilijkheden (53).

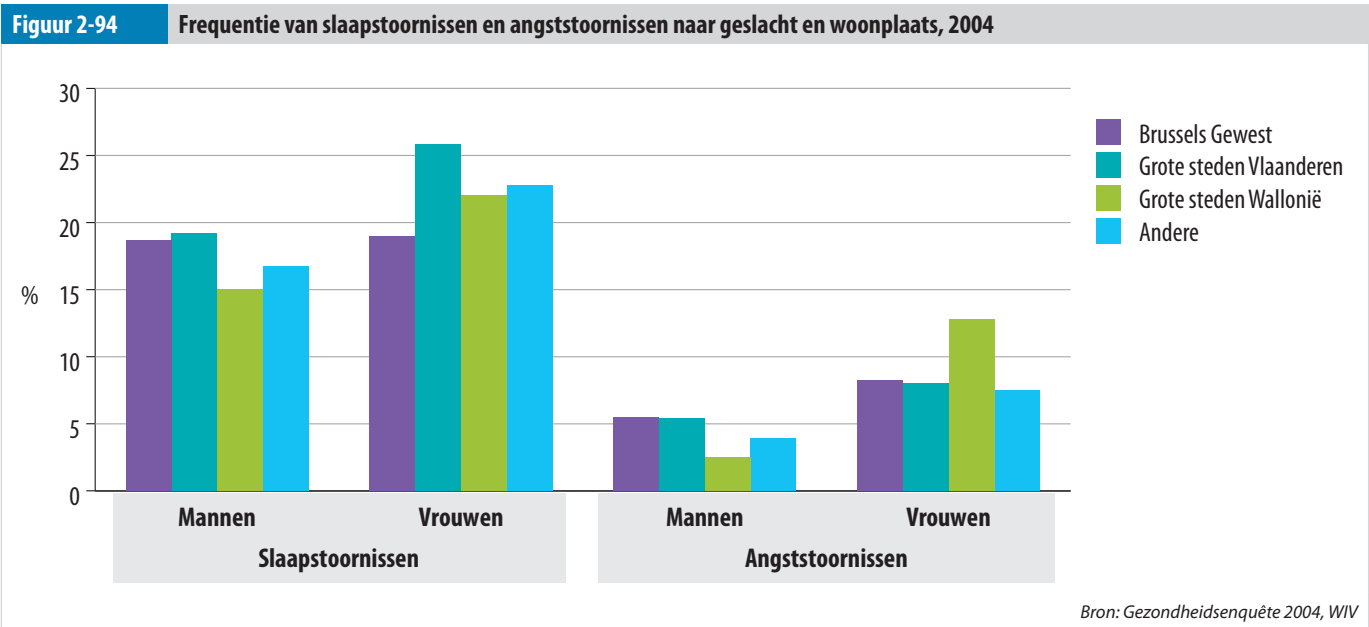
Psychotische aandoeningen komen vaker voor in stedelijke gebieden en worden in de hand gewerkt door de sociaaleconomische kwetsbaarheid.

5.5 **ANGST EN SLAAPSTOORNISSEN**

Behalve de hierboven aangehaalde specifieke mentale gezondheidsproblemen lijden talrijke Brusselaars aan slaapstoornissen, angst of overmatige stress.

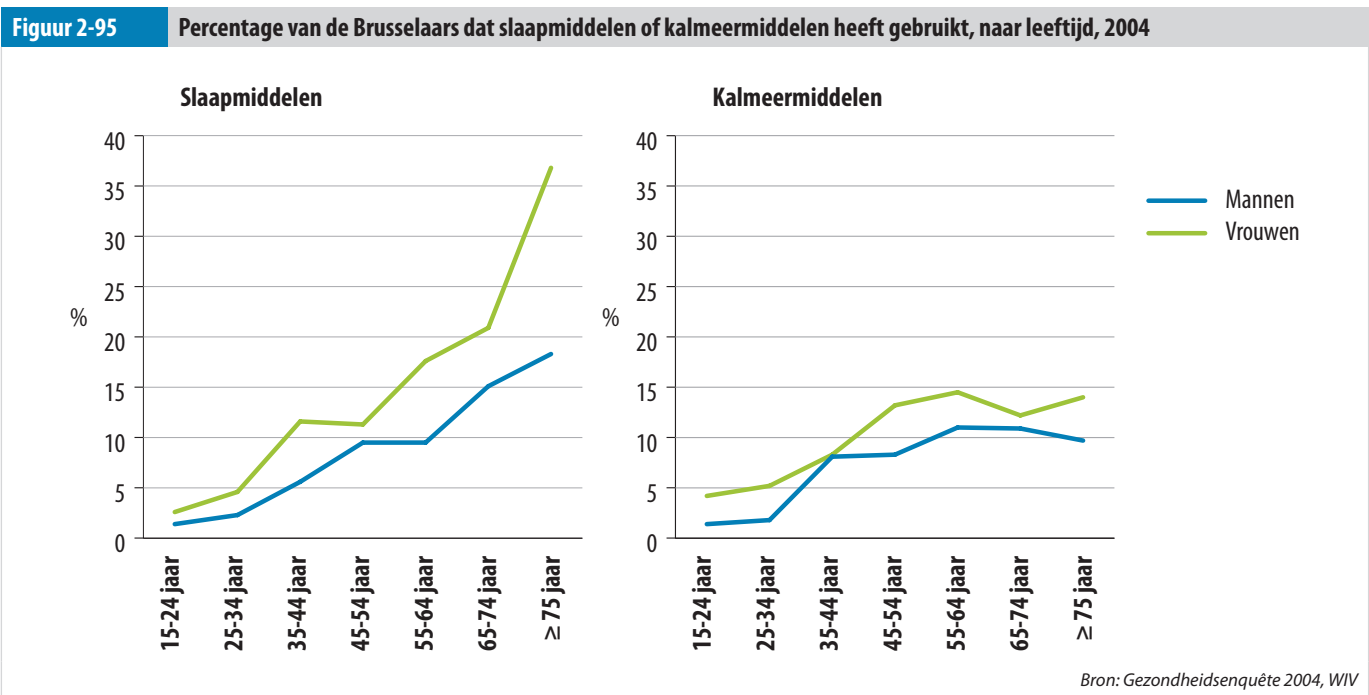
Bijna een op de vijf Brusselaars lijdt aan slaapstoornissen, zonder onderscheid tussen mannen en vrouwen; 5,5 % van de mannen en 8,2 % van de vrouwen hebben angststoornissen (1).

Deze problemen komen in het Brussels Gewest niet vaker voor dan in de andere grote steden (slaapstoornissen komen beduidend vaker voor bij Vlaamse vrouwen en angststoornissen bij Waalse vrouwen).



Deze stoornissen kunnen leiden tot het gebruik van psychotrope geneesmiddelen, zoals slaap- of kalmeermiddelen. Vrouwen gebruiken vaker psychotrope geneesmiddelen dan mannen: 13,4 % van de Brusselse

vrouwen verklaart in de gezondheidsenquête 2004 de afgelopen twee weken slaapmiddelen te hebben genomen, tegenover 6,9 % van de mannen. Voor kalmeermiddelen bedragen deze percentages respectievelijk 9,6 % en 6,3 %.



Bijna een op de zeven vrouwen verklaart een slaapmiddel te gebruiken.

6. Ongevallen

Volgens de Gezondheidsenquête uit 2004 verklaart bijna 7 % van de Brusselaars (7,3 % van de mannen en 6,3 % van de vrouwen) het slachtoffer te zijn geweest van een ongeval waarvoor ze naar een arts of ziekenhuis zijn gegaan in de 12 maanden die aan de enquête voorafgingen (54)^[66].

De ongevallenfrequentie onder de bevolking is niet echt gedaald sinds de enquête van 2001, behalve in het Brussels Gewest (54).

De aangegeven accidentele traumata zijn het vaakst te wijten aan ongevallen op de weg (31 %)^[67] en op de werkplek of op school (28 %), gevolgd door ongevallen in de privésfeer (27 %), ongevallen tijdens het sporten (16 %) en ongevallen op een openbare plaats (6 %).

In 2007 zijn 345 Brusselaars overleden aan een ongeval, dit is bijna 4 % van alle sterfgevallen. Het sterftecijfer door ongevallen is de afgelopen vijf jaar stabiel gebleven.

6.1 ARBEIDSONGEVALLEN

De arbeidsongevallen in het Brussels Gewest kunnen op twee manieren worden geanalyseerd: enerzijds door aandacht te besteden aan de ongevallen op het grondgebied van het Gewest, ongeacht uit welk gewest de werknemers afkomstig zijn; anderzijds door zich toe te spitsen op de arbeidsongevallen waarvan de slachtoffers Brusselaars zijn, ongeacht het gewest waar ze werken.

Met de eerste manier kan worden gevolgd in welke mate de economische activiteiten op het Brussels grondgebied ongevallen veroorzaken, terwijl met de tweede manier de impact van de beroepsactiviteit als oorzaak van ongevallen op de gezondheid van de Brusselaars kan worden gevolgd. Voor de arbeidsongevallen van de Brusselaars zijn de gegevens beschikbaar vanaf 2005.

Voor beide manieren wordt gebruik gemaakt van de gegevens van het Fonds voor Arbeidsongevallen (FAO), die enkel betrekking hebben op de privésector. Dit is een belangrijke beperking aangezien de openbare sector goed is voor 38 % van de totale tewerkstelling in het Brussels Gewest (55). We kunnen de gegevens bovendien niet kruisen met gegevens over het totaal aantal werknemers per sector zodat het ook niet mogelijk is om relatieve cijfers per sector te bepalen.

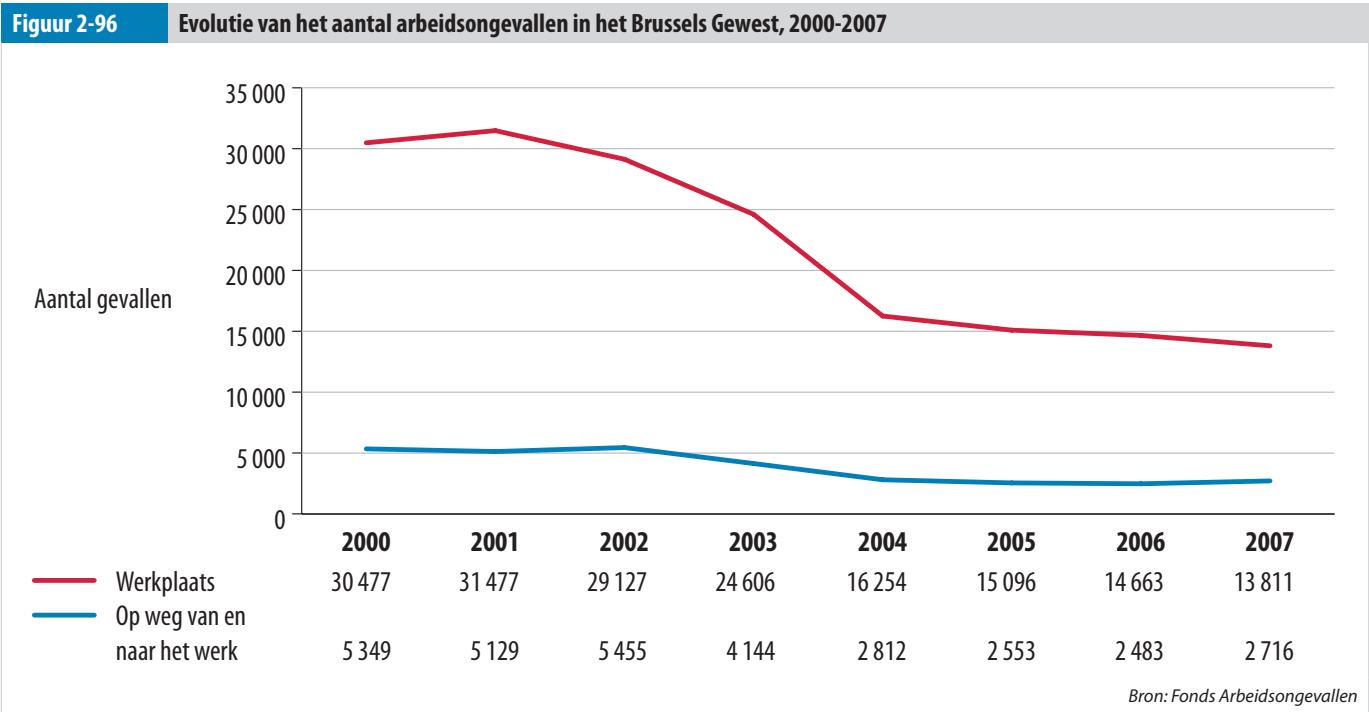
66 De vragen die tijdens de Gezondheidsenquête van 2004 werden gesteld waren: **“Hebt u de afgelopen 12 maanden een of meerdere ongevallen gehad waardoor u een arts of ziekenhuis hebt moeten raadplegen? In welke omstandigheid is het ongeval (zijn deze ongevallen) gebeurd?** (meerdere antwoorden mogelijk indien meerdere ongevallen worden gemeld): Op het werk (kantoor, werkplaats, werf, ...). Op school/in de crèche/college (in de klas, op de speelplaats, turnzaal, ...). Tijdens het beoefenen van een sport. Op de openbare weg (straat, trottoir, oversteekplaats voor voetgangers, ...). Op een openbare plaats

(park, post, café, ...). Thuis (keuken, badkamer, trap, ...). Rond het huis (tuin, garage, ...). Andere (verduidelijk ...).”

67 Dit wil zeggen dat van iedereen die verklaard heeft het slachtoffer van een ongeval te zijn geweest 31 % het slachtoffer is geweest van een verkeersongeval. Aangezien verschillende ongevallen konden worden gemeld, kan het totale aantal ongevallen het totale aantal slachtoffers overstijgen, en dus is de som van de percentages meer dan 100 %.

6.1.1 Ongevallen in het Brussels Gewest

Het aantal arbeidsongevallen in het Brussels Gewest daalt sinds 2000, in het bijzonder wat betreft de ongevallen op de werkplek (Figuur 2-96). Mannen worden vaker het slachtoffer van ongevallen: in 2007 betrof 64 % van de ongevallen in Brussel mannen.



In 2007 waren 48,3 % van de slachtoffers van een arbeidsongeval in het Brussels Gewest inwoners van Brussel; 51,8 % was afkomstig uit andere provincies, meer bepaald Vlaams-Brabant (17,6 %), Henegouwen (9,7 %) en Waals-Brabant (6,2 %).

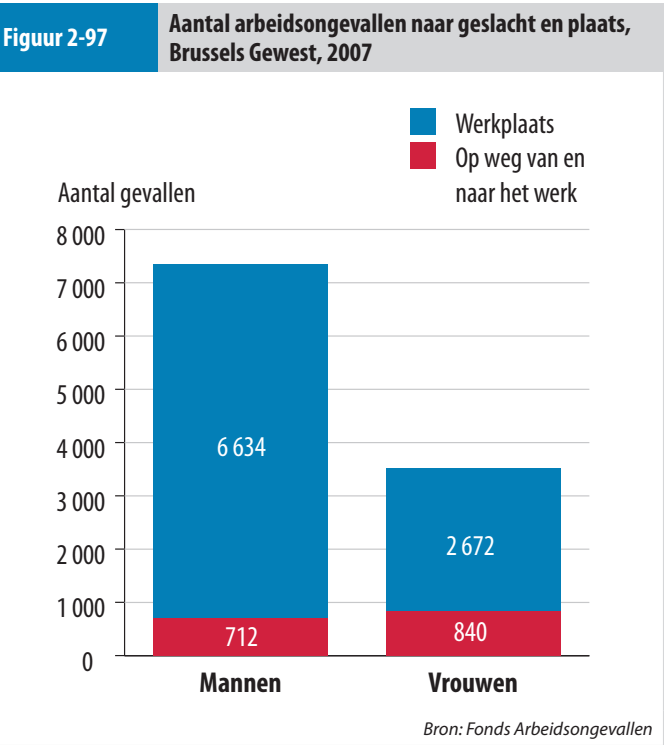
In sommige economische sectoren gebeuren procentueel meer arbeidsongevallen, wat niet te verwachten zou zijn gezien het aantal werknemers dat ze tewerkstellen (55). Dit is het geval voor de bouwsector, met minder dan 3 % van de werknemers in het Brussels Gewest en meer dan 13 % van de arbeidsongevallen van de privésector. Dit is eveneens het geval voor de industrie, met 5 % van de werknemers en bijna 11 % van de arbeidsongevallen van de privésector.

6.1.2 Arbeidsongevallen bij Brusselaars

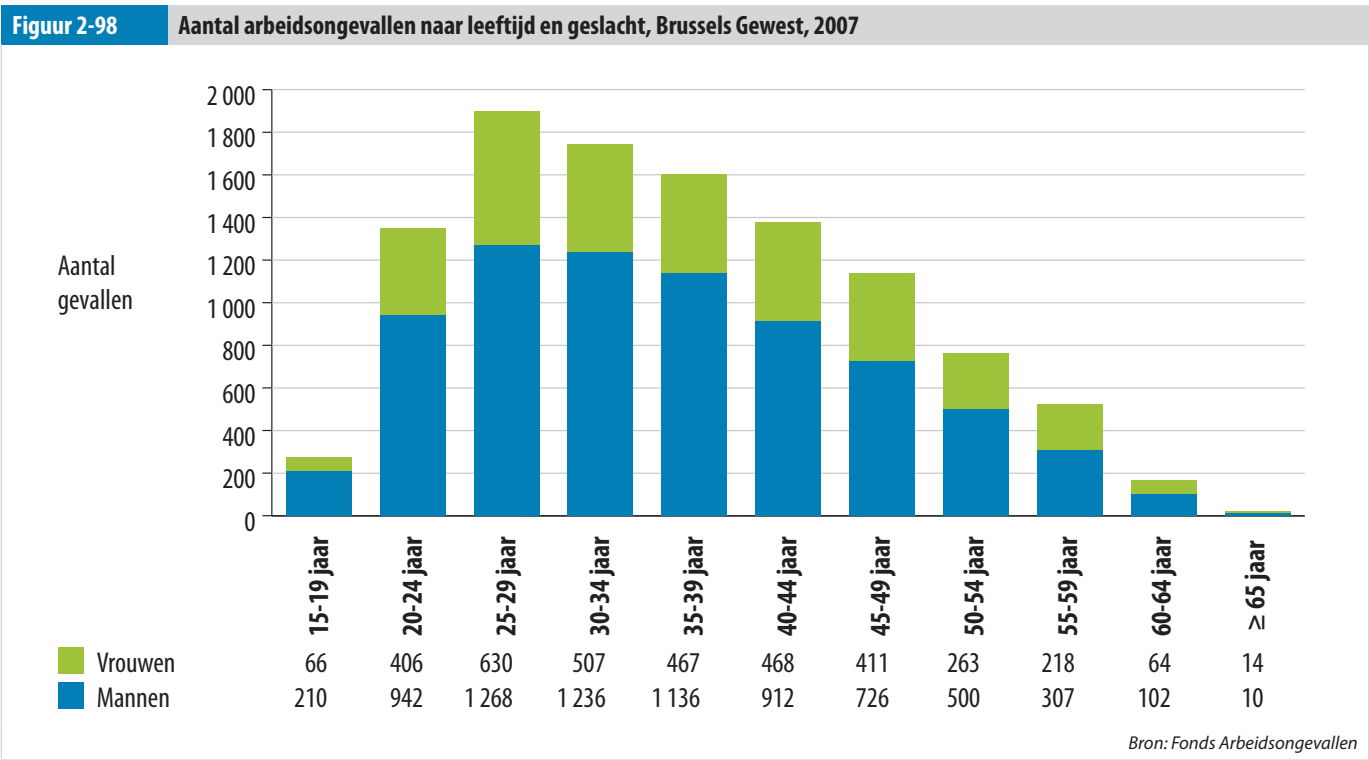
De gegevens betreffende de arbeidsongevallen van Brusselaars hebben betrekking op de periode 2005-2007.

Iets minder dan 11 000 Brusselaars worden elk jaar het slachtoffer van een arbeidsongeval. Dit aantal blijft stabiel tussen 2005 en 2007. 86 % van deze ongevallen vindt plaats op de werkplek en 14 % op weg naar het werk. Wat betreft de locatie gebeurt 74,4 % van de ongevallen waarvan Brusselaars het slachtoffer worden in het Brussels Gewest en 14,7 % in Vlaams-Brabant.

Mannen zijn het slachtoffer van 67,7 % van de ongevallen. De oververtegenwoordiging van mannen wordt verklaard door het type werk dat ze uitvoeren (zie lager) en heeft enkel betrekking op de arbeidsongevallen op de werkplek (91 % van de ongevallen bij mannen). Het aantal ongevallen op weg naar het werk ligt dan weer iets hoger bij vrouwen dan bij mannen.

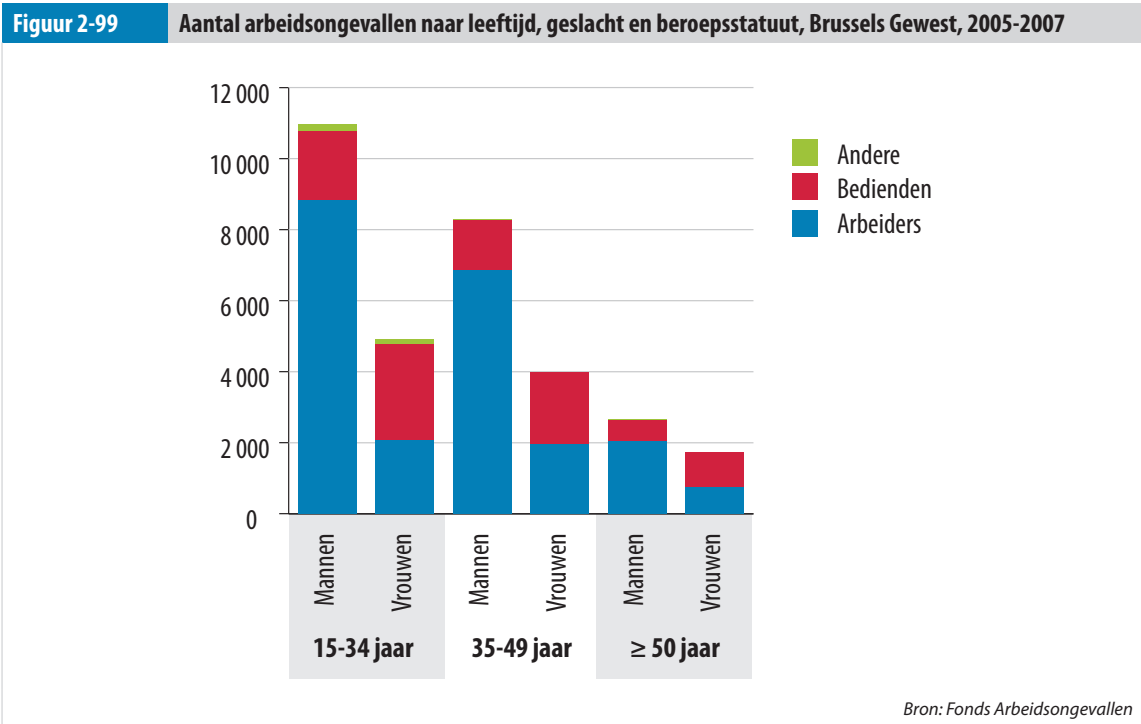


Bijna de helft van de ongevallen betreft werknemers jonger dan 35.



De verdeling per leeftijd en geslacht van de slachtoffers van een arbeidsongeval wordt vooral verklaard door het type werk: 81 % van de arbeidsongevallen bij mannen en 45 % bij vrouwen betreffen arbeiders. De meeste arbeidsongevallen bij vrouwen betreffen bedienden (54 %).

55,2 % van de Brusselse slachtoffers van een arbeidsongeval werkt minder dan vijf jaar in het bedrijf.



Voor de periode 2005-2007 worden 12 dodelijke ongevallen geteld op de werkplek en 5 op weg naar het werk. Het aantal dodelijke ongevallen is gedaald: 11 in 2005, 3 in 2006, 3 in 2007.

De gevolgen van de arbeidsongevallen zijn dan weer niet verwaarloosbaar. In 2007 leidden 5 310 ongevallen (48,9 %) tot een tijdelijke arbeidsongeschiktheid - waarvan 1 528 tot een ongeschiktheid van meer dan één maand - en 1 257 (11,6 %) tot een blijvende ongeschiktheid ^[68].

De ongevallen bij arbeiders hebben vaker ernstige gevolgen dan de ongevallen bij bedienden. Bij arbeiders gebeuren anderhalve maal meer dodelijke ongevallen, 55,1 % van de ongevallen bij arbeiders leidt tot een tijdelijke en 13 % tot een permanente arbeidsongeschiktheid (versus respectievelijk 35,6 % en 9,2 % bij bedienden).

Er gebeuren anderhalve maal meer dodelijke ongevallen bij arbeiders dan bij bedienden in Brussel.

68 Een blijvende ongeschiktheid betekent niet dat de werknemer niet meer kan werken; deze ongeschiktheid kan immers gedeeltelijk zijn, wat betekent dat die persoon niet elke mogelijkheid heeft verloren om een geregeld inkomen uit arbeid te verkrijgen op de arbeidsmarkt.

6.2 VERKEERSONGEVALLEN

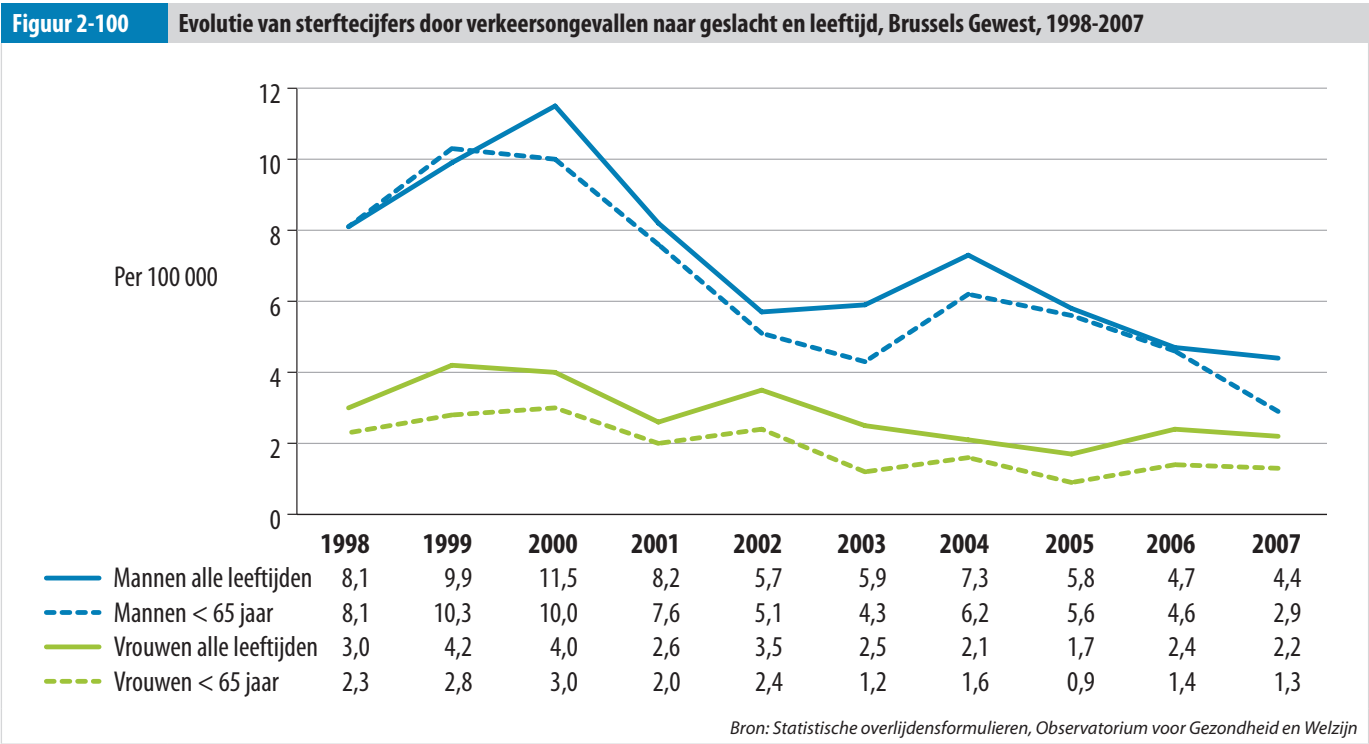
Mortaliteit

11,7 % van alle sterfgevallen door een ongeval in de periode 2003-2007 was te wijten aan een verkeersongeval (17,5 % voor mannen en 6,6 % voor vrouwen). 136 mannelijke en 58 vrouwelijke Brusselaars overleden als gevolg van een verkeersongeval^[69].

Het aandeel van verkeersongevallen in alle sterfgevallen door een ongeval is het grootst voor adolescenten: 44 % van de sterfgevallen door een ongeval bij jongens en 50 % van de sterfgevallen door een ongeval bij meisjes (zie overzichtstabel 2-15).

Het sterftecijfer (gestandaardiseerd voor leeftijd) door een verkeersongeval ligt driemaal hoger voor mannen dan voor vrouwen.

Het sterftecijfer door een verkeersongeval blijft dalen, in het bijzonder voor jongvolwassenen. Tussen de periodes 1998-2002 en 2003-2007 is het sterftecijfer door een verkeersongeval met 36 % gedaald, zowel voor mannen als voor vrouwen.



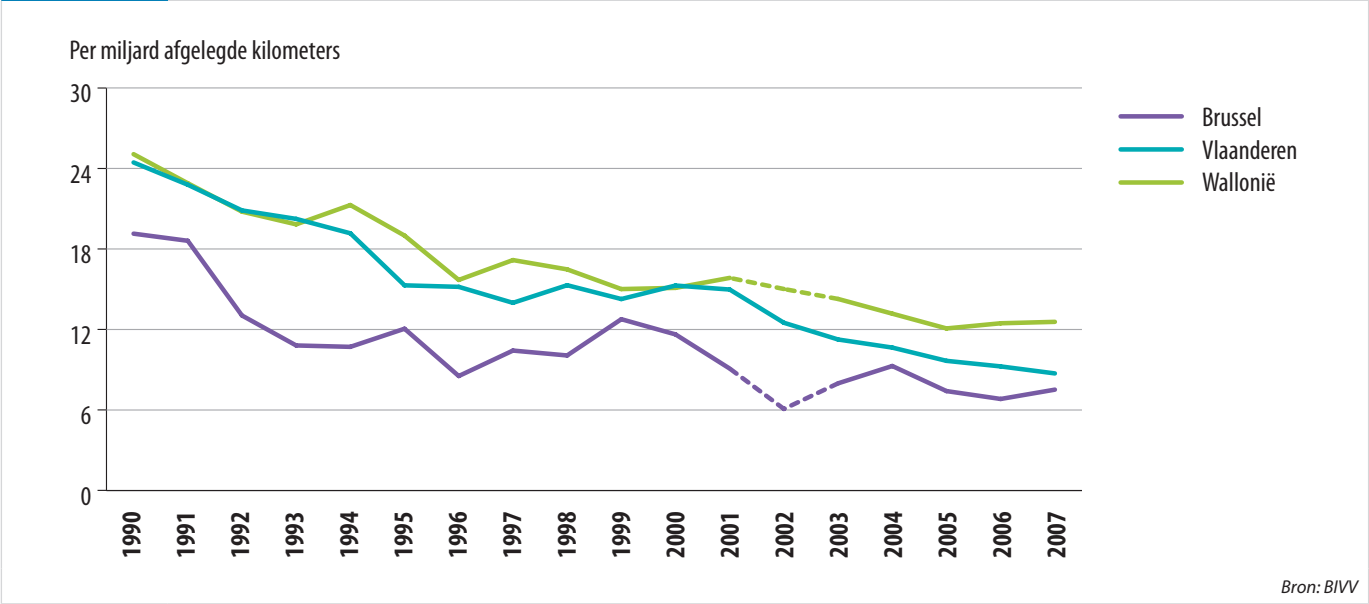
⁶⁹ De sterfgevallen in Wallonië zijn hierin niet inbegrepen. In 2004 zijn 10 Brusselaars overleden door een verkeersongeval in Wallonië.

Morbiditeit

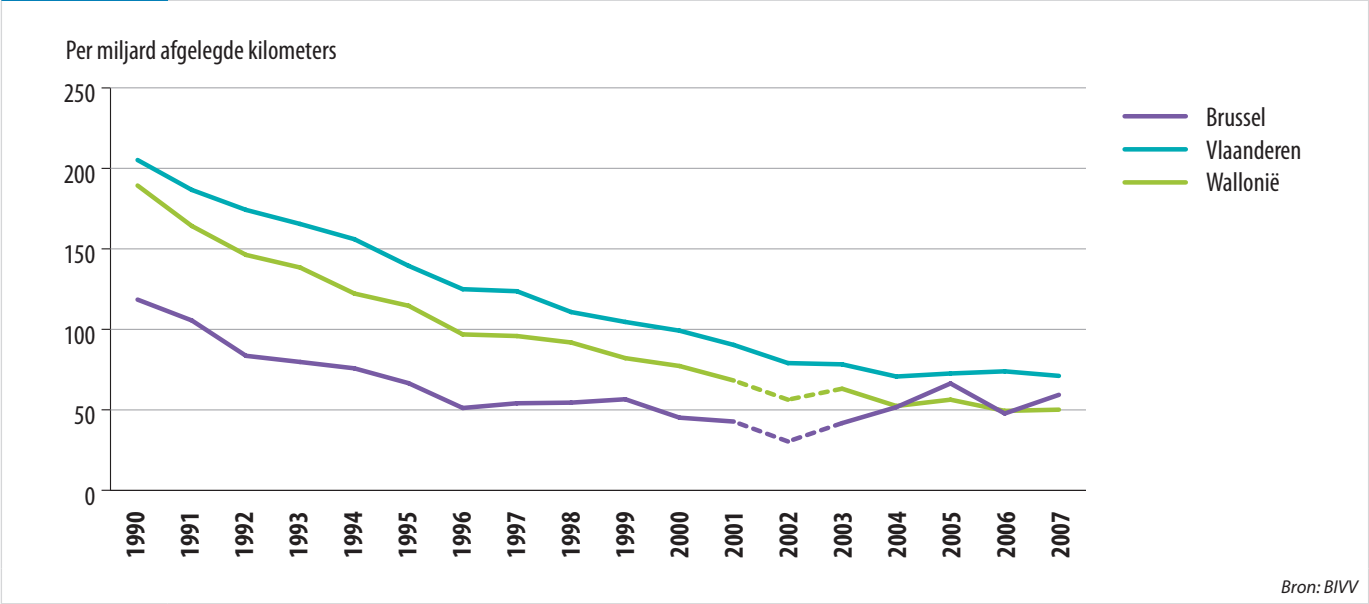
Het Belgisch Instituut voor de Veiligheid (BIVV) analyseert de verkeersongevallen in België aan de hand van de ongevallenregistraties door de politie. Naast de dodelijke ongevallen kunnen zo ook de ongevallen die ernstige of lichte letsels tot gevolg hebben worden opgevolgd. De vergelijkingen tussen de regio's zijn niet gebaseerd op de

woonplaats van het slachtoffer maar op de plaats waar het ongeval zich heeft voorgedaan. Gezien de grote verschillen in verkeersdichtheid en -intensiteit in de gewesten worden de ongevallencijfers berekend op basis van het aantal kilometers die in het gewest worden afgelegd^[70].

Figuur 2-101 Evolutie van dodelijke ongevallen per miljard kilometers afgelegd, in de drie gewesten, 1990-2007



Figuur 2-102 Evolutie van het aantal ongevallen met ernstig gewonden tot gevolg per miljard afgelegde kilometers in de drie gewesten, 1990-2007

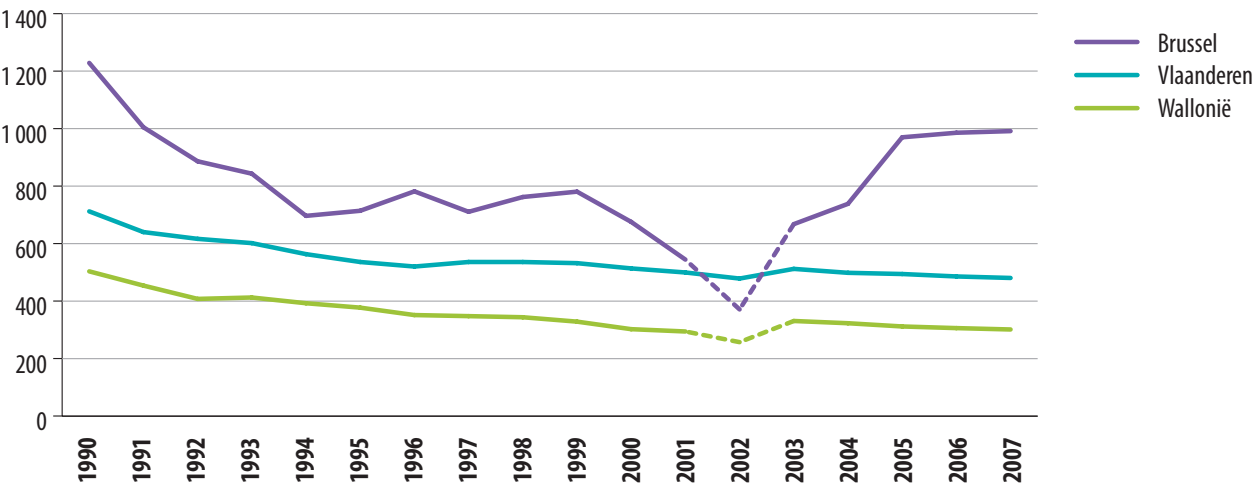


⁷⁰ De cijfers van 2002 zijn door een stippelijn weergegeven aangezien er door de politiehervorming in enkele Brusselse en Waalse politiezones een significante onderregistratie is geweest.

Figuur 2-103

Evolutie van het aantal ongevallen met licht gewonden tot gevolg per miljard afgelegde kilometers, in de drie Gewesten, 1990-2007

Per miljard afgelegde kilometers



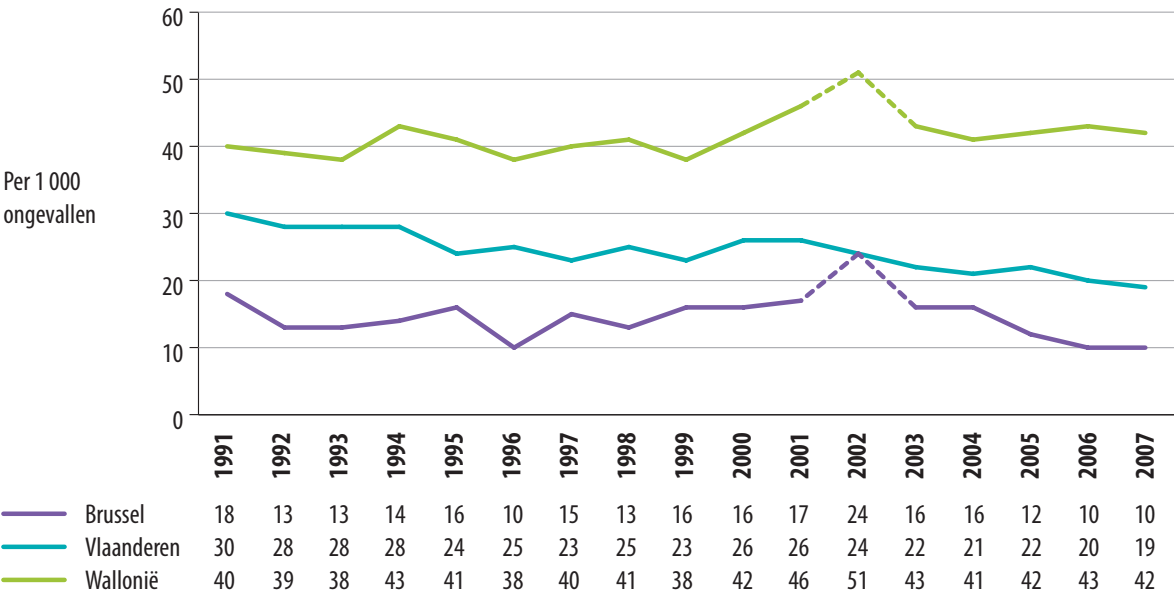
Bron: BIVV

Brussel telde minder dodelijke ongevallen of ongevallen met ernstige verwondingen (per afgelegde kilometer in het gewest) dan de andere gewesten. Toch stijgt het aantal zware verwondingen de laatste jaren lichtjes. Deze stijging doet zich niet voor in de andere gewesten. Het aantal lichtgewonden per afgelegde kilometer lag daarentegen in Brussel altijd hoger dan in Vlaanderen en Wallonië. Voor de verklaring van deze verschillen zijn een aantal elementen aan te voeren. Door het grootstedelijke karakter ligt de gemiddelde snelheid in Brussel lager dan in Vlaanderen en Wallonië wat zich weerspiegelt in relatief

minder ernstige ongevallen. Het is ook belangrijk te weten dat de voetgangerkilometers niet zijn opgenomen in deze statistiek maar de voetgangersongevallen wel. De ongevallencijfers voor Brussel kunnen hierdoor gedeeltelijk overschat worden. De evolutie van het aantal sterfgevallen (in de 30 dagen na het ongeval) per 1000 ongevallen toont aan dat de ongevallen in het Brussels Gewest relatief minder erg zijn dan elders in het land. Ook hier biedt de gemiddeld lagere snelheid een mogelijke verklaring.

Figuur 2-104

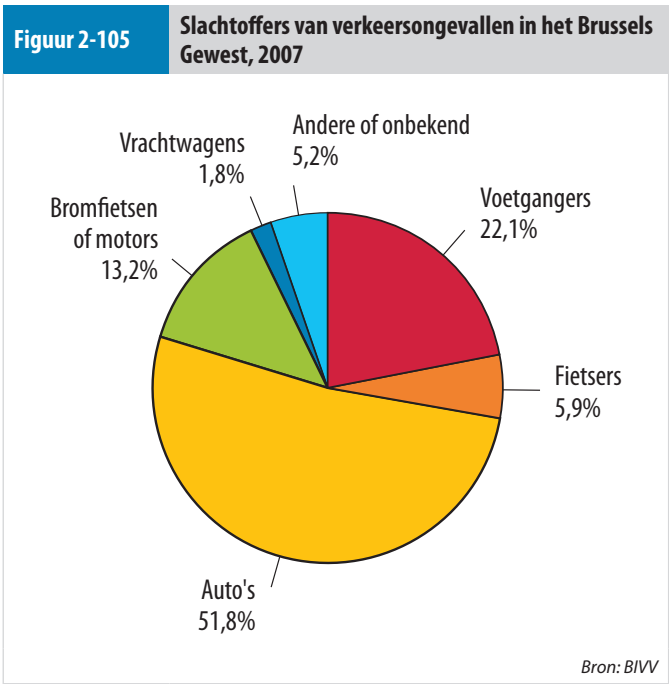
Ernst van de ongevallen (overlijden binnen 30 dagen na het ongeval) per gewest, 1991-2007



Bron: BIVV

De helft van de verkeersslachtoffers bevond zich in een personenauto. Een kwart van de slachtoffers van een ongeval waren “zwakke weggebruikers”.

Het totale aantal verkeersongevallen ten opzichte van het aantal afgelegde kilometers ligt hoger in Brussel, maar ongevallen met ernstige verwondingen komen relatief vaker voor in de twee andere gewesten.



6.3 ONGEVALLEN IN HET DAGELIJKS LEVEN

Ongevallen “in het dagelijks leven” omvatten ongevallen in de privésfeer (thuis of in de tuin), en ongevallen op school, tijdens het sporten of in de vrije tijd buitenshuis. Deze definitie sluit dus verkeersongevallen, agressie, zelfmoord, ongevallen als gevolg van natuurrampen en arbeidsongevallen uit^[71].

Mortaliteit

In de periode 2003-2007 werden 1 458 sterfgevallen door niet aan het verkeer gerelateerde ongevallen geregistreerd, een gemiddelde van 292 per jaar.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de verdeling van de sterfgevallen door ongevallen volgens de oorzaak naargelang de leeftijd. Dodelijke valpartijen vertegenwoordigen 35,4 % van de sterfgevallen door ongevallen in het dagelijks leven en betreffen vooral ouderen (81 %).

Tabel 2-15	Verdeling van overlijdens door ongevallen naar leeftijd volgens het type ongeval, Brussels Gewest, 2003-2007									
	Mannen					Vrouwen				
	Totaal ongevallen	Verkeersongevallen	Andere ongevallen			Totaal ongevallen	Verkeersongevallen	Andere ongevallen		
			Val	Intoxicatie	Andere			Val	Intoxicatie	Andere
0-9 jaar	18	6	5	1	6	11	2	2	0	7
10-19 jaar	16	7	0	5	4	2	1	0	1	0
20-39 jaar	135	49	10	54	22	37	13	2	14	8
40-64 jaar	199	39	60	36	64	82	12	20	21	29
65-79 jaar	152	22	60	7	63	166	14	62	6	84
80 jaar +	259	13	97	2	147	575	16	198	6	355
Totaal	779 (100 %)	136 (17,5 %)	232 (29,8 %)	105 (13,5 %)	306 (39,3 %)	873 (100 %)	58 (6,6 %)	284 (32,5 %)	48 (5,5 %)	483 (55,3 %)

Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

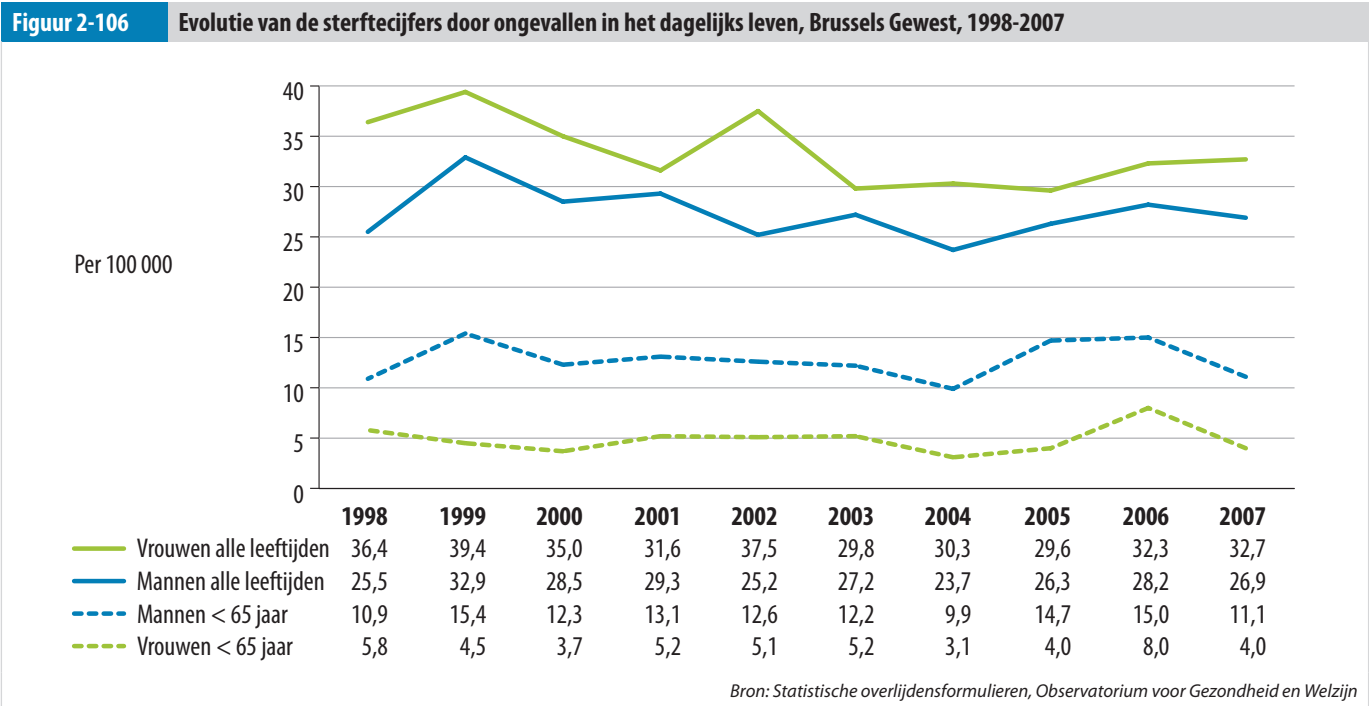
71 Toch kunnen arbeidsongevallen in de gegevens uit de statistische overlijdensformulieren niet goed worden geïdentificeerd, waardoor ze dus worden opgenomen in de ongevallen in het dagelijks leven. Ze vormen echter een klein percentage van de sterfgevallen door ongevallen (3 dodelijke arbeidsongevallen in 2007, bron Fonds Arbeidsongevallen).

Het aantal sterfgevallen door ongevallen in het dagelijks leven neemt toe met de leeftijd.

De laatste jaren blijft het sterftecijfer relatief stabiel. Het brutosterftecijfer voor alle leeftijden is hoger bij vrouwen, gezien het grote aantal oudere vrouwen in de bevolking.

Vroegtijdig overlijden komt vaker voor bij mannen dan bij vrouwen.

Dodelijke valpartijen vertegenwoordigen een derde van de sterfgevallen door ongevallen, en betreffen vooral ouderen.



Morbiditeit

Zoals aangegeven in onze vorige Gezondheidsindicatoren (2004) zijn de cijfers over het aantal en het type ongevallen zeldzaam en vaak onvolledig^[72]. In de Gezondheidsenquête 2004 verklaarde ongeveer 7 % van de Brusselaars (7,3 % van de mannen en 6,3 % van de vrouwen) in de twaalf maanden voorafgaande aan de enquête het slachtoffer te zijn geweest van een of meerdere

ongevallen waarbij de verwonding aanleiding gaf tot een bezoek aan een arts of ziekenhuis. Bij de mannen komen ongevallen het vaakst voor in de leeftijdsgroep van 25 tot 44 jaar; bij vrouwen worden er in de categorie ouder dan 65 het meest geteld (waarvan 68 % ongevallen in de privé-sfeer).

Tabel 2-16 **Verdeling van de types ongevallen in percentage van het aantal aangegeven ongevallen* naar leeftijd en geslacht, Brussel, 2004**

	0-14 jaar	15-24 jaar	25-44 jaar	45-64 jaar	65 +
MANNEN					
Ongeval in de privé-sfeer	38,8	15,3	18,5	32,2	56,5
Verkeersongeval	9,4	27,6	24,9	22,2	38,7
Ongeval op school/op het werk	37,6	22,4	34,4	28,9	1,6
Sportongeval	24,7	36,7	24,3	14,4	3,2
Ongeval op een openbare plaats	4,7	8,2	5,8	5,6	3,2
VROUWEN					
Ongeval in de privé-sfeer	34,5	24,1	23,6	46,3	68,4
Verkeersongeval	10,3	25,9	37,1	24,4	31,6
Ongeval op school/op het werk	37,9	35,2	36,0	17,1	0,5
Sportongeval	15,5	20,4	10,1	11,0	1,0
Ongeval op een openbare plaats	15,5	5,6	0,0	4,9	2,6

* In deze tabel zijn percentages berekend op het totaal aantal ongevallen en niet op het aantal slachtoffers (één respondent kon meerdere ongevallen aangeven).
Bron: WIV, Gezondheidsenquête 2004

72 Op Europees vlak registreert het EHLASS-systeem (European Home and Leisure Accident Surveillance System), via een aantal geselecteerde representatieve

ziekenhuizen, de gegevens betreffende de ongevallen in de privésfeer. Dit systeem werkt niet meer in België sinds 1999.

Referenties

- (1) Bayingana K, Demarest S, Gisle L, Hesse E, Miermans P-J, Tafforeau J en al. Gezondheidsenquête door Interview, België, 2004 - Boek II. Gezondheidstoestand. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2005.
- (2) Roesems T, De Spiegelaere M, Deboosere P, Wayens B, Kesteloot C, Willaert D en al. Welzijns- en gezondheidsatlas van Brussel-Hoofdstad 2006. Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, 2006.
- (3) Internationale Statistische Classificatie van ziekten en met gezondheid verband houdende problemen, tiende revisie - 1995.
- (4) Deguerry M, De Spiegelaere M, Haelterman E, Logghe P, Wauters E. Gezondheidsindicatoren, Brussels Hoofdstedelijk Gewest 2004. Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, 2004.
- (5) RIZIV. Verklarende factoren met betrekking tot de stijging van het aantal invaliden: loontrekkenden, 2009.
- (6) Ménard J. Prévention cardiovasculaire. In : Bourdillon F, Traité de prévention. Paris : Flammarion, 2009: 168-174.
- (7) Eurostat. Health statistics – Atlas on mortality in the European Union. 2009.
- (8) Eurostat. Statistiques de la santé. Chiffres clés sur la santé 2002. Données 1970-2001, 2002.
- (9) Detels R., McEwen J., Beaglehole R., Tanaka H. Oxford Textbook of Public Health. Fourth edition. New York: Oxford University Press, 2004.
- (10) Annuaire Eurostat 2003. Le guide statistique de l'Europe. Données 1991-2001. Commission européenne, Eurostat, 2003.
- (11) Capet F., Tafforeau J. Maladies ischémiques du coeur. Situation actuelle et éléments pour le développement d'une politique de santé. Centre de Recherche Opérationnelle en Santé Publique - ISP, 2001.
- (12) Nieto FJ. Cardiovascular disease and risk factor epidemiology: a look back at the epidemic of the 20th century. American Journal of Public Health 89[3], 292-294, 1999.
- (13) Buntinx F., Devroey D., Van Casteren V. The incidence of stroke and transient ischaemic attacks is falling: a report from the belgian sentinel stations. Br J Gen Pract, 52[483]: 813-817, 2002.
- (14) Belgian Cancer Registry. Cancer Incidence in Belgium 2004-2005, 2008.
- (15) INCA. La situation du cancer en France en 2007, 2007.
- (16) Belot A, Velten M, Grosclaude P, Bossard N, Launoy G, Remontet L et al. Estimation nationale des l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005, 2008.
- (17) Harbers M, Van der Wilk E, Kramers PG, Kuunders M, Verschuuren M, Eliyahu H et al. Dare to compare - Benchmarking dutch health with the ECHI, 2008.
- (18) Leroy O, Question Santé. Fumer à travers l'histoire : du prestige à la culpabilisation, 2005.
- (19) Martinet Y, Bohadona A. Le tabagisme : de la prévention au sevrage. Masson, 2004.
- (20) Hill C, Doyon F, Mousannif A. Évolution de la mortalité par cancer en France de 1950 à 2006. INVS, 2009.
- (21) Suhrke P, Zahl PH, Maehlen J. Declining breast cancer incidence and decreased HRT use. Lancet 373[9662], 460-461, 2009.
- (22) Brewster DH, Sharpe KH, Clark DI, Collins J. Declining breast cancer incidence and decreased HRT use. Lancet 373[9662], 459-460, 2009.
- (23) DREES – Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. La santé des femmes en France : Cancer du sein. DREES, 2008.
- (24) Blanks RG, Moss SM, McGahan CE, Quinn MJ, Babb PJ. Effect of NHS breast screening programme on mortality from breast cancer in England and Wales, 1990-8: comparison of observed with predicted mortality. British Medical Journal 321[7262], 665-669, 2000.
- (25) Kobayashi S. What caused the decline in breast cancer mortality in the United Kingdom? Breast Cancer 11[2], 156-159, 2004.
- (26) Schroder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TL, Ciatto S, Nelen V et al. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. N Engl J Med 2009 ; 360(13):1320-1328.
- (27) Lam TH, Hedley AJ. Respiratory disease. In: Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H, editors. Oxford textbook of public health. New York: Oxford University Press, 2002: 1227-1254.
- (28) Haguenoer JM. Qualité de l'air. In : Bourdillon F, editor. Traité de prévention. Paris : Flammarion, 2009: 142-154.
- (29) Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. Lancet 373[9682], 2223-2233, 2009.
- (30) Weets I, Rooman R, Coeckelberghs M, De Block C, Van Gaal L, Kaufman JM et al. The age at diagnosis of type 1 diabetes continues to decrease in Belgian boys but not in girls: a 15-year survey. Diabetes Metab Res.Rev. 23[8], 637-643, 2007.
- (31) Sasse A, Defraye A, Buziarsist J, Van Beckhoven D, Wanyama S. Epidemiologie van AIDS en HIV-infectie in België. WIV, 2009.

- (32) Defraye A, Sasse A, Bots J, Ducoffre G, Hanquet G, Lokietek S et al. SOA - Surveillance - SOA België - 2006 - België, WIV, 2008 - 24, 2008.
- (33) Defraye A, Buziarsist J, Sasse A, Bots J, Claes P, Ducoffre G et al. SOA - SURVEILLANCE - SOA België - 2007 - België - Jaarlijks gemeenschappelijk rapport van de verschillende registratiesystemen van Seksueel Overdraagbare Aandoeningen (SOA) in België, 2009.
- (34) Defraye A, Sasse A. SOA-surveillance in AIDS Referentiecentra in België - Jaarrapport 2007, WIV, 2008/027, 2008.
- (35) Arrazola de Onate W, Wanlin M, De Smet P. Rapports d'activités 2008 - Registre de la tuberculose 2007 - Région de Bruxelles-Capitale, 2009.
- (36) Wanlin M. Rapport d'activités 2006 - Perspectives 2007. FARES, 2007.
- (37) Ducoffre G. Surveillance van Infectieuze Aandoeningen door een Netwerk van Laboratoria voor Microbiologie 2005 + Epidemiologische Trends 1983 - 2004. Jaarrapport. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2007.
- (38) Allix-Beguec C, Supply P, Wanlin M, Bifani P, Fauville-Dufaux M. Standardised PCR-based Molecular Epidemiology of Tuberculosis in the Brussels-Capital Region. Eur Respir J, 2007.
- (39) Dhumeaux D, Antona D, Letort M-J, Levy-Bruhl D, Brouard C, Delarosque-Astagneau E et al. Surveillance et prévention des hépatites B et C en France : bilan et perspectives - Numéro thématique. INVS, BEH-Bulletin épidémiologique hebdomadaire 20-21, 193-220, 2009.
- (40) Suijkerbuijk A, Lindeboom R, van Steenbergen JE, Sonder G, Doorduyn Y. Effect of Hepatitis A vaccination programs for migrant children on the incidence of Hepatitis A in the Netherlands. European Journal of Public Health 19[3], 240-244, 2009.
- (41) Razavi B, Apisarnthanarak A, Mundy LM. Clostridium difficile: emergence of hypervirulence and fluoroquinolone resistance. Infection 35[300], 307, 2007.
- (42) Pepin J, Valiquette L, Alary ME, Villemure P, Pelletier A, Forget K et al. Clostridium difficile-associated diarrhea in a region of Quebec from 1991 to 2003: a changing pattern of disease severity. CMAJ 171[5], 466-472, 2004.
- (43) Kuijper EJ, Coignard B, Brazier JS, Suetens C, Drudy D, Wiuff C et al. Update of Clostridium difficile-associated disease due to PCR ribotype 027 in Europe. Eurosurveillance 12[6], 1-2, 2007.
- (44) Ducoffre G. Surveillance van Infectieuze Aandoeningen door een Netwerk van Laboratoria voor Microbiologie 2008 + Epidemiologische Trends 1983 - 2007. Jaarrapport. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Epidemiologie Afdeling, 2009 - Rapport: D/2009/2505/30, 2008.
- (45) WIV. Surveillance van griep in België. Seizoen 2007-2008, 2008.
- (46) Bossuyt N, Van Casteren V. Pneumococcal vaccination coverage in elderly people in Belgium. Archives of Public Health 63[4], 185-197, 2005.
- (47) Godin I, Decant P, Moreau N, De Smet P, Boutsen M. La santé des jeunes en communauté française de Belgique, résultat de l'enquête HBSC 2006. SIPES, 2009.
- (48) Bayingana K, Tafforeau J. La dépression. Etat des connaissances et données disponibles pour le développement d'une politique de santé en Belgique. Institut Scientifique de la Santé Publique, Ministère de la Communauté Française, editors. 2002. IPH/EPI Reports Nr 2002-011.
- (49) Peen J, Dekker J. Social deprivation and psychiatric service use for different diagnostic groups. Social Science & Medicine 53[1], 1-8, 2001.
- (50) Allardyce J, Gilmour H, Atkinson J, Rapson T, Bishop J, McCreadie RG. Social fragmentation, deprivation and urbanicity: relation to first-admission rates for psychoses. Br.J.Psychiatry 187, 401-406, 2005.
- (51) Kirkbride JB, Fearon P, Morgan C, Dazzan P, Morgan K, Tarrant J et al. Heterogeneity in incidence rates of schizophrenia and other psychotic syndromes: findings from the 3-center AeSOP study. Arch.Gen.Psychiatry 63[3], 250-258, 2006.
- (52) Peen J, Dekker J. Is urbanicity an environmental risk-factor for psychiatric disorders? Lancet 363[9426], 2012-2013, 2004.
- (53) van Os J, Kapur S. Schizophrenia. Lancet 374[9690], 635-645, 2009.
- (54) Bayingana K, Demarest S, Gisle L, Hesse E, Miermans P-J, Tafforeau J et al. Gezondheidsenquête door interview, België 2004 - Boek VI. Gezondheid en samenleving. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2005.
- (55) Brussels Instituut voor Statistiek en Analyse. Statistische Indicatoren van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Uitgave 2008. Analyses/Methodologieën. 2008, 2009.

Deel III: Determinanten van gezondheid

De gezondheid van de Brusselse bevolking is afhankelijk van verschillende factoren die op verschillende niveaus een rol spelen.

Op individueel vlak zijn – naast genetische factoren – leeftijd en geslacht belangrijke determinanten; deze werden systematisch behandeld bij de bespreking van de gezondheidstoestand (Deel II). Ook de levensstijl, waaronder hier het geheel van individuele gedragingen en gewoonten die een positieve of negatieve invloed hebben op de gezondheid wordt verstaan, speelt een belangrijke rol.

De fysieke (kwaliteit van de huisvesting, arbeidsomstandigheden, enz.) en sociale (gezin, maatschappelijke ondersteuning, enz.) omgeving en deze individuele factoren beïnvloeden elkaar wederzijds. De kwaliteit van deze omgeving is op haar beurt dan weer afhankelijk van de algemene socio-economische en culturele context.

Voor de meeste gezondheidsproblemen is een interactie van verschillende factoren nodig opdat het probleem zich daadwerkelijk zal voordoen: een aanleg voor obesitas bijvoorbeeld zal worden versterkt wanneer men er ook slechte gewoonten op het vlak van voeding of lichaamsbeweging gaat op nahouden. De ontwikkeling van dit gedrag hangt sterk af van de gezinsomgeving en de economische, politieke of culturele context.

Het is zeer moeilijk om een overzicht van de grote gezondheidsbepalende factoren van de Brusselaars te geven

waarbij deze complexiteit volledig wordt gerespecteerd. Dit deel probeert niet om al deze complexe mechanismen te ontrafelen, maar beperkt zich tot de voorstelling van enkele belangrijke determinanten. Gezonde of ongezonde leefstijlelementen worden enerzijds als dusdanig besproken en anderzijds ook in combinatie met socio-economische en culturele factoren (hoofdstuk 1).

De sociale status is, door haar samenhang met alle andere andere determinanten, de belangrijkste gezondheidsbepalende factor (1). De grote sociale heterogeniteit die het gewest kenmerkt, weerspiegelt zich dan ook in belangrijke sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid, die in hoofdstuk 2 worden besproken.

Het Brussels Gewest telt een groot aantal inwoners uit internationale migraties. Deze diversiteit heeft ook een invloed op de gezondheidstoestand van de bevolking en zal worden behandeld in hoofdstuk 3.

Preventieve of curatieve zorgen hebben uiteraard ook een impact op de gezondheidstoestand. Aan het einde van dit deel worden enkele gegevens in verband met preventie en toegang tot zorg voorgesteld. Het zorgaanbod en de zorgconsumptie worden besproken in een apart deel van de Gezondheidsindicatoren (deel V).

Het leefmilieu is zeker ook een belangrijke gezondheidsbepalende factor in de stad. Dit aspect zal in deze publicatie jammer genoeg niet kunnen worden behandeld^[1].

1. Levensstijl

De levensstijlelementen, zoals voedingsgewoonten, lichaamsbeweging, het gebruik van substanties die de gezondheid schaden, waaronder alcohol of andere drugs, hebben allemaal een impact op de gezondheid, en worden daarom ook wel “gezondheidsgedragingen” genoemd.

Deze levensgewoonten worden al te vaak gezien als “individuele” gedragingen, terwijl ze grotendeels worden bepaald door de ruimere omgeving: het gezin, de leefomgevingen, de samenleving in het algemeen.

Het volstaat dus niet de bevolking “op te voeden” of te informeren over de gevaren van dergelijke gedragingen opdat deze zouden veranderen. Informatie alleen volstaat niet, als geen aandacht wordt besteed aan de voorwaarden waaronder het doelpubliek ook werkelijk aan deze opvoedingsinspanningen zou deelnemen en er gevolg aan geven.

Sommige gedragingen die de gezondheid in gevaar brengen, kunnen ook een poging tot antwoord op andere problemen zijn (stress, depressie, eenzaamheid, verlies

van zelfrespect, enz.). Zo kan roken een manier zijn om om te gaan met stress als gevolg van een bestaanonzekere situatie. Preventie en gezondheidspromotie dienen zich bijgevolg ook bezig te houden met de strijd tegen bestaanonzekerheid, sociaal isolement, gevoelens van uitsluiting en onmacht,...

Tenslotte dient ook het gezondheidsbeleid en het beleid in alle domeinen een gunstig klimaat voor de volksgezondheid te creëren (bijvoorbeeld scholen of openbare plaatsen zonder tabak, een toegankelijk aanbod van gezonde voeding, een openbare ruimte die lichaamsbeweging stimuleert, enz.).

Hieronder wordt de frequentie van enkele levensgewoonten beschreven naar leeftijd en geslacht in het Brussels Gewest in vergelijking met de andere Belgische grootsteden. Alle vergelijkingen worden uitgevoerd met een statistische controle voor de leeftijdsverschillen. De gegevens zijn afkomstig van de Nationale Gezondheidsenquête (2) en van de HBSC-enquête voor adolescenten^[2] (3).

1 Mogelijk behandelt het observatorium de samenhang tussen gezondheid en leefmilieu in de toekomst in een specifiek dossier.

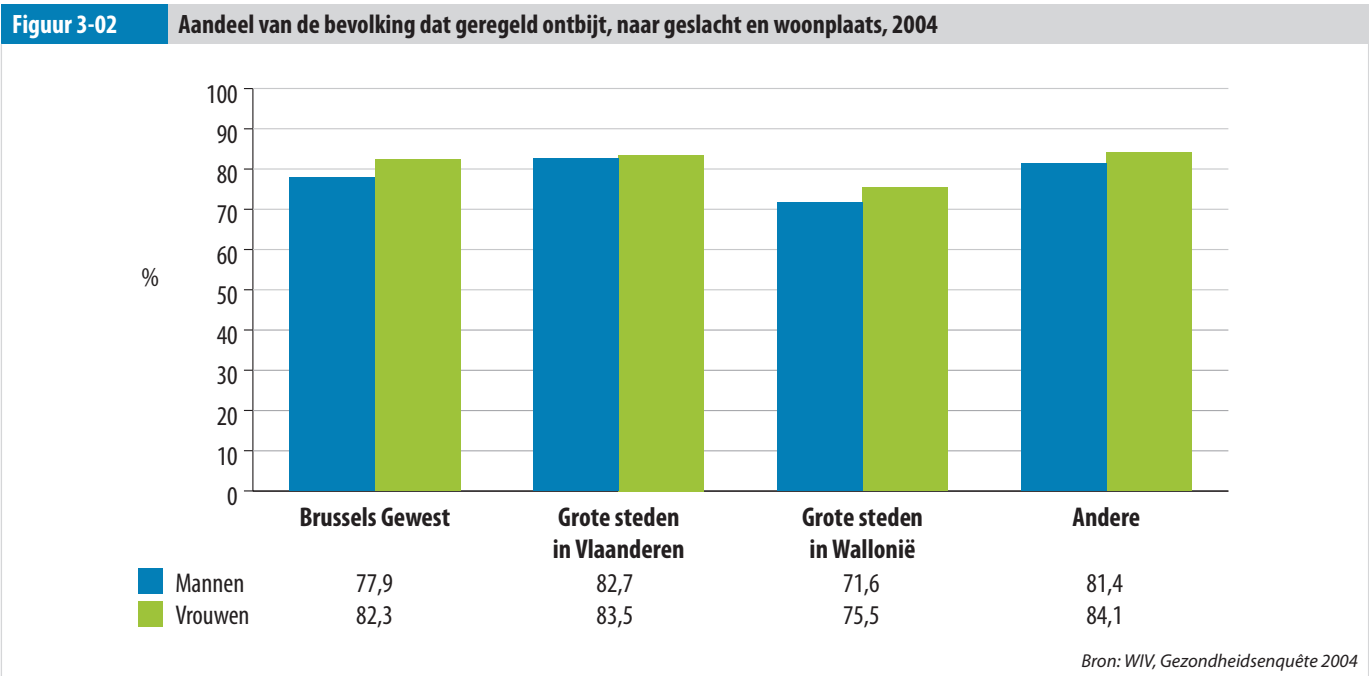
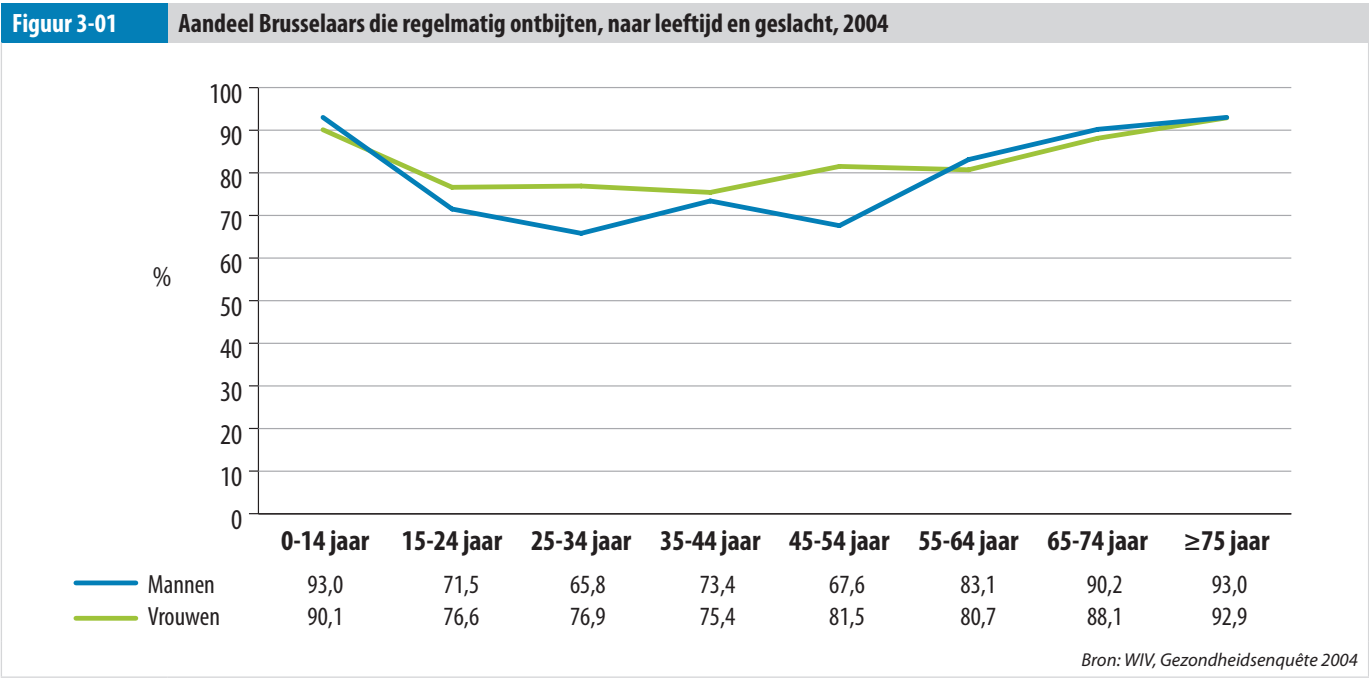
2 De hier opgenomen resultaten hebben enkel betrekking op leerlingen uit het Franstalig onderwijs.

1.1 VOEDING

1.1.1 Regelmatig ontbijten

80,2 % van de Brusselaars (77,9 % van de mannen en 82,3 % van de vrouwen) zegt geregeld (minstens 5 maal per week) een ontbijt te gebruiken. Dit aandeel is groter bij kinderen en ouderen dan bij volwassenen. In de beroepsactieve leeftijdscategorieën

nemen mannen minder regelmatig een ontbijt dan vrouwen. Tussen 25 en 34 jaar ontbijt een derde van de mannen niet regelmatig. Tussen 2001 (72,7 %) en 2004 (77,9 %) wordt een significante stijging³ waargenomen van het aandeel mannen dat regelmatig ontbijt.



Er is geen significant verschil tussen Brussel en het hele land of de grote Vlaamse steden. In de grote Waalse steden wordt evenwel minder vaak regelmatig ontbeten.

³ Voor de gegevens van de Gezondheidsenquête worden in dit deel enkel de statistisch significante verschillen na controle voor de leeftijd vermeld.

In de HBSC-enquête verklaren slechts 60 % van de mannelijke en 50 % van de vrouwelijke adolescenten in het Brussels Gewest te ontbijten op schooldagen en dit aandeel daalt nog met de leeftijd. In alle leeftijdsgroepen ontbijten meisjes minder vaak dan jongens: 55,7 % tegenover 66,7 % voor de 13-14-jarigen en 48,6 % tegenover 54,8 % voor de 17-18-jarigen.

Er zijn ook duidelijke verschillen naargelang de onderwijsvorm: adolescenten in het algemeen secundair onderwijs ontbijten vaker dan hun leeftijdsgenoten die een technische of beroepsopleiding volgen. De verschillen zijn vooral duidelijk bij meisjes: 56,0 % van de meisjes in het algemeen secundair onderwijs ontbijten op schooldagen, tegenover 35,0 % in het technisch en 30,1 % in het beroepsonderwijs.

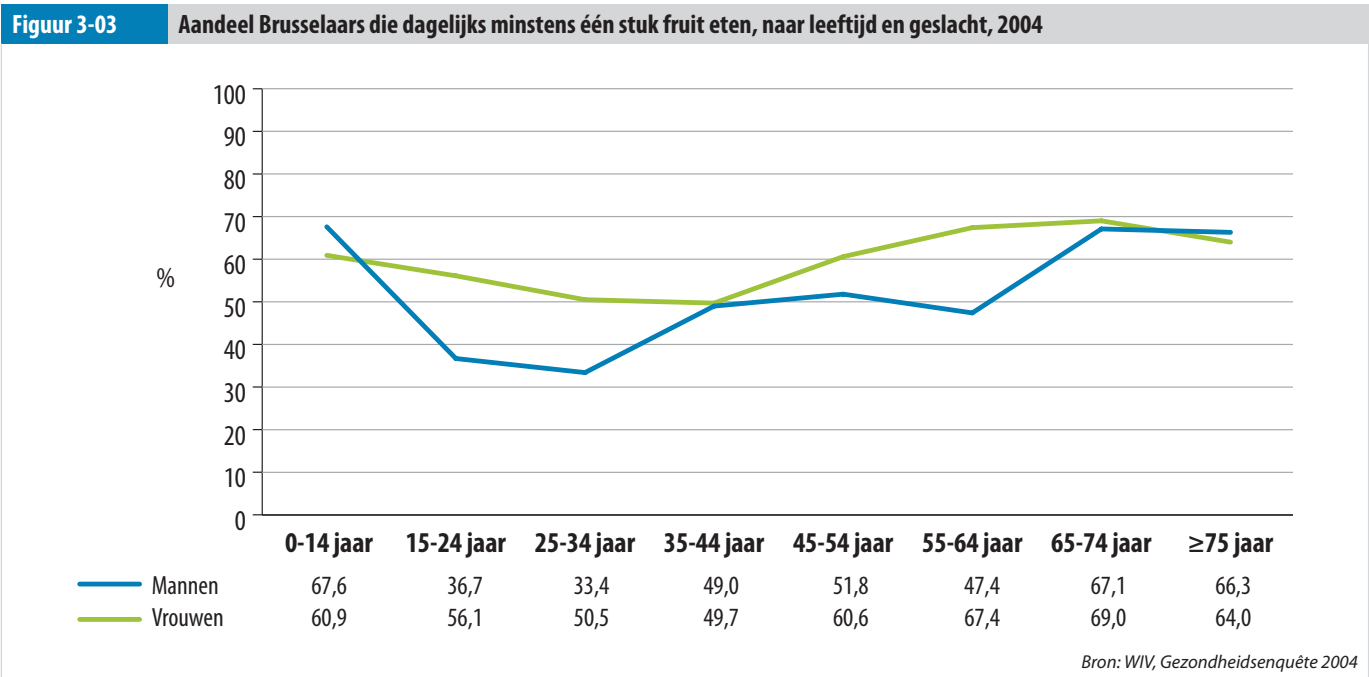
1.1.2 Regelmatige consumptie van groenten en fruit

In het kader van de preventie van chronische aandoeningen zoals cardiovasculaire aandoeningen (4) en sommige kankers (5) wordt aangeraden om dagelijks voldoende groenten en fruit te eten. Het doel van het Belgisch Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan is een stijging van de consumptie van groenten en fruit tot minstens 400 g per dag (6).

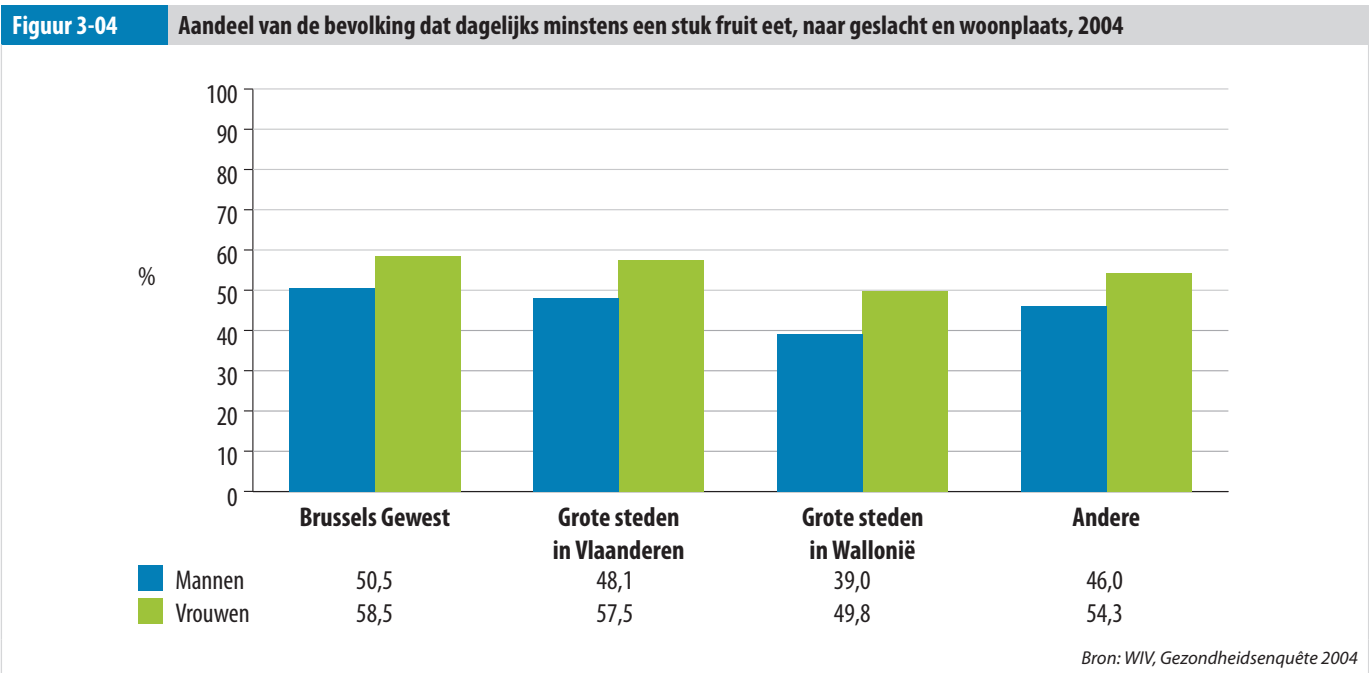
In 2004 verklaarde 54,7 % van de Brusselaars (50,5 % van de mannen en 58,5 % van de vrouwen) elke dag minstens één stuk fruit te eten; 10,4 % van de mannen en 6,9 % van de vrouwen eten minder dan eenmaal per week fruit.

De consumptie van fruit is het laagst bij de jongvolwassenen. Tussen 15 en 35 jaar eten minder dan vier op de tien mannen dagelijks een stuk fruit. Vanaf 35 jaar stijgt de consumptie met de leeftijd, maar ze blijft wel lager bij mannen dan bij vrouwen.

In Brussel is de dagelijkse consumptie van fruit gestegen tussen 2001 en 2004, van 44,7 % naar 50,6 % bij mannen en van 52,8 % naar 58,6 % bij vrouwen.

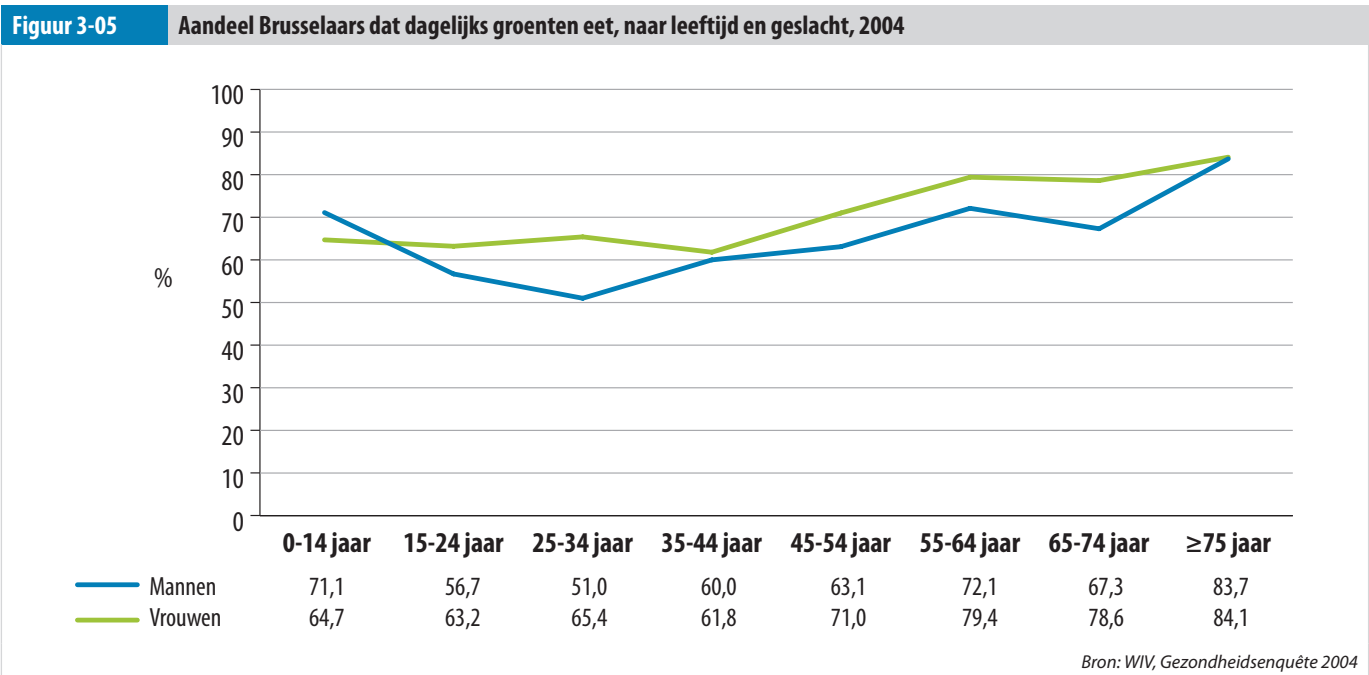


Het aandeel mensen dat dagelijks fruit eet, is hoger in het Brussels Gewest dan in de andere grote steden van het land. Enkel de verschillen met de grote steden in Wallonië zijn daarbij ook statistisch significant.

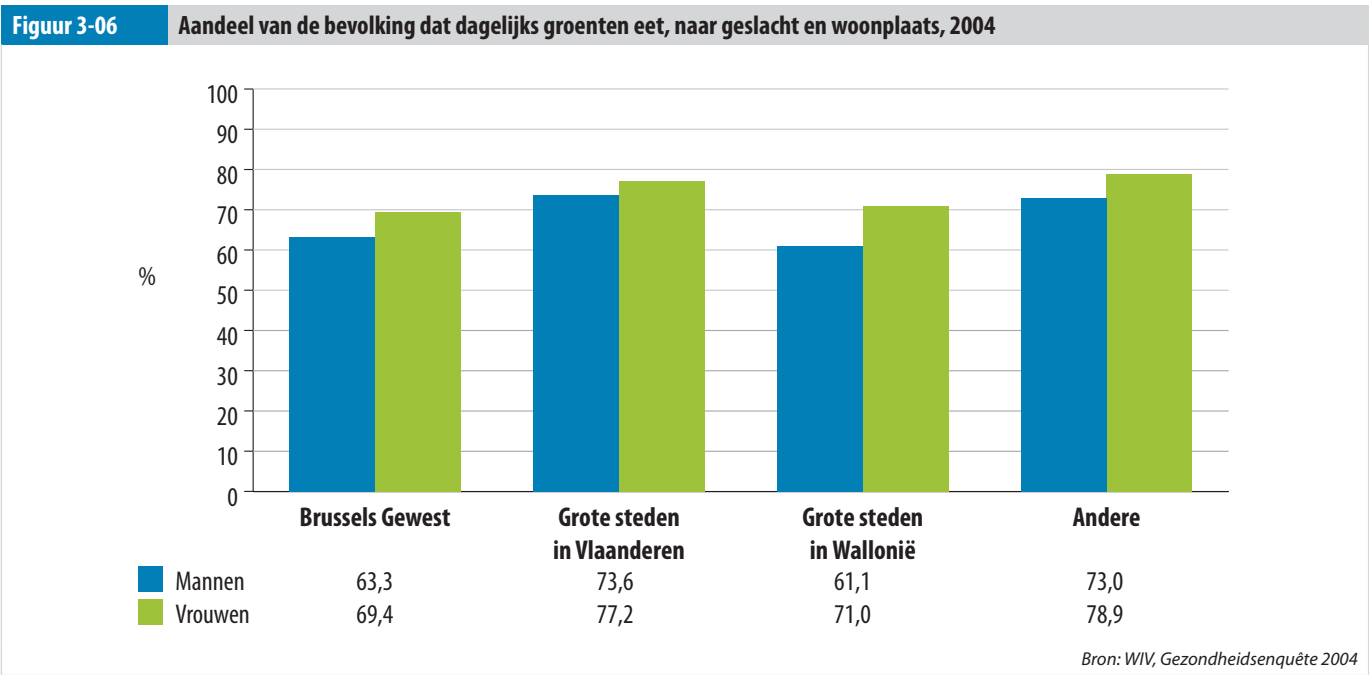


In 2004 verklaarde 66,5 % van de Brusselaars (63,3 % mannen en 69,4 % vrouwen: significant verschil) minstens eenmaal per dag groenten te eten. Slechts 1,5 % van de mannen en 0,5 % van de vrouwen eten minder dan eenmaal per week groenten.

De dagelijkse consumptie van groenten stijgt vanaf 45 jaar. Net zoals de consumptie van fruit, is de consumptie van groenten het laagst bij mannen tussen 25 en 34 jaar.



Het percentage mannen en vrouwen in Brussel die dagelijks groenten eten ligt significant lager dan in de grote Vlaamse steden en in de Belgische niet grootstedelijke gebieden.

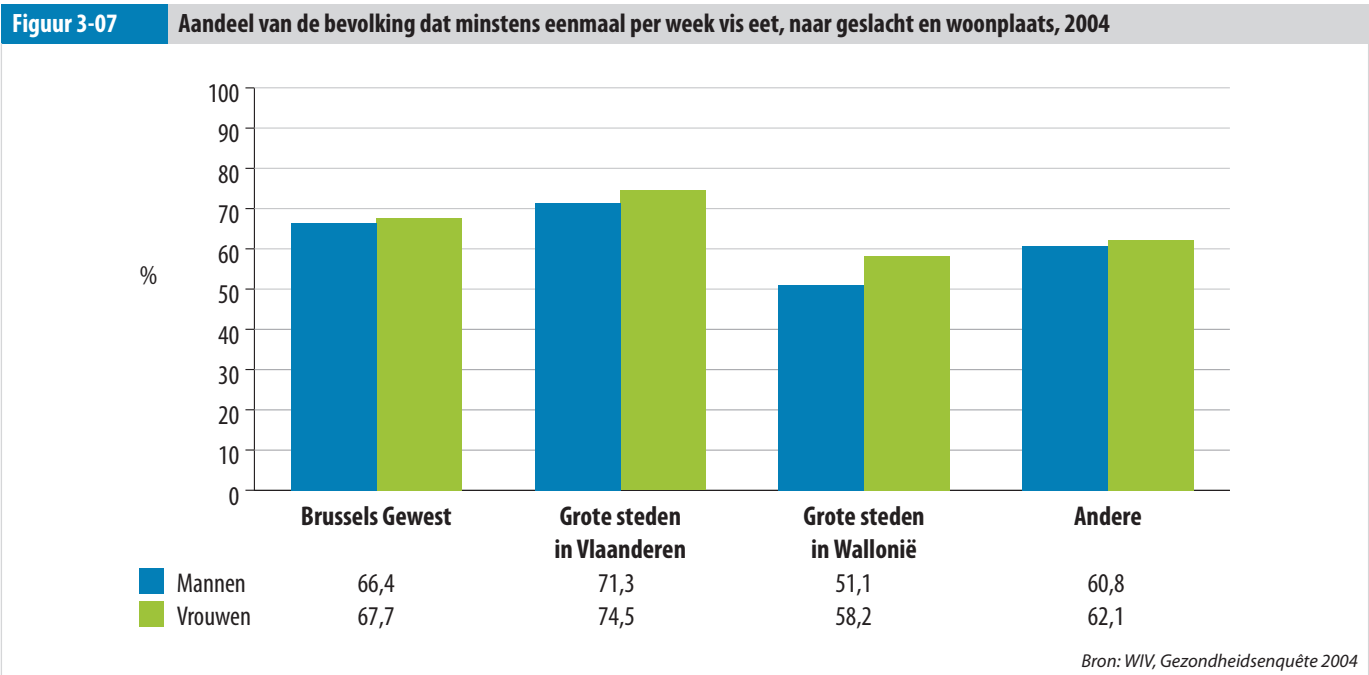


In de HBSC-enquête verklaren 46 % van de vrouwelijke en 41 % van de mannelijke adolescenten dagelijks fruit te eten. Deze enquête leidt tot dezelfde vaststellingen: de consumptie van fruit en groenten daalt geleidelijk tussen de kindertijd en het begin van de volwassenheid en meisjes eten meer groenten en fruit dan jongens.

1.1.3 Regelmatig vis eten

Verskillende studies hebben aangetoond dat vis eten een beschermend effect heeft tegen cardiovasculaire aandoeningen. Onderzoek toont ook aan dat de voordelen van het eten van vis ruimschoots de risico's als gevolg van de vergiftiging van sommige vissoorten door chemische stoffen (vooral kwik) overstijgen (7). Algemeen wordt aanbevolen minstens eenmaal, idealiter twee- tot driemaal per week, vis te eten.
In 2004 at 67,0 % van de Brusselaars minstens eenmaal per week vis (66,4 % mannen en 67,7 % vrouwen).

Net zoals voor de rest van het land is dit aandeel gestegen tussen 2001 en 2004, zowel voor mannen (van 54,4 % naar 61,6 %) als voor vrouwen (van 55,0 % naar 63,4 %).
In het Brussels Gewest wordt vaker wekelijks vis gegeten dan in het hele land. Het aandeel wekelijkse viseters ligt significant hoger in Brussel dan in de grote Waalse steden of in de gebieden buiten de grote steden maar lager dan in de grote Vlaamse steden (enkel voor vrouwen is het verschil ook significant).



Steeds meer Brusselaars nemen gezonde voedingsgewoonten aan, zoals ontbijten of regelmatig fruit of vis eten. Deze gezonde gewoonten komen het minst vaak voor bij mannelijke jongvolwassenen.

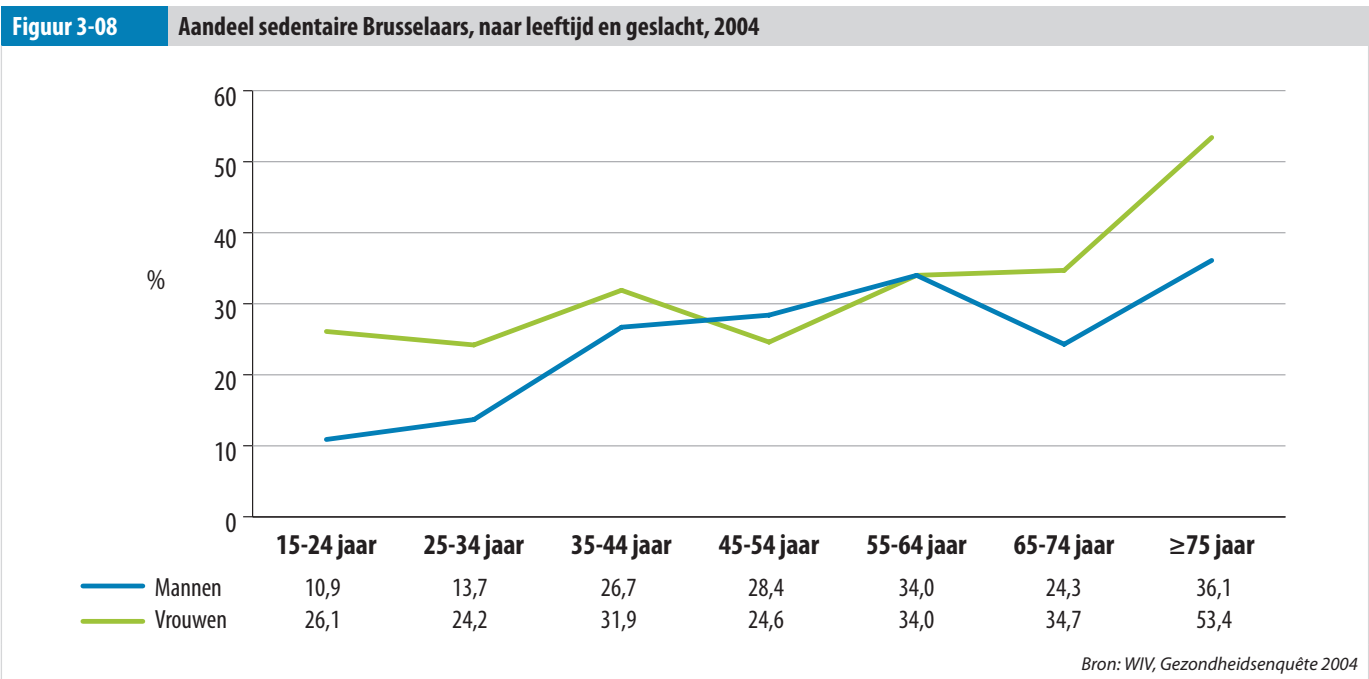
1.2 LICHAAMSBEWEGING

Regelmatige lichaamsbeweging beschermt ons tegen talrijke gezondheidsproblemen (obesitas, diabetes, cardiovasculaire aandoeningen, kankers, osteoporose, depressie) (8). Lichaamsbeweging zorgt er ook voor dat de levenskwaliteit van ouderen en chronisch zieken verbetert. Een van de doelstellingen van het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan is de Belgische bevolking ertoe aan te zetten dagelijks minstens 30 minuten te wandelen of een gelijkwaardige vorm van lichaamsbeweging uit te oefenen.

De Nationale Gezondheidsenquête presenteert verschillende indicatoren voor lichaamsbeweging. Geen enkele voldoet echter volledig. Het is immers niet eenvoudig om zowel rekening te houden met lichaamsbeweging tijdens het uitvoeren van dagelijkse activiteiten (inkopen, het huishouden doen, kleine klusjes uitvoeren, kinderen of zorgbehoevende personen verzorgen), sport- of

vrijtijdsactiviteiten en lichaamsbeweging tijdens het werk. Hier werd geopteerd om een indicator die het risico verbonden aan een gebrek aan lichaamsbeweging in de vrije tijd evalueert. Risicopersonen zijn dan die mensen die niet minstens eenmaal per week aan lichaamsbeweging doen, zelfs in lichte vorm (wandelen, fietsen,...) [4]. Er dient dus voor ogen te worden gehouden dat sommige personen die hier worden opgenomen in de categorie van weinig lichaamsbeweging als vrijetijdsbesteding, mensen die hier als «sedentair» worden omschreven, wel veel aan lichaamsbeweging kunnen doen in het kader van hun professionele activiteit.

Uit de enquête blijkt dat 22,8 % van de mannelijke en 30,4 % van de vrouwelijke Brusselaars sedentair zijn. De verschillen tussen mannen en vrouwen zijn vooral duidelijk in de leeftijdscategorie tot 35 jaar en bij de 65-plussers.

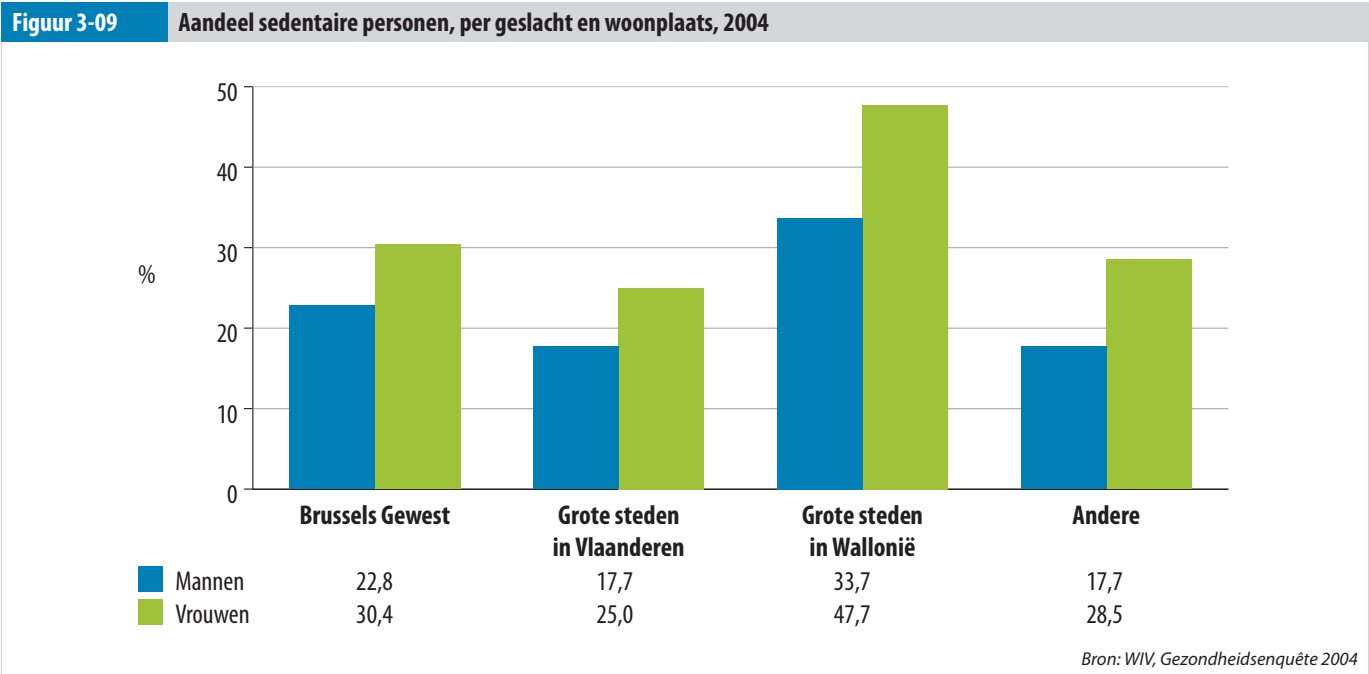


4 De vraag die tijdens de Gezondheidsenquête 2004 werd gesteld, luidde: “Hoe kan u het best uw vrijetijdsbesteding in het afgelopen jaar omschrijven?

1. Harde training en competitiesport meer dan eens per week;
2. Joggen en andere recreatiesporten of tuinieren, ten minste 4 uur per week;
3. Joggen en andere recreatiesporten of tuinieren, minder dan 4 uur per week;
4. Wandelen, fietsen of andere niet-inspannende activiteiten, ten minste 4 uur per week;
5. Wandelen, fietsen of andere niet-inspannende activiteiten, minder dan 4 uur per week;
6. Lezen, tv-kijken of andere zittende activiteiten».

De personen die in de tekst als «risicopersonen» worden omschreven behoren dus tot deze zesde categorie.

De verschillen tussen mannen en vrouwen komen in het hele land voor. Het percentage sedentaire personen in het Brussels Gewest ligt tussen dat van de grote Vlaamse steden en dat van de grote Waalse steden.



Volgens een enquête van het OIVO in februari 2009 bij leerlingen tussen 10 en 17 jaar, neemt het beoefenen van sport af met de leeftijd en verklaren jongeren uit het Brussels Gewest minder vaak aan sport te doen (60 %) dan jongeren in Vlaanderen (67 %) of in Wallonië (70 %) (OIVO, Jongeren en Gezondheid. Studie. Februari 2009).

Veel Brusselaars zijn sedentair.

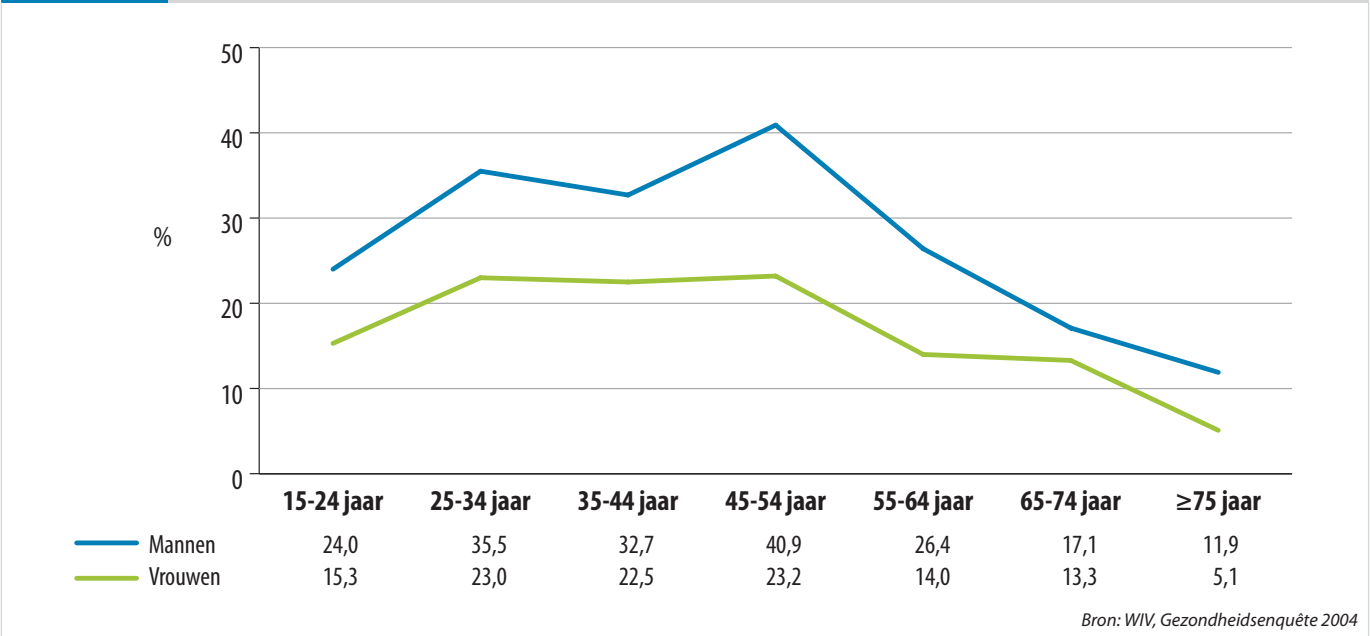
1.3 TABAKSGEBRUIK

In de periode 2003-2007 was roken verantwoordelijk voor 24,1 % van de sterfgevallen boven 35 jaar bij mannen en 9,3 % van de sterfgevallen bij vrouwen in het Brussels Gewest⁵. In vergelijking met de periode 1998-2002 is het aandeel sterfgevallen als gevolg van tabak gedaald bij mannen (van 27,7 % naar 24,1 %) en gestegen bij vrouwen (van 7,4 % naar 9,3 %).

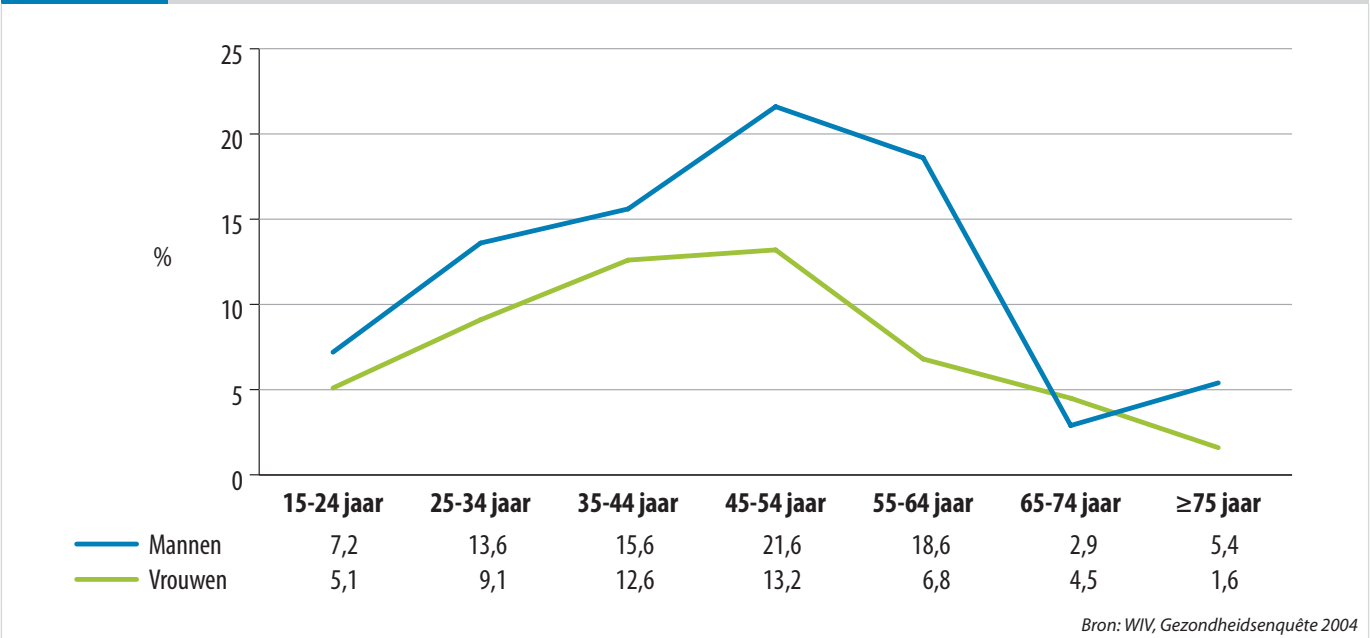
In 2004 verklaarde 23,8 % van de Brusselaars ouder dan 15 jaar (30,1 % van de mannen en 18,2 % van de vrouwen) dagelijks te roken.

In de leeftijdscategorie 25-54 jaar worden de hoogste aantallen dagelijkse rokers teruggevonden: ongeveer een derde van de mannen en een vijfde van de vrouwen.

Figuur 3-10 Aandeel dagelijkse rokers, naar leeftijd en geslacht, Brussel, 2004



Figuur 3-11 Aandeel zware rokers (> 20 sigaretten/dag), volgens leeftijd en geslacht, Brussel, 2004

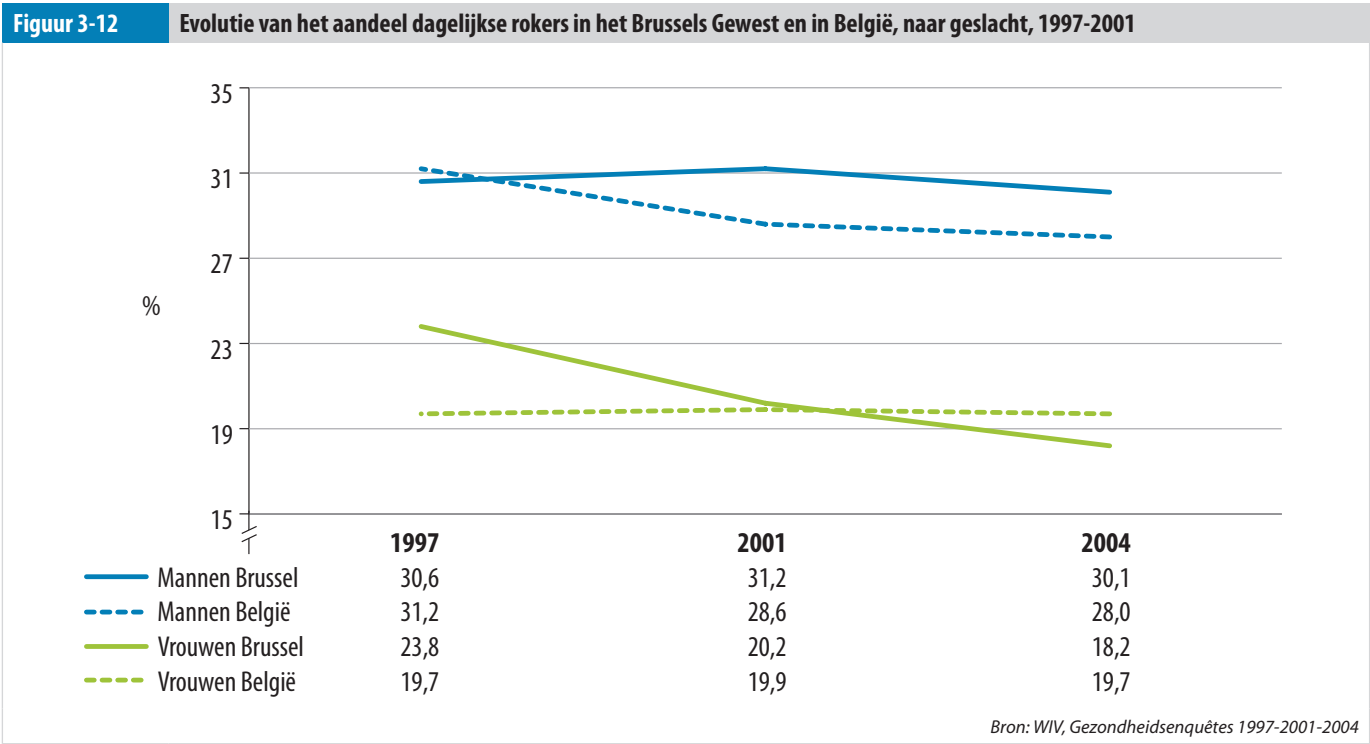


Het aandeel zware rokers, namelijk diegenen die dagelijks meer dan 20 sigaretten roken, stijgt met de leeftijd, tot rond de leeftijd van 50 jaar. Meer dan een op de vijf mannen tussen 45 en 54 jaar is een zware roker.

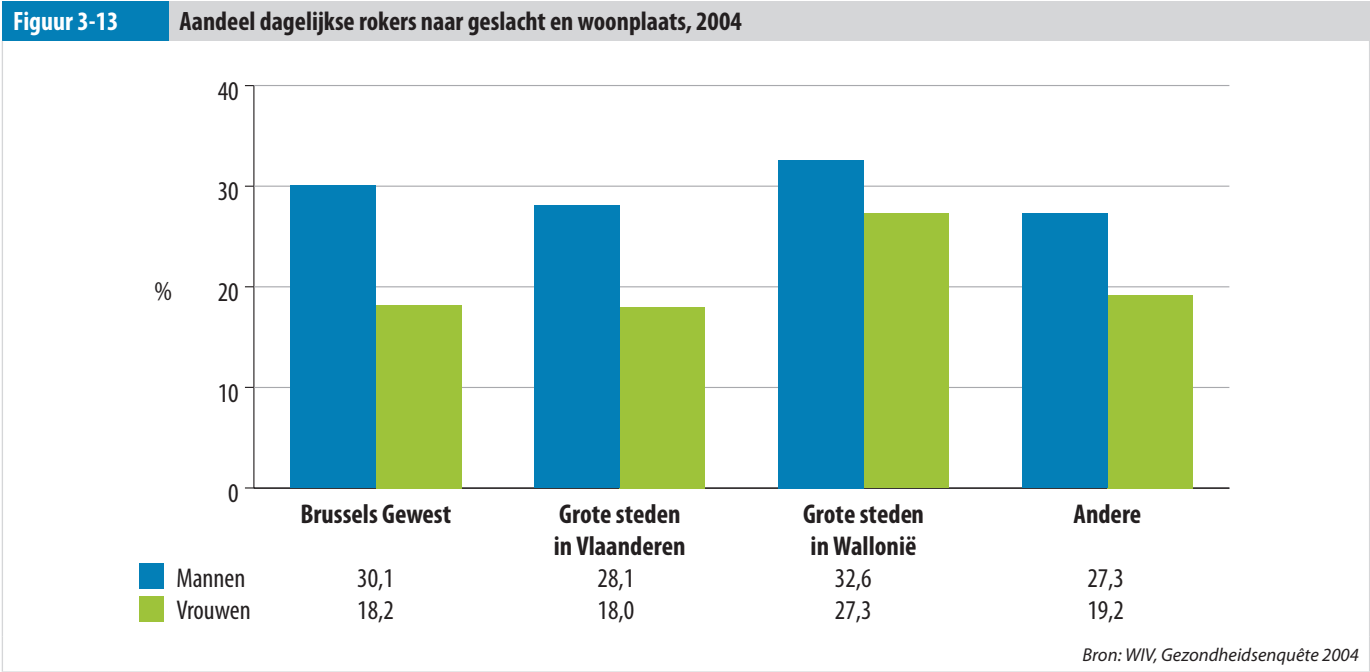
5 De gebruikte methode is die van Peto et al. (9), die ook wordt gebruikt door het Vlaams Agentschap Zorg & gezondheid (<http://www.zorg-en-gezondheid.be/sterftecijfers.aspx>). Voor 2007 wordt het aandeel sterfgevallen in Vlaanderen als gevolg van tabak geraamd op 27,6 % van de mannelijke en 6,4 % van de vrouwelijke sterfgevallen.

Tussen 1997 en 2004 blijft voor de mannen in het Brussels Gewest het aandeel dagelijkse rokers stabiel, terwijl het daalt voor het hele land. Omgekeerd wordt bij de vrouwen een significante daling vastgesteld van het aandeel dagelijkse rokers in het Brussels Gewest, terwijl dit aandeel voor het

hele land stabiel blijft. Dit is niet in strijd met het stijgende aantal longkankers bij de vrouwelijke Brusselaars (zie Deel II «Gezondheidstoestand», hoofdstuk 3.3.2), gezien de lange latentietijd tussen het moment waarop mensen beginnen te roken en de eventuele verschijning van longkanker.



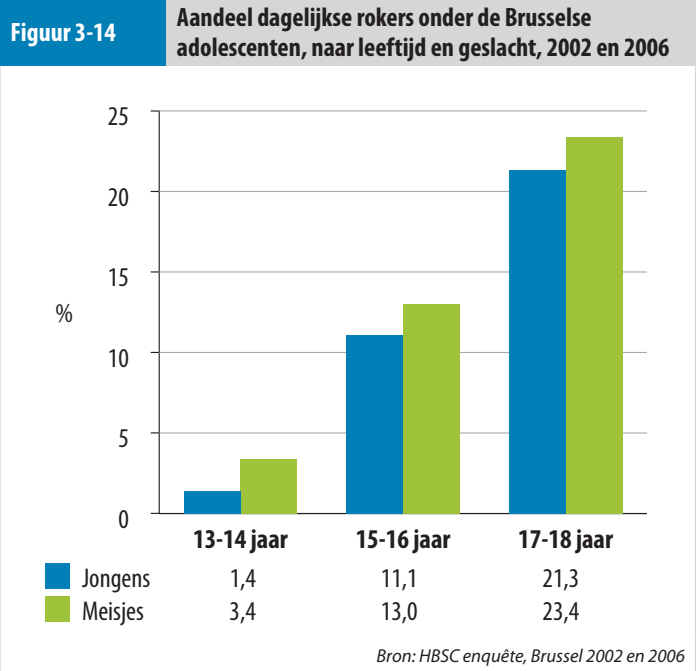
Na controle voor de leeftijd is er geen significant verschil tussen het aandeel mannen die dagelijks roken in het Brussels Gewest en in de andere grote steden. Het aandeel vrouwen die dagelijks roken, ligt dan weer aanzienlijk lager in Brussel dan in de grote Waalse steden.



Het tabaksgebruik blijft zwaar wegen op de gezondheid en de mortaliteit van de Brusselaars, hoewel het bij de mannen is teruggelopen. Momenteel blijft het aandeel Brusselse mannen die roken echter stabiel en daalt het niet zoals in het hele land; dit kan waarschijnlijk worden verklaard door de grote en stijgende sociale ongelijkheid inzake tabaksgebruik.

Voor vrouwen stijgt het aantal tabaksgerelateerde gezondheidsproblemen sterk; dit weerspiegelt het grote tabaksgebruik bij Brusselse vrouwen in de loop van de laatste decennia. Gelukkig daalt het aandeel Brusselse vrouwen die roken en ligt het momenteel lager dan in de rest van het land.

Volgens de HBSC-enquête stijgt het aandeel dagelijks rokende adolescenten geleidelijk met de leeftijd en is het hoger bij meisjes dan bij jongens (figuur 3-14). Er worden grote verschillen gevonden naargelang de onderwijsvorm: voor jongens is het tabaksgebruik het grootst bij leerlingen van het beroepsonderwijs (13,3 % in het algemeen secundair onderwijs en 21,4 % in het beroepsonderwijs), voor meisjes is dit het geval bij leerlingen uit het technisch onderwijs (29,4 % tegenover 13,1 % in het algemeen secundair onderwijs).



Bij adolescenten verdienen de verschillen in de rookgewoonten tussen de onderwijsvormen bijzondere aandacht, 29 % van de adolescente meisjes van het technisch onderwijs rookt dagelijks.

1.4 ALCOHOLGEBRUIK

Overmatig alcoholgebruik heeft ernstige gevolgen voor de gezondheid en draagt in grote mate bij tot het vroegtijdig overlijden door levercirrose en andere alcoholgerelateerde aandoeningen (zie Deel II, Gezondheidstoestand). Naargelang de definitie die men hanteert ^[6], werden in de periode 2003-2007 jaarlijks tussen 109 en 422 sterfgevallen als gevolg van alcohol geregistreerd. Deze cijfers houden geen rekening met de sterfgevallen die het gevolg zijn van een ongeval of moord onder invloed van alcohol.

Alcoholgebruik hangt ook nauw samen met geestelijke gezondheid: enerzijds kan het een poging tot antwoord zijn op angst, slaapstoornissen, depressie en onbehagen in het algemeen; anderzijds is alcoholverslaving een bron van psychisch lijden en mentale problemen; we spreken dan van een vicieuze cirkel. Alcoholgebruik speelt trouwens een niet te verwaarlozen rol in de zelfmoordproblematiek: alcoholgebruik maakt het makkelijker om tot de daad over te gaan en alcoholisme is een belangrijke risicofactor voor zelfmoord.

Behalve een invloed op de fysieke en mentale gezondheid heeft overmatig alcoholgebruik belangrijke gevolgen op professioneel, familiaal en sociaal vlak.

Naargelang het consumptieprofiel, occasioneel of regelmatig, en de hoeveelheid geconsumeerde alcohol, maakt men een onderscheid tussen verschillende risiconiveaus (10) (zie tabel 3-01):

- **punctueel risico:** het risico van overmatig alcoholgebruik blijft punctueel als de gemiddelde hoeveelheden per week een bepaalde drempel niet overschrijden, maar geregeld dronken zijn volstaat om in deze categorie te worden opgenomen. In deze categorie is de kans op verkeersongevallen, huiselijke ongevallen, echtelijke ruzie en geweld, onbeschermd geslachtsverkeer, alcoholcoma en overlijden reëel.
- **chronisch risico:** het risico wordt chronisch bij wie regelmatig grote hoeveelheden alcohol drinkt of bij wie regelmatig dronken is. Boven op de gevaren voor gebruikers met een punctueel risico, lopen zij het risico het slachtoffer te worden van problemen op het werk (ontslag,...) en ziekten als gevolg van alcoholmisbruik.

Voor de analyse van het alcoholgebruik bij mensen ouder dan 15 jaar werd het consumptieprofiel, dat werd opgesteld aan de hand van de Nationale Gezondheidsenquête, gerangschikt volgens deze typologie die zich baseert op de aanbevelingen van de WGO. Men moet echter voor ogen houden dat enquêtes bij de algemene bevolking geen adequaat instrument zijn om een diagnose van alcoholverslaving ^[7] te stellen, temeer omdat de personen die het meest drinken ook het meest de neiging hebben hun alcoholgebruik te onderschatten (11).

Tabel 3-01 Typologie van de verschillende profielen van alcoholgebruikers				
	Wekelijks volume		Consumptie van 6 of meer glazen per keer	Consumptieprofiel
Mannen	0 glazen	en	Nooit	Onthouding
Vrouwen	0 glazen			
Mannen	< 22 glazen	en	Nooit	Gebruikers zonder risico
Vrouwen	< 15 glazen			
Mannen	< 22 glazen	en	Minder dan eenmaal per week	Gebruikers met een punctueel risico
Vrouwen	< 15 glazen			
Mannen	> 21 glazen	of	Minstens eenmaal per week	Gebruikers met een chronisch risico
Vrouwen	> 14 glazen			

In Brussel ligt het aantal “risicogebruikers” significant hoger bij mannen dan bij vrouwen. Volgens de weerhouden drempels vertoont 35,9 % van de Brusselse mannen “risicoconsumptiegedrag”. 16,2 % loopt een chronisch risico en 19,7 % een punctueel risico. Deze aandelen zijn ongeveer half zo groot bij de vrouwelijke Brusselaars: 18,8 % vertoont risicoconsumptiegedrag, waarvan 8,3 % met chronisch en 10,5 % met punctueel risico.

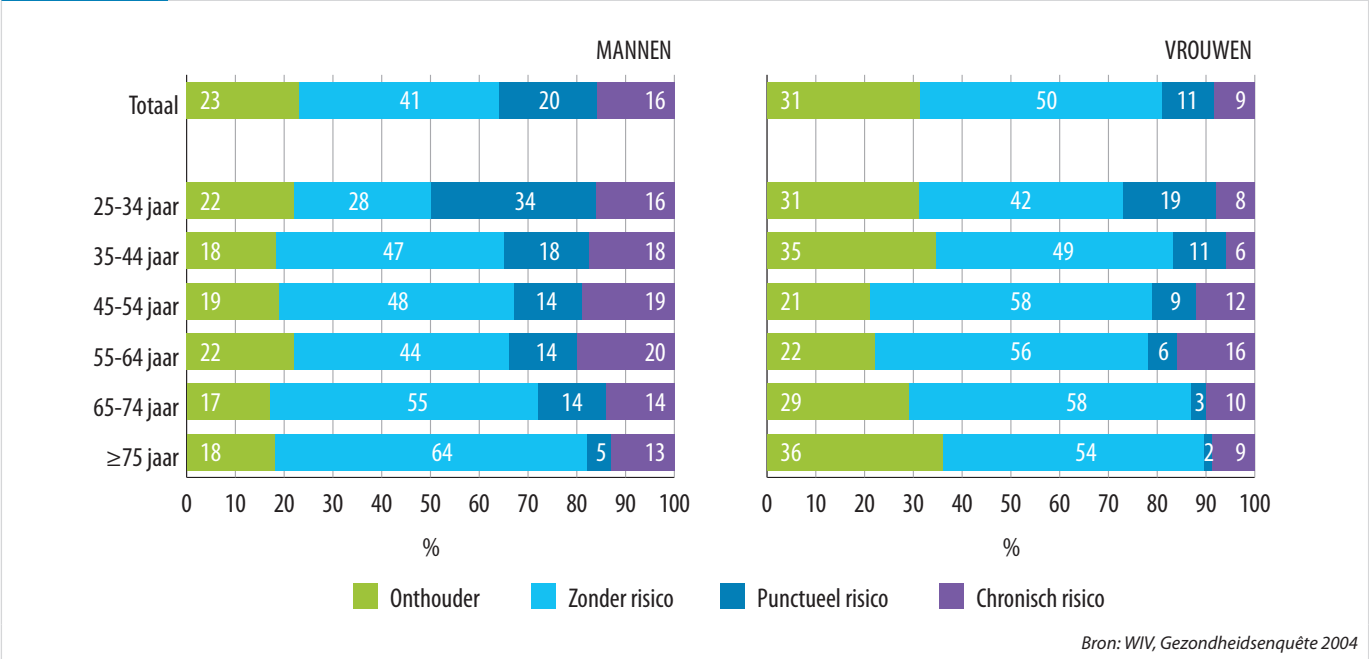
6 Zie Deel II “Gezondheidstoestand”, paragraaf 3.5.1.

7 Alcoholverslaafden zijn, net zoals zwaar zieke mensen, met name diegenen die in het ziekenhuis zijn opgenomen, minder goed vertegenwoordigd dan de andere groepen in de enquêtes bij gezinnen; enquêtes binnen de medische diensten zijn beter afgestemd op deze groep.

De consumptiewijzen variëren naargelang de leeftijd. Het punctuele risico is het hoogst in de leeftijdscategorie 25-34 jaar. Bij mannen stijgt het risico van overmatig chronisch alcoholgebruik tussen 25 en 64 jaar. Deze evoluties

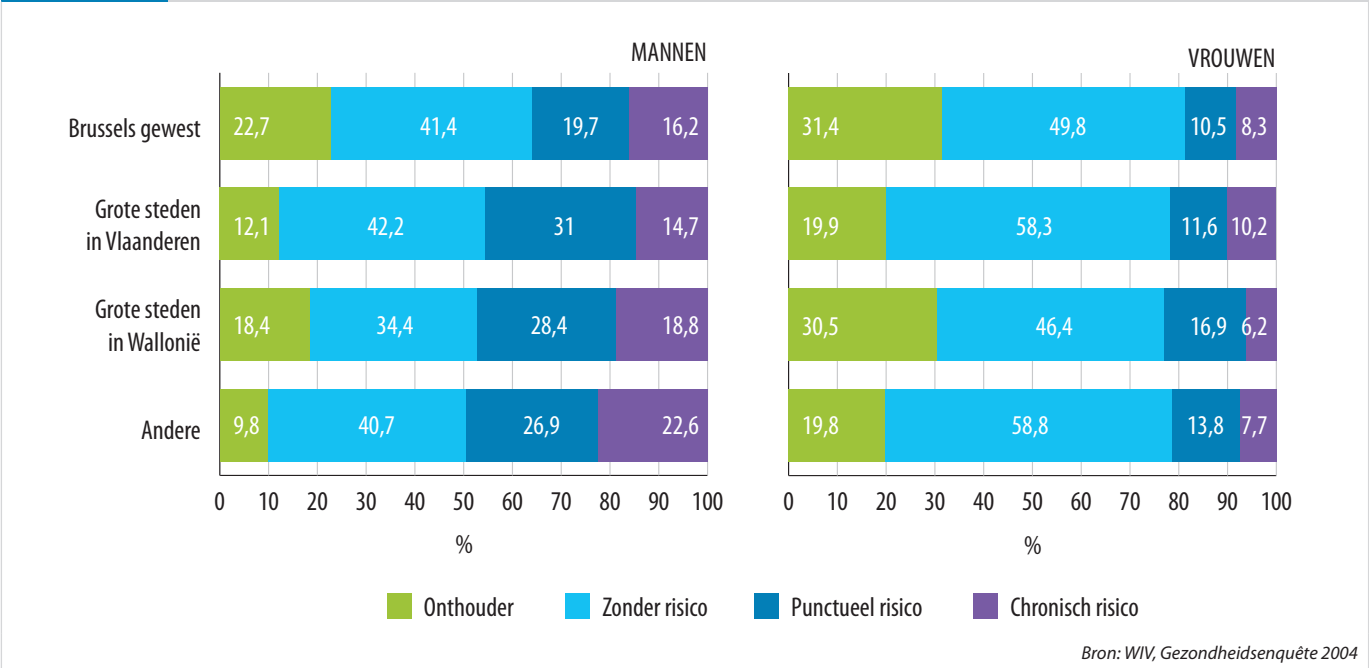
vertalen deels de overgang van een niet-consumptie naar een consumptie zonder risico en vervolgens naar de ontwikkeling van excessieve chronische risico's.

Figuur 3-15 Verdeling van de alcoholconsumptieprofielen naar leeftijd en geslacht, Brussel, 2004



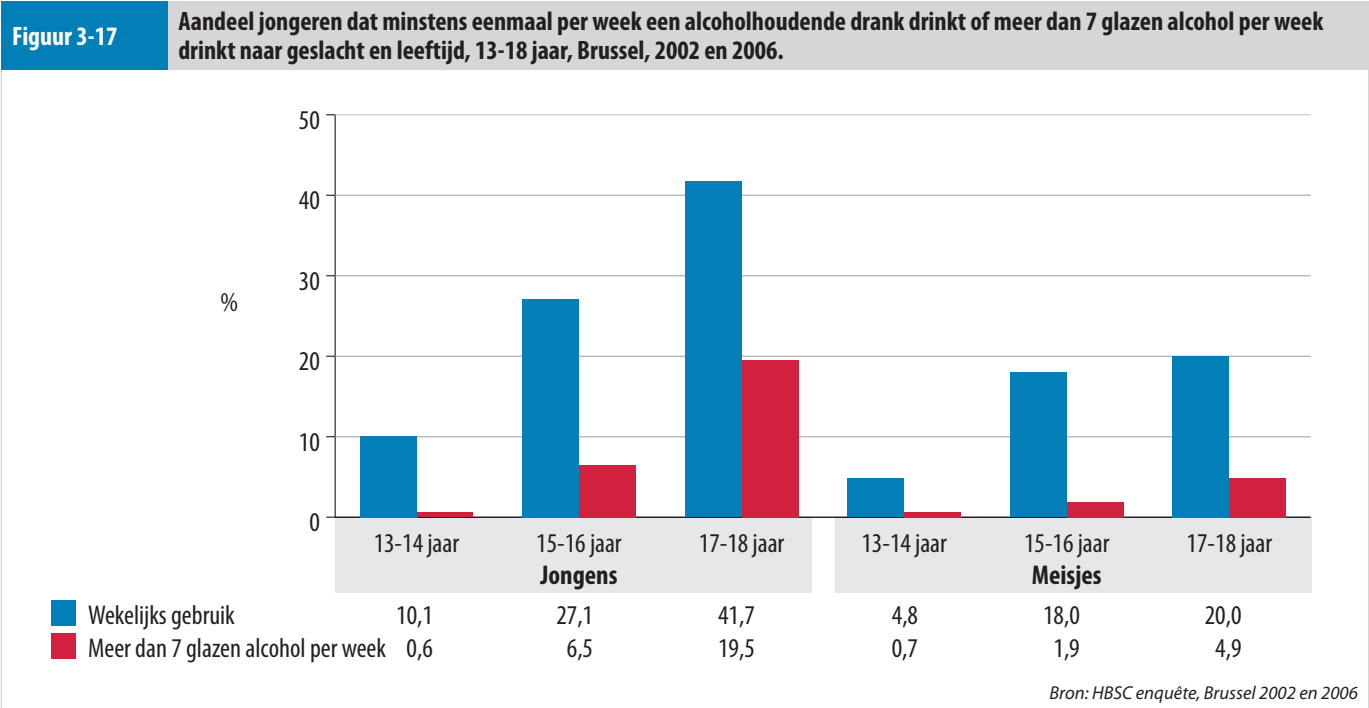
Het aandeel geheelonthouders is groter in Brussel dan in de andere grote steden. Dit is voornamelijk te verklaren door de grote aanwezigheid in Brussel van gemeenschappen die geen alcohol gebruiken omwille van culturele of religieuze redenen.

Figuur 3-16 Consumptieprofiel naar geslacht en woonplaats, 2004



Als alleen rekening wordt gehouden met niet-geheelonthouders (niet geïllustreerd), verschilt het aandeel drinkers met een chronisch risico in het Brussels Gewest niet significant van dat van de andere grote Belgische steden. Bij vrouwen is het aandeel gebruikers met een punctueel risico daarentegen groter in het Brussels Gewest dan in de grote Waalse steden en in de andere gebieden (niet-significante verschillen met de grote Vlaamse steden).

Bij adolescenten in Brusselse scholen verklaren 25,4 % van de jongens en 14,7 % van de meisjes minstens eenmaal per week alcohol te drinken. Een deel van hen drinkt aanzienlijke hoeveelheden alcohol: 8,2 % van de jongens en 2,5 % van de meisjes verklaren meer dan 7 glazen alcohol per week te drinken. Wekelijks alcohol gebruiken komt vaker voor bij jongens dan bij meisjes. De verschillen zijn nog duidelijker wanneer de consumptie van grote hoeveelheden wordt bekeken: het risico is hier minstens driemaal groter bij jongens dan bij meisjes. Het alcoholgebruik stijgt met de leeftijd (HBSC-enquête).



“Binge drinking” is de overmatige consumptie van grote hoeveelheden alcoholische dranken op korte tijd met de bedoeling snel dronken te worden. Volgens de HBSC-enquête hebben 31 % van de jongens en 12,5 % van de meisjes in de leeftijdscategorie 17-18 jaar afgelopen maand minstens drie keer vijf glazen of meer na elkaar gedronken. Deze aandelen zijn al beduidend bij de jonge adolescenten: 5 % van de adolescenten van 13-14 jaar, 13 % van de jongens en 9 % van de meisjes van 15-16 jaar.

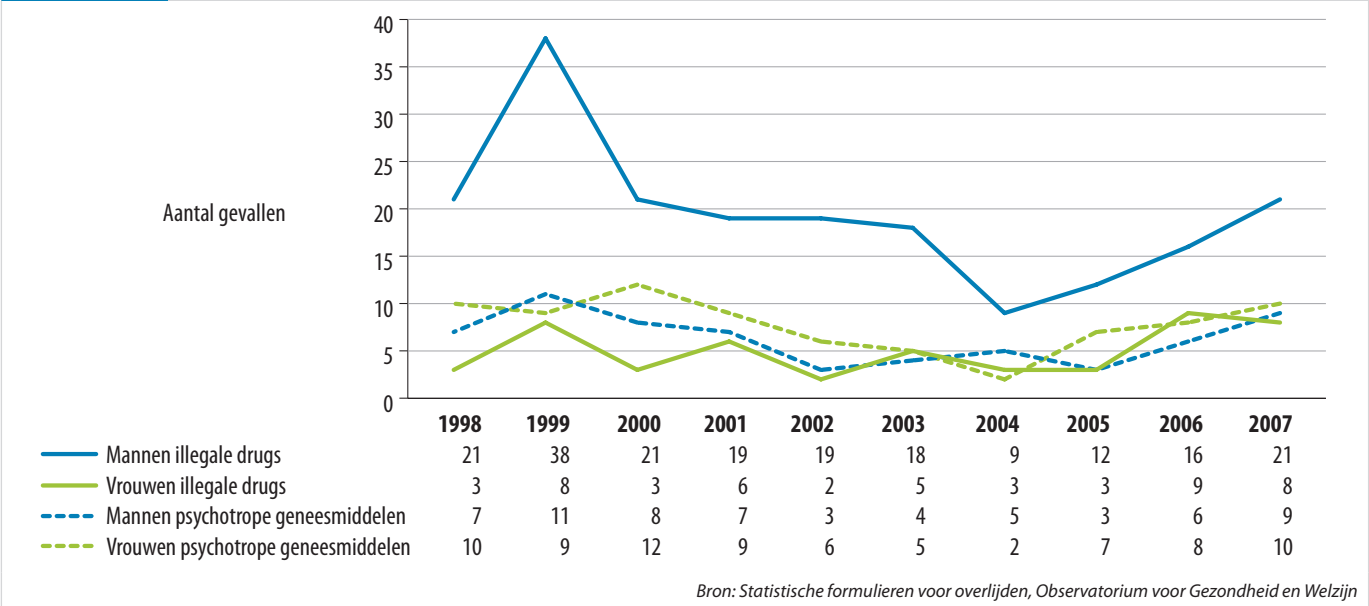
In Brussel heeft 1 man op 3 en 1 vrouw op 5 een overmatig alcoholgebruik. “Binge drinking” komt vaak voor bij jongeren.

1.5 DE CONSUMPTIE VAN ANDERE PSYCHOTROPE SUBSTANTIES

Los van tabak en alcohol grijpt een zeker aantal Brusselaars naar psychotrope geneesmiddelen of illegale drugs. Deze andere drugs hebben zeker een beperktere invloed op de mortaliteit dan tabak en alcohol, maar elk jaar worden

tussen 20 en 50 sterfgevallen, inclusief zelfmoorden, als gevolg van psychotrope geneesmiddelen en illegale drugs geregistreerd. Na een daling tot 2004 is het aantal sterfgevallen aan het stijgen.

Figuur 3-18 Evolutie van het aantal sterfgevallen te wijten aan illegale drugs en psychotrope geneesmiddelen, naar geslacht, Brussel, 1998-2007

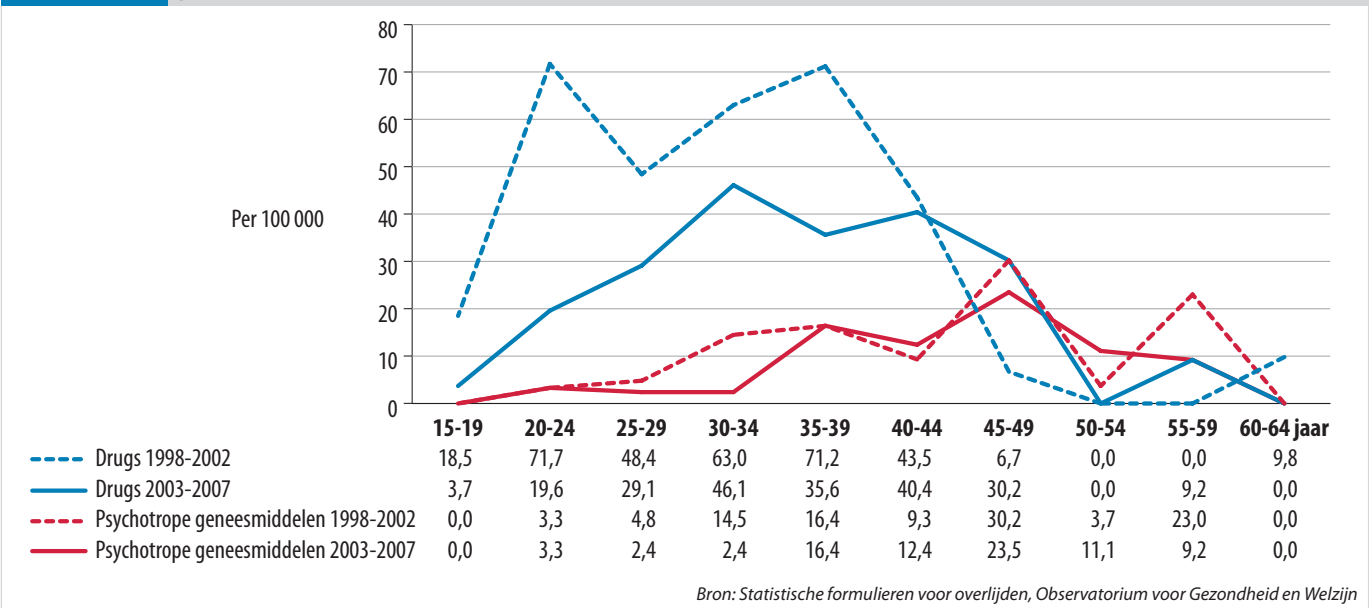


Tussen 1998-2002 en 2003-2007 wordt een belangrijke daling geconstateerd van de sterftcijfers die het gevolg zijn van illegale drugs voor mannen jonger dan 40 met een verschuiving van de mortaliteit naar de hogere leeftijdscategorieën (figuur 3-19). Voor de vrouwen (niet geïllustreerd) wordt hetzelfde fenomeen vastgesteld met een verschuiving van de mortaliteitspiek van 30-34 jaar naar 35-39 jaar. Deze vaststelling sluit aan bij die van de gespecialiseerde diensten die een veroudering van de opgevolgde bevolking waarnemen.

De mortaliteit als gevolg van het misbruik van psychotrope geneesmiddelen treft een bevolking die gemiddeld ouder is dan diegene die overlijdt als gevolg van het gebruik van illegale drugs.

De sterftcijfers van vrouwen zijn veel lager dan die van mannen voor wat betreft het overlijden als gevolg van illegale drugs, maar iets hoger dan die van mannen voor wat betreft de sterfgevallen als gevolg van psychotrope geneesmiddelen (niet geïllustreerd).

Figuur 3-19 Evolutie van het sterftcijfer als gevolg van illegale drugs en psychotrope geneesmiddelen naar leeftijd, mannen, Brussel, periodes 1998-2002 en 2003-2007



1.5.1 De consumptie van psychotrope geneesmiddelen

De consumptie van psychotrope geneesmiddelen in Brussel neemt toe. In 2004 verklaarden 11,9 % van de mannen en 16,7 % van de vrouwen psychotrope geneesmiddelen te nemen; deze aandelen bedroegen respectievelijk 9,4 % en 12,7 % in 1997 (Nationale Gezondheidsenquête en website Overleg Druggebruik Brussel^[8]).

1.5.2 Gebruik van illegale drugs

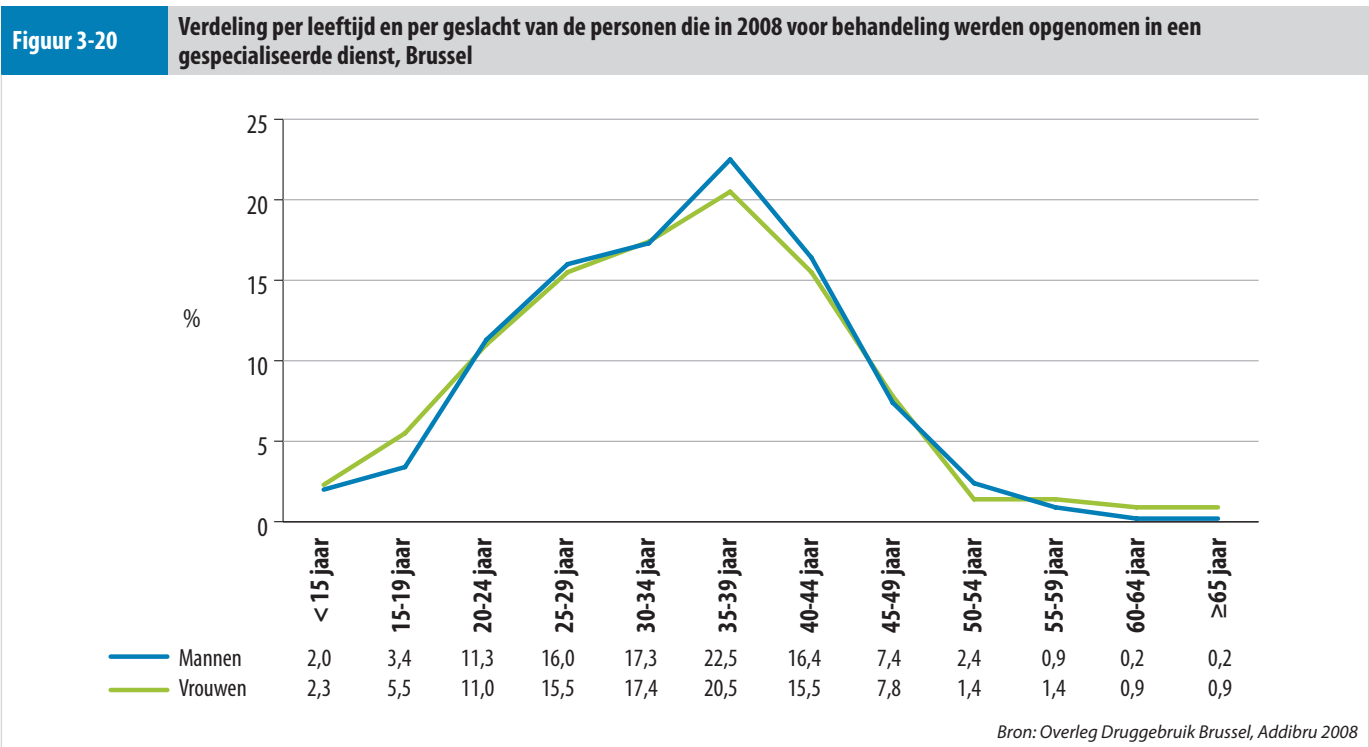
Het gebruik van illegale drugs kan op verschillende onrechtstreekse manieren worden benaderd:

- door een analyse van het gebruik van de gespecialiseerde diensten
- vertrekkende van de Gezondheidsenquête 2004 (voor cannabis)
- en voor de adolescenten, op basis van de HBSC-enquête.

In 2008 werden 1 338 personen opgenomen voor een behandeling in een van de gespecialiseerde diensten in het

Brussels Gewest, waarvan 84 % mannen (bron ODB, Addibru 2008)^[8]. Dit cijfer ligt dicht in de buurt van dat voor 2007.

De verdeling per leeftijd van personen die in 2008 voor behandeling werden opgenomen, is identiek voor mannen en vrouwen. De groep opgenomen patiënten bestaat voor bijna 40 % uit dertigers. De gemiddelde leeftijd van de personen die voor behandeling worden opgenomen stijgt geleidelijk (33,7 jaar in 2008 tegenover 32,8 jaar in 2004).



Opiaten (voornamelijk heroïne en methadon) blijven het hoofdproduct dat wordt gebruikt door 58,7 % van de personen die voor behandeling worden opgenomen. Cocaïne komt op de tweede plaats (19,6 %), gevolgd door

cannabis (12,4 %). Verdovende en kalmerende middelen vertegenwoordigen 6,1 % van de opnamen en stimulerende middelen (amfetaminen, MDMA en derivaten) 2,2 % (bron ODB, Addibru 2008)^[9].

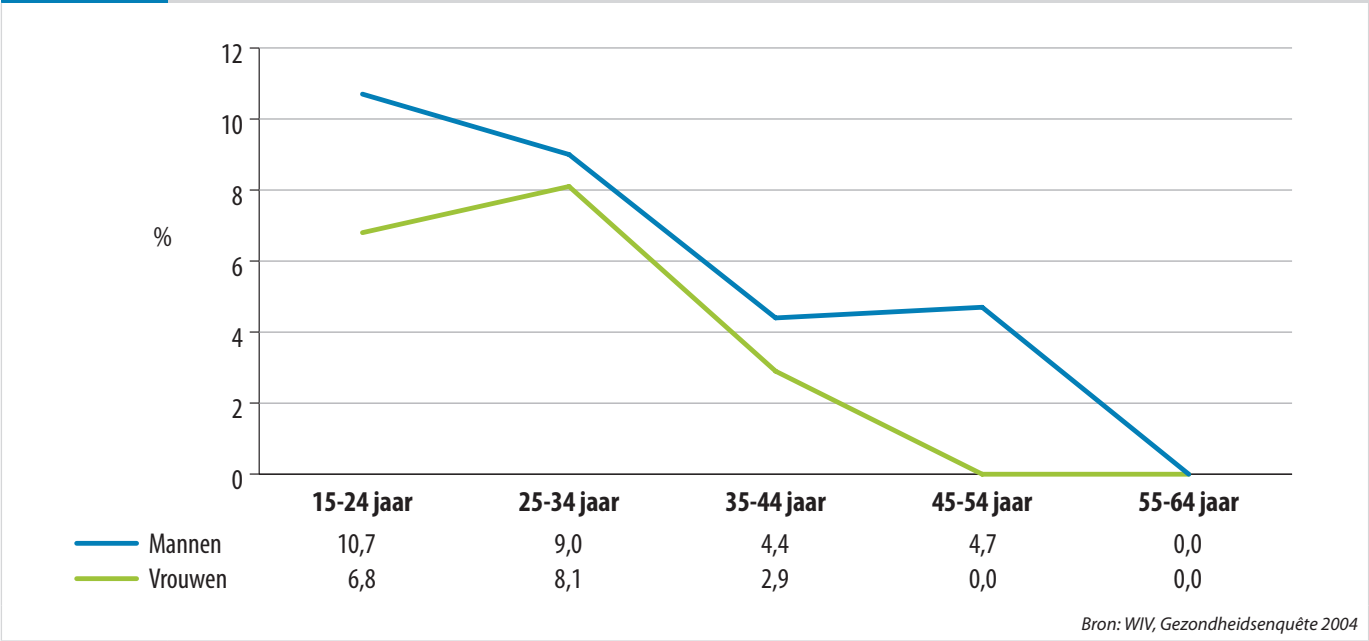
8 <http://www.ctb-odb.be/nl/epidemiologie/addibru/>

9 Meer informatie over het profiel van gebruikers, de evoluties, enz. vindt u op de website van het Overleg Druggebruik Brussel, <http://www.ctb-odb.be/nl/epidemiologie/addibru>

De Gezondheidsenquête 2004 peilt naar het **cannabisgebruik** van de Brusselaars: 21,9 % van de Brusselaars tussen 15 en 65 jaar (25,1 % van de mannen en 18,9 % van de vrouwen) verklaart ooit al eens cannabis te hebben gebruikt en 5,0 % deed dit in de afgelopen maand (6 % van de mannen en 4 % van de vrouwen). Deze

verschillen tussen mannen en vrouwen zijn statistisch significant.
Het aandeel Brusselaars die verklaren recent cannabis te hebben gebruikt, is stabiel gebleven tussen 2001 en 2004. Het recente cannabisgebruik heeft vooral betrekking op adolescenten en jongvolwassenen.

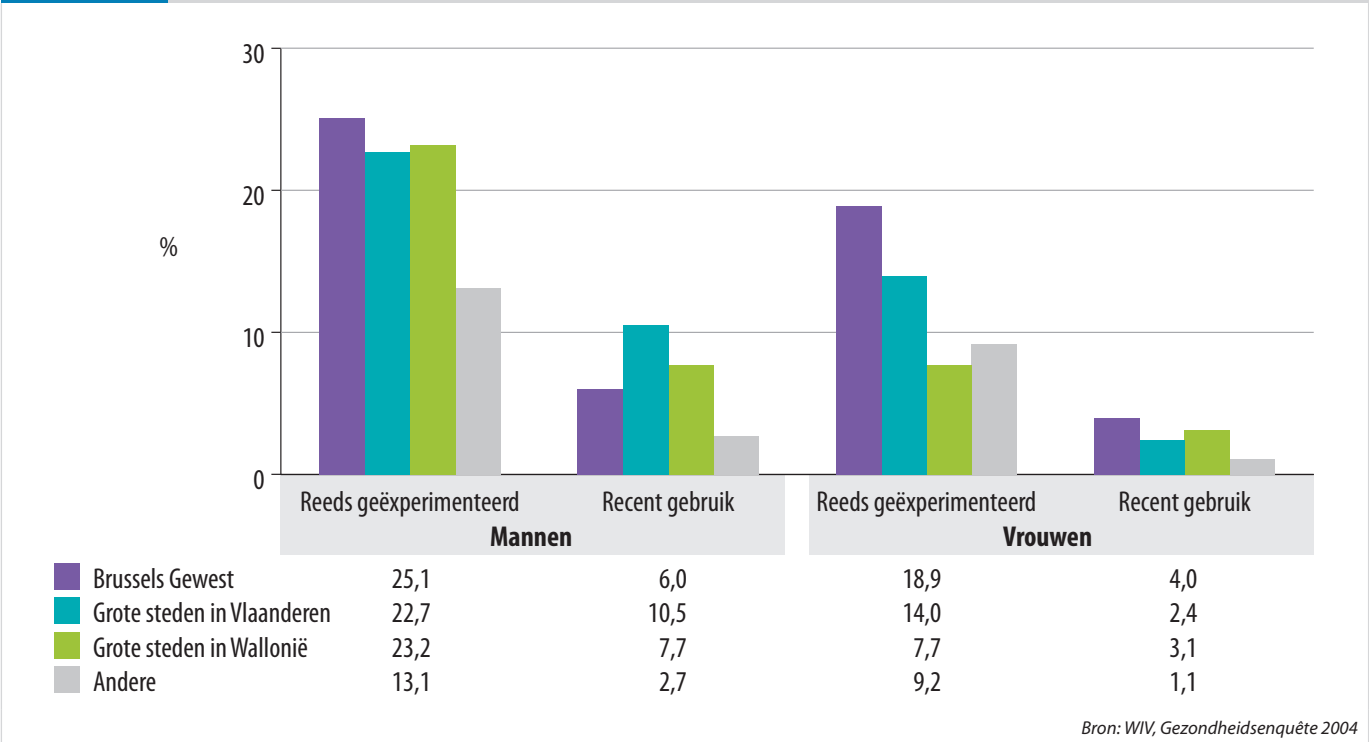
Figuur 3-21 **Aandeel Brusselaars die recent cannabis hebben gebruikt, naar leeftijd en geslacht, 2004**



Het recente cannabisgebruik en het experimenteren met cannabis zijn vaker voorkomend in Brussel dan in de Belgische gemeenten buiten de grote steden. Brusselse vrouwen hebben vaker geëxperimenteerd met cannabis

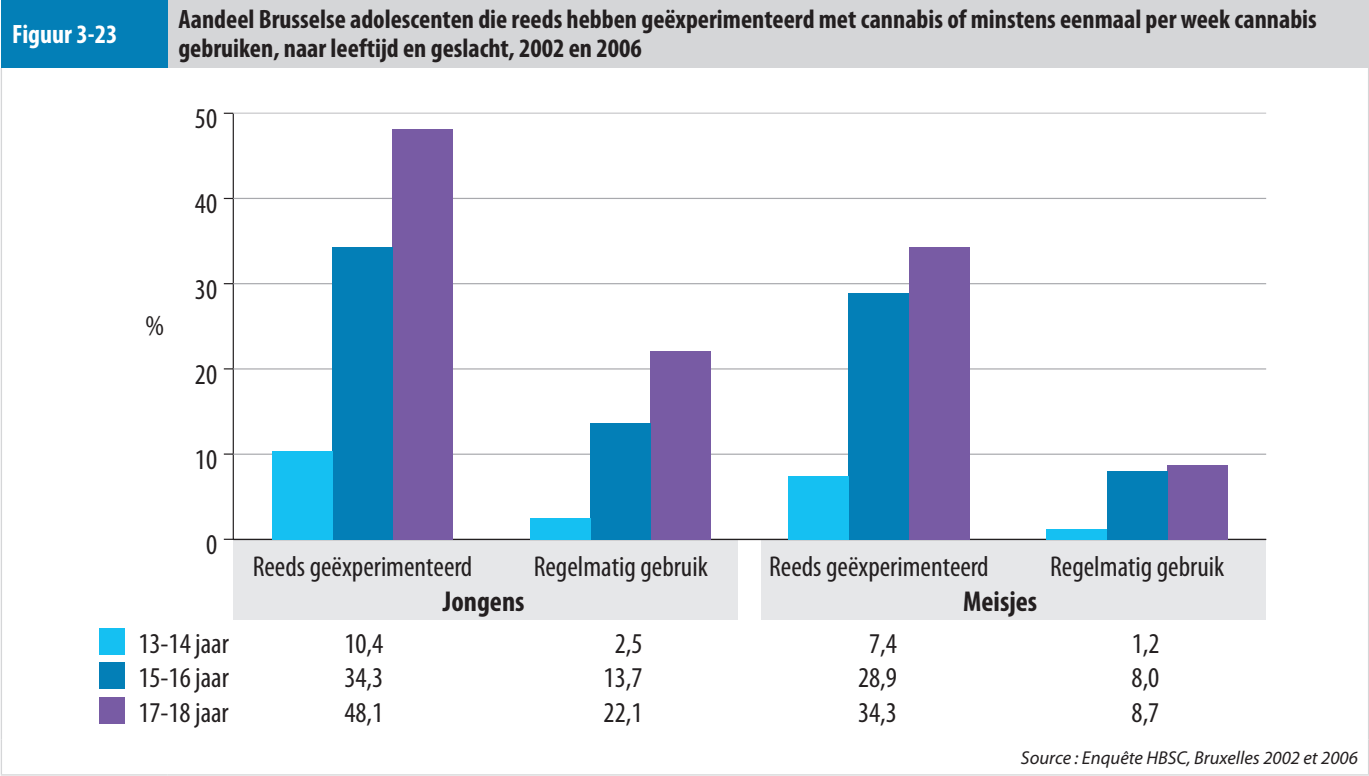
dan vrouwen in de grote Waalse steden. Brusselse mannen hebben minder vaak recent cannabis gebruikt dan de inwoners van de grote Vlaamse steden.

Figuur 3-22 **Aandeel Brusselaars die reeds hebben geëxperimenteerd met cannabis of recent cannabis hebben gebruikt naar woonplaats en geslacht, 2004**



De HBSC-enquête die in de scholen werd gehouden, geeft enkele schattingen van het gebruik van illegale drugs bij adolescenten: 30,1 % van de Brusselse jongens en 24,2 % van de Brusselse meisjes verklaren reeds cannabis te hebben gebruikt; en 12,3 % van de Brusselse jongens en 6,2 % van de Brusselse meisjes gebruiken regelmatig cannabis (minstens eenmaal per week).

De grootste stijging voltrekt zich tussen 14 en 16 jaar. Het experimenteren en regelmatig gebruiken van cannabis komt significant vaker voor bij jongeren uit het algemeen secundair onderwijs dan bij jongeren uit het technisch of beroepsonderwijs (niet geïllustreerd).



Ecstasy is een synthetische drug afgeleid van amfetamines. Ecstasy is in essentie een psychostimulantium en zorgt voor een ontremmend effect. Het gebruik van ecstasy is het laatste decennium sterk gestegen. Ecstasy wordt vaak gebruikt op technofuiven of tijdens discotheekbezoeken (12). In Brussel verklaren 3,6 % van de jongens en 3,4 % van de meisjes reeds ecstasy te hebben gebruikt.

2. Sociale gezondheidsongelijkheden

Ondanks een algemene verbetering van de gezondheidstoestand van de bevolking blijven sociale ongelijkheden op het vlak van mortaliteit en gezondheid niet alleen bestaan, maar worden ze zelfs groter in de ontwikkelde landen. Het gaat niet alleen om een verschil tussen de meest achtergestelde en de meest begunstigde bevolkingsgroepen, maar om een continue gradiënt doorheen alle lagen van de bevolking. Alle levensfasen worden hierdoor getroffen.

Deze ongelijkheden hebben verschillende oorzaken op vele vlakken, die soms ver verwijderd lijken van het domein van de gezondheid: het gaat hier bijvoorbeeld over onderwijs, toegang tot tewerkstelling, arbeidsvoorwaarden, pensioenleeftijd, huisvestingsbeleid, herverdeling van de rijkdom (fiscaliteit, sociale bijstand,...), toegang tot verzorging en de kost van de verzorging,...

Al deze factoren hebben een cumulatieve invloed op de gezondheid en de mortaliteit: het zijn bijvoorbeeld dezelfde mensen die hinder ondervinden van moeilijk of gevaarlijk werk, van een giftige of stresserende omgeving, van preciaire woonomstandigheden (transversale accumulatie), en die eveneens sinds (of zelfs vóór) hun geboorte en hun leven lang worden geconfronteerd met een opeenstapeling van negatieve factoren (accumulatie over een lange periode).

Deze negatieve factoren zijn ook onderling nauw met elkaar verbonden, waardoor aaneenschakelingen van omstandigheden of gebeurtenissen ontstaan die de gezondheidsproblemen langzamerhand verergeren (bv.: jobverlies kan leiden tot een depressie, waardoor niet alleen de kansen op nieuw werk dalen, maar men ook ongezonde levensgewoonten gaat aannemen, waardoor de gezondheidstoestand verslechtert, enz.) (13).

Omdat in de Brusselse bevolking alle maatschappelijke lagen zijn terug te vinden, van de allerarmsten tot de allerrijksten, zijn de sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid in het gewest zeer uitgesproken, zoals verder in dit hoofdstuk zal worden aangetoond.

De sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid vertalen zich met name in ongelijkheden inzake het risico van overlijden als gevolg van verschillende omstandigheden of aandoeningen. De gegevens van de overlijdensstatistiek leveren dus een schat aan informatie op over de sociale ongelijkheid op het vlak van gezondheid. In dit hoofdstuk zullen eerst deze gegevens worden geanalyseerd.

Maar de ongelijkheid op het vlak van mortaliteit is slechts het topje van de ijsberg die in veel ruimere zin alle ongelijkheden op het vlak van gezondheid omvat. Deze zullen worden besproken in het tweede deel van het hoofdstuk, waarvoor de Nationale Gezondheidsenquête als belangrijkste informatiebron zal worden gebruikt.

Methodologie: analyse van de ongelijkheden op het vlak van mortaliteit

Voor de mortaliteit vóór de leeftijd van één jaar hebben we de gegevens van de overlijdens- en geboortestatistiek gebruikt, die gegevens bevatten over de socioprofessionele status van de ouders. Verschillende sociaaleconomische variabelen werden gecombineerd ^[10] om te komen tot een indicator gebaseerd op het aantal inkomens uit arbeid in het gezin: 0, 1 of 2 inkomens. Bij alleenstaande moeders wordt enkel rekening gehouden met hun beroepsactiviteit. In categorie 0 inkomens komen dus de nieuwgeborenen terecht van wie geen van beide ouders een beroepsactiviteit heeft of van wie de moeder alleenstaand is en geen inkomen heeft.

Wat betreft de sociale ongelijkheden op het vlak van mortaliteit na de leeftijd van één jaar, beschikken we niet over betrouwbare gegevens om deze op individueel niveau te meten ^[11]. Daarom hebben we het gemiddelde socio-economische niveau (SEN) van de verblijfsgemeente als indicator van de socio-economische status van de personen gebruikt. De gemeenten werden ondergebracht in drie categorieën op basis van een *clusteranalyse** (zie kaart 1-01 aan het einde van deel I). De resultaten voor diegenen jonger dan 65 en de 65-plussers worden afzonderlijk voorgesteld omdat de belangrijkste doodsoorzaken van deze beide groepen verschillen.

(Zie ook Deel VI «Bronnen en methodologische toelichting»)

10 Voor meer details over de methodologie verwijzen we naar het dossier "Perinatale gezondheidsindicatoren in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest 1998-2004".

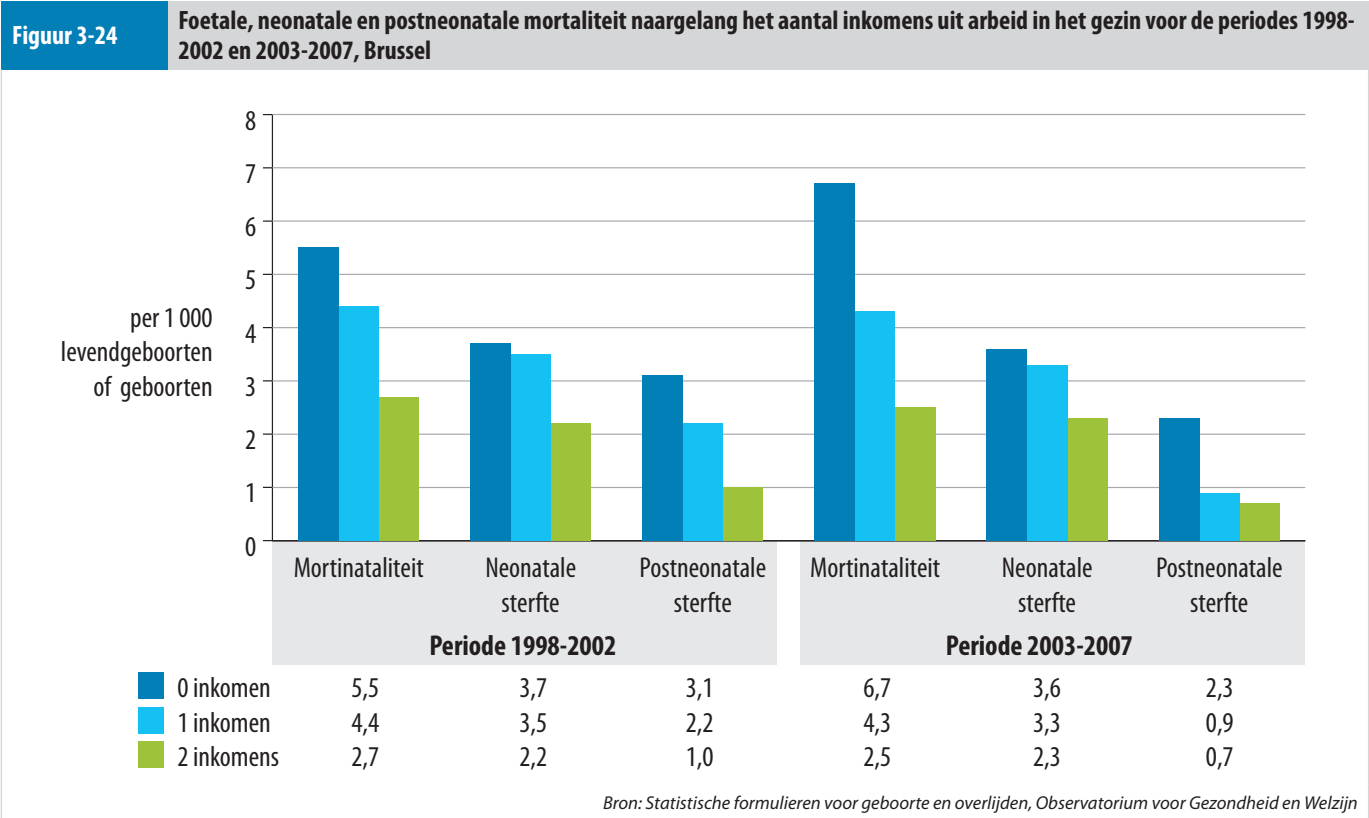
11 In de overlijdensstatistiek bestaan er wel variabelen over de socio-economische situatie van de overleden personen, maar behalve het probleem van de ontbrekende gegevens, bestaat er geen externe noemer waarmee de mortaliteitscijfers per sociale categorie zouden kunnen worden berekend.

2.1 DE ONGELIJKHEDEN OP HET VLAK VAN MORTALITEIT

2.1.1 Ongelijkheden van bij de geboorte

Het risico om te overlijden van Brusselse nieuwgeborenen tijdens de perinatale periode of vóór de leeftijd van één jaar verschilt aanzienlijk naargelang de sociale status van de ouders. De gedetailleerde analyses in het dossier dat het observatorium in 2007 publiceerde (14) tonen aan dat deze ongelijkheden geen verband houden met een specifiek gezondheidsprobleem, maar betrekking hebben op alle oorzaken van foeto-infantiel overlijden (congenitale afwijkingen, complicaties bij de vroeggeboorte, wiegendood, enz.).

Voor de periode 2003-2007 lag het risico van overlijden vóór de leeftijd van één jaar 2,3 maal hoger voor een kind geboren in een huishouden zonder inkomen uit arbeid dan in een gezin met twee inkomens. De verschillen zijn groter voor de postneonatale periode^[12] (Relatief Risico = 3,2) dan voor doodgeboorte (RR = 2,7) of de neonatale periode (RR = 1,6).



Het verschil in foeto-infantiële mortaliteit tussen de armste en de meest welstellende sociale klassen is tussen de periodes 1998-2002 en 2003-2007 groter geworden (het relatieve risico is gestegen van 2,1 naar 2,3). Deze stijging is voornamelijk het gevolg van de toename van de doodgeboorten bij kinderen uit de armste gezinnen. Het verschil in foeto-infantiële mortaliteit tussen kinderen van gezinnen met één inkomen en twee inkomens is echter kleiner geworden (het relatieve risico is gedaald van 1,8 naar 1,6), dankzij de aanzienlijke daling van de postneonatale mortaliteit.

Het risico om te overlijden in het eerste levensjaar ligt meer dan 2 keer zo hoog voor een kind geboren in een huishouden zonder inkomen uit werk dan in een huishouden met 2 inkomens.

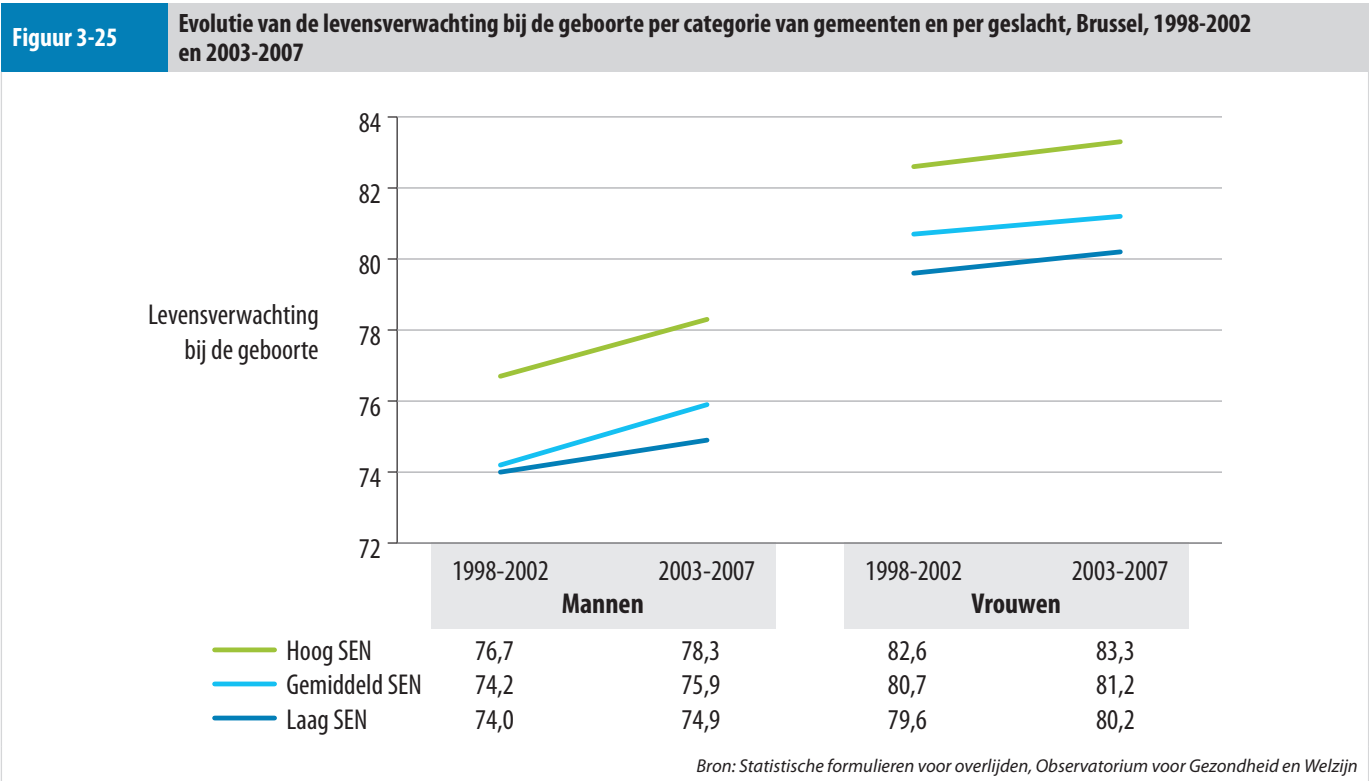
¹² De foeto-infantiële mortaliteit wordt verdeeld in drie delen: foetale mortaliteit of doodgeboorte (overleden vóór of tijdens de bevalling vanaf 22 weken of minstens 500 g), neonatale mortaliteit (overlijden tussen 0 en 27 dagen na de bevalling) en postneonatale mortaliteit (overlijden tussen 28 en 364 dagen).

2.1.2 Levensverwachting en algemene mortaliteit

Levensverwachting bij de geboorte

De levensverwachting bij de geboorte verschilt naargelang het socio-economisch niveau. Bij vergelijking van de levensverwachting volgens socio-economische niveau van de verblijfsgemeente, wordt een verschil in levensverwachting waargenomen tussen de armste en de rijkste Brusselse gemeenten van 3,4 jaar voor mannen en 3,1 jaar voor vrouwen.

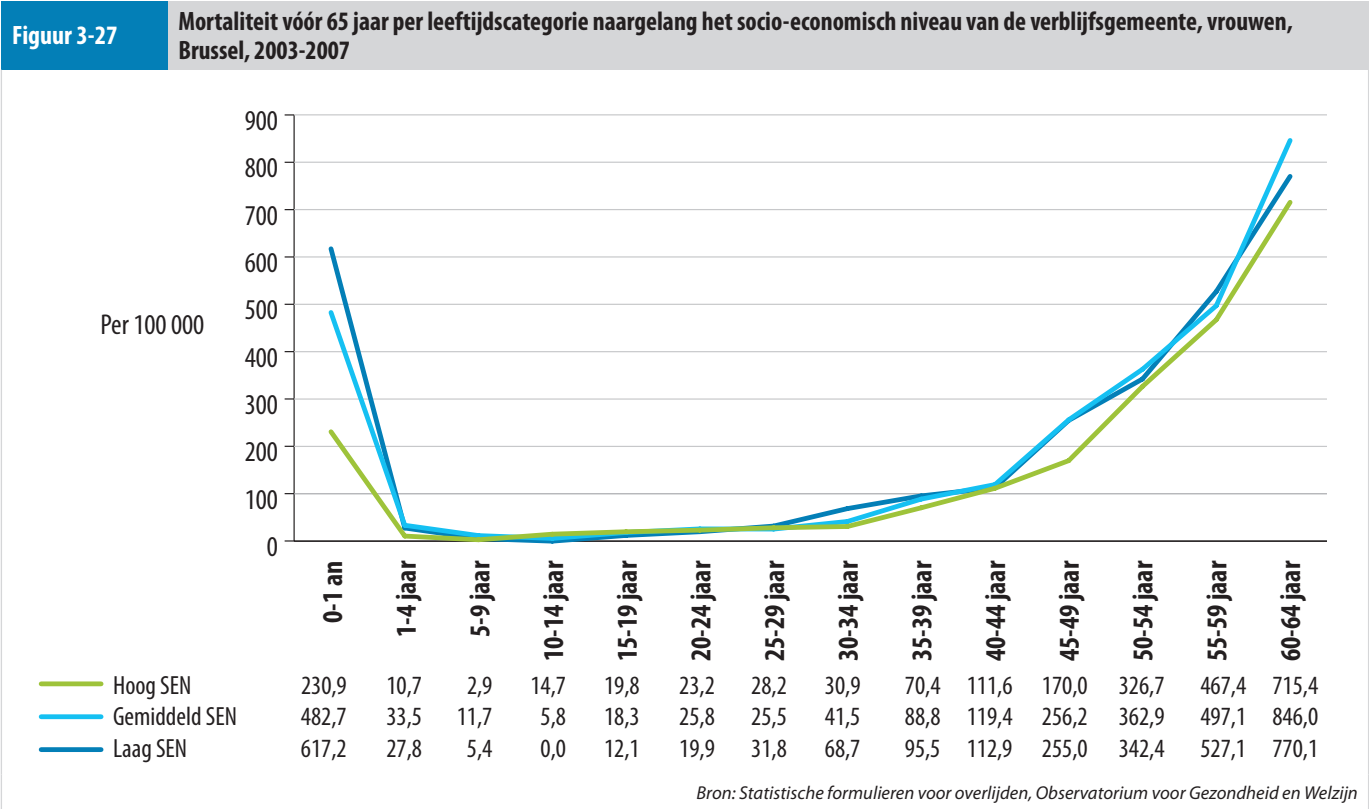
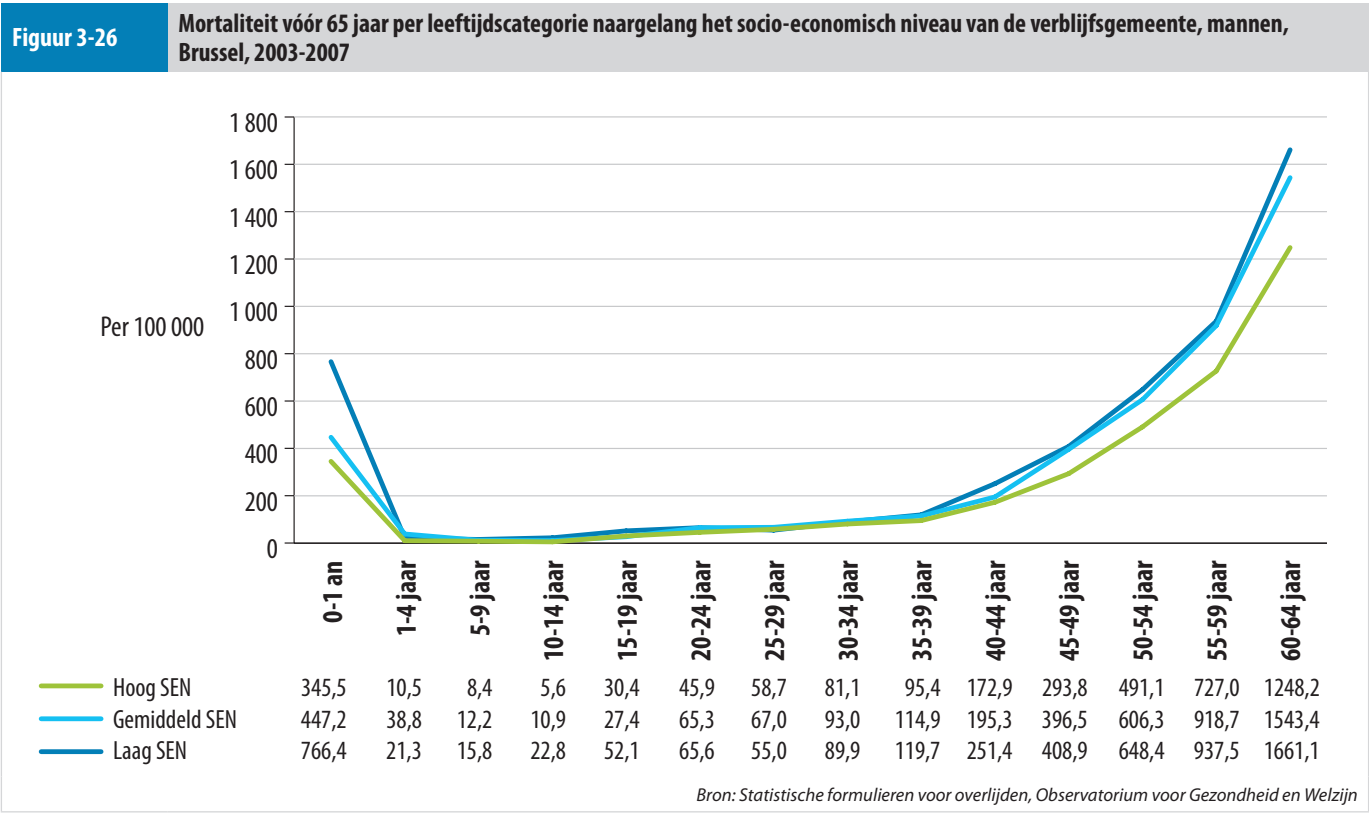
De levensverwachting stijgt in de gemeenten van alle categorieën, maar bij de mannen is er een sterkere stijging voor de rijke en intermediaire gemeenten (respectievelijk +1,6 en +1,7 jaar) dan voor de armste gemeenten (+0,9 jaar). Het verschil in levensverwachting bij de geboorte tussen de armste en de rijkste gemeenten tussen 1998-2002 (2,7 jaar) en 2003-2007 (3,4 jaar) neemt dus nog toe. Bij de vrouwen is de stijging van de levensverwachting redelijk homogeen in alle categorieën van gemeenten en blijven de verschillen stabiel (3,0 jaar in 1998-2002 en 3,1 jaar in 2003-2007).



Vroegtijdige mortaliteit

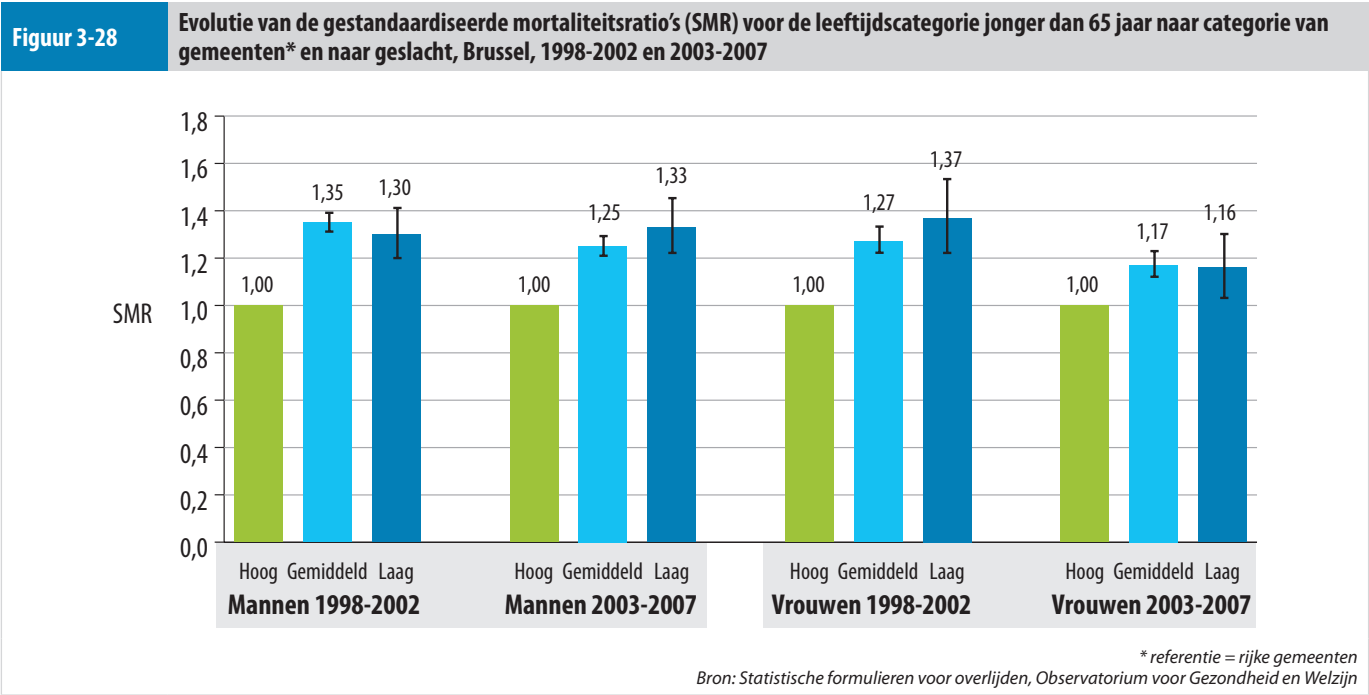
De vroegtijdige mortaliteit (vóór de leeftijd van 65 jaar) ligt significant lager bij de inwoners van de rijkste gemeenten dan bij de inwoners van de andere categorieën van gemeenten. De verschillen zijn groter bij mannen dan bij

vrouwen en manifesteren zich vooral vóór de leeftijd van één jaar (zie hoger) en vanaf 40 jaar (opgelet, de grafieken hebben een verschillende schaal).



In vergelijking met de inwoners van de rijkste gemeenten, en gestandaardiseerd voor leeftijd, wordt een oversterfte genoteerd van 25 % bij mannen woonachtig in een intermediaire gemeente en 33 % bij mannen woonachtig in de arme gemeenten. Dit wordt afgebeeld in onderstaande grafiek ^[13]. Voor vrouwen bedraagt de oversterfte respectievelijk 17 % en 16 %.

Tussen 1998-2002 en 2003-2007 zien we een afname van het verschil tussen de rijke en de intermediaire gemeenten. Het verschil tussen rijke en arme gemeenten stijgt lichtjes voor mannen maar daalt voor vrouwen.



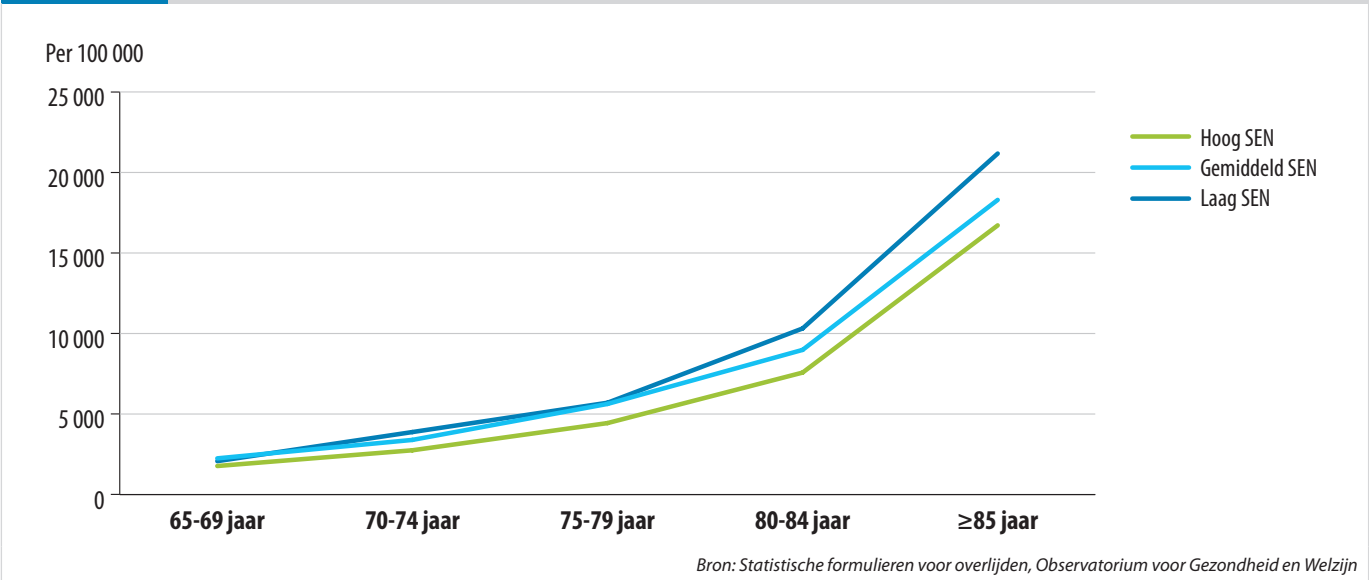
13 Vergelijking door indirecte standaardisatie (zie toelichting in Deel VI “Bronnen en methodologische toelichting”).

Mortaliteit na 65 jaar

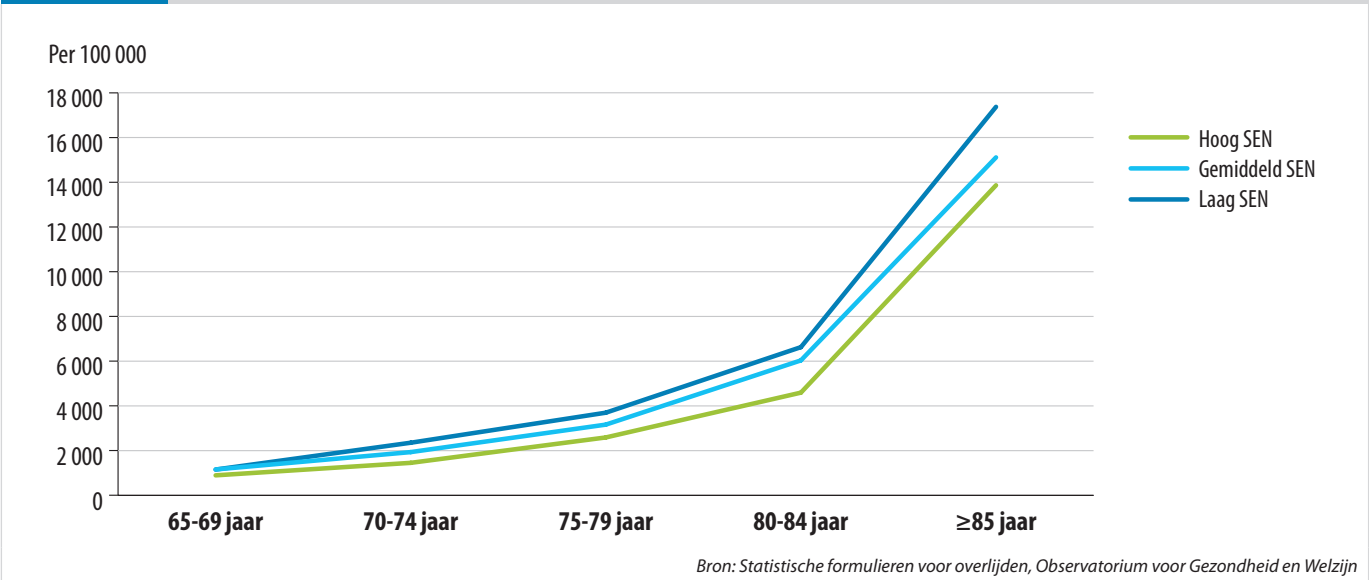
De mortaliteit van de 65-plussers ligt eveneens significant lager in de rijke gemeenten dan in de andere categorieën van gemeenten. De verschillen tussen de intermediaire gemeenten en de armste gemeenten zijn meer uitgesproken dan voor de vroegtijdige mortaliteit. Dit kan deels worden verklaard door het feit dat het aandeel migranten in de

arme gemeenten lager ligt onder de 65-plussers dan onder de jongere bevolking, waardoor de negatieve impact van de sociale status op de mortaliteit minder gecompenseerd wordt door de lagere mortaliteitscijfers van bevolkingsgroepen uit mediterrane landen (zie Hoofdstuk 3 «Multicultureel Brussel»).

Figuur 3-29 Mortaliteit na 65 jaar naar leeftijd en naar socio-economisch niveau van de verblijfsgemeente, mannen, Brussel, 2003-2007

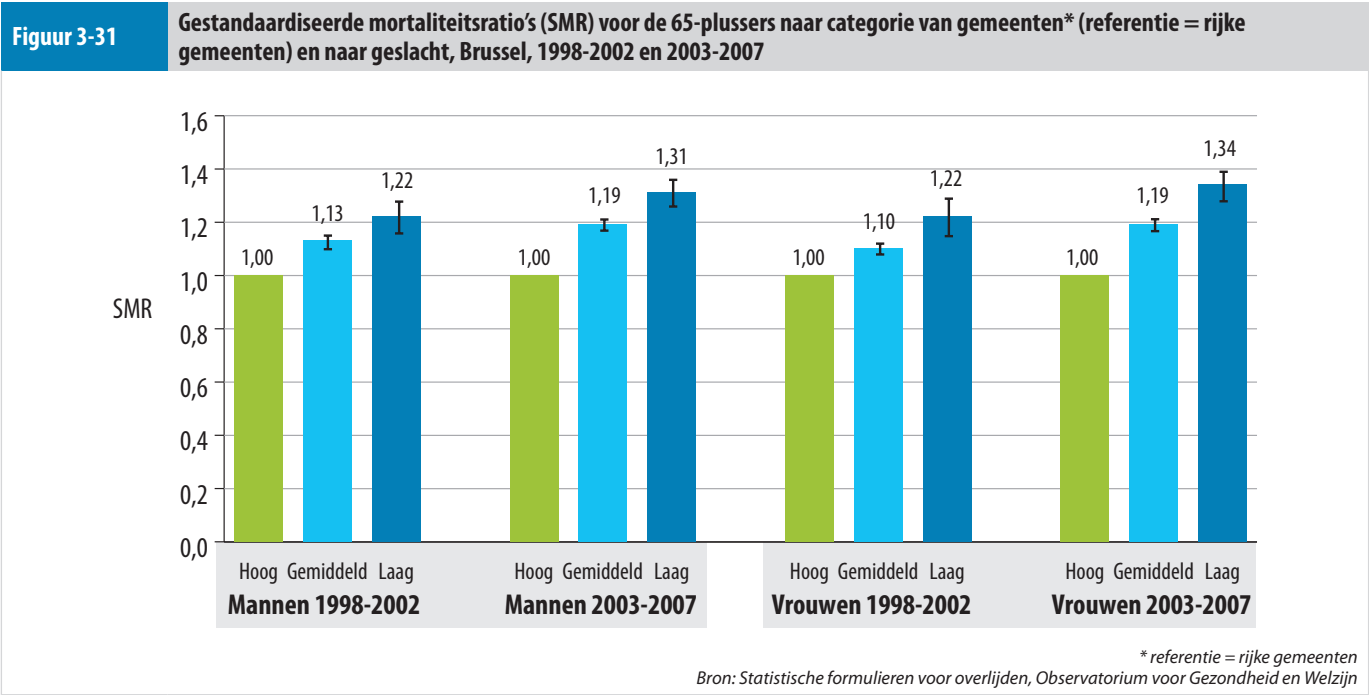


Figuur 3-30 Mortaliteit na 65 jaar naar leeftijd en naar socio-economisch niveau van de verblijfsgemeente, vrouwen, Brussel, 2003-2007



In vergelijking met de inwoners van de rijke gemeenten en gestandaardiseerd voor leeftijd wordt een oversterfte vastgesteld van 19 % bij mannen woonachtig in de intermediaire gemeenten en 31 % bij mannen woonachtig in de arme gemeenten. Voor vrouwen bedraagt de oversterfte respectievelijk 19 % en 34 %.

Tussen 1998-2002 en 2003-2007 zien we zowel voor mannen als voor vrouwen een toename van het verschil tussen rijke en arme gemeenten. Deze evolutie hangt samen met een grotere daling van de mortaliteitscijfers in de rijke gemeenten.



Gezien de sociale segregatie van de Brusselse ruimte kunnen de sociale ongelijkheden in gezondheid benaderd worden door de ongelijkheden in de sterfte tussen de gemeenten.

2.1.3 De belangrijkste doodsoorzaken die aan de basis liggen van de sociale ongelijkheden in de mortaliteit

De waargenomen ongelijkheden in termen van levensverwachting en mortaliteit worden verklaard door ongelijkheden ten aanzien van een veelheid van doodsoorzaken. Talrijke studies hebben erop gewezen dat de sociale ongelijkheden op het vlak van mortaliteit niet kunnen worden verklaard door een of ander specifiek gezondheidsprobleem, maar veeleer door een toenemende kwetsbaarheid voor de meeste gezondheidsproblemen

naarmate men afdaalt op de maatschappelijke ladder (15; 16). Deze kwetsbaarheid vindt haar oorsprong op verschillende niveaus: enerzijds op het vlak van de risicofactoren, wat leidt tot verschillen in incidentie of ernst; anderzijds op het vlak van de zorg (laattijdige diagnose en behandeling, verschillen inzake de kwaliteit van de behandeling of de verzorging), wat leidt tot verschillen in overlevingskansen.

Sociale status of culturele context

De methodologie die werd gebruikt om de sociale ongelijkheden op het vlak van mortaliteit in dit rapport te behandelen laat jammer genoeg geen erg fijne analyse van de impact van de sociale status op de verschillende doodsoorzaken toe. Het is meer bepaald erg moeilijk om de specifieke impact van de sociale status te meten voor gezondheidsproblemen die eveneens sterk worden beïnvloed door culturele factoren. De gemeenten die in de categorie met een lage socio-economische status worden ingedeeld (Molenbeek en Sint-Joost-ten-Node), zijn tevens gemeenten met een groot aandeel niet-Europese migranten. Voor de interpretatie van de verschillen tussen de gemeenten is het dus belangrijk rekening te houden met de mortaliteitsverschillen tussen de nationaliteitsgroepen, die worden beschreven in het volgende hoofdstuk.

De twee volgende tabellen bevatten de gestandaardiseerde mortaliteitsratio's voor de categorie jonger dan 65 jaar en voor de 65-plussers, voor de periode 2003-2007 en per categorie van gemeenten, voor enkele belangrijke doodsoorzaken waarvoor significante verschillen werden waargenomen tussen de verschillende categorieën van gemeenten.

Tabel 3-02	Gestandaardiseerde mortaliteitsratio's voor de categorie jonger dan 65 jaar naar doodsoorzaak, categorie van gemeenten* en geslacht, Brussel, 2003-2007 ^[14]							
	SEN	Totaal aantal sterfgevallen	Mannen			Vrouwen		
			SMR	Betrouwbaarheids-interval van 95 %		SMR	BI van 95 %	
Longkanker	Hoog	215	1,00			1,00		
	Gemiddeld	595	1,28	1,16	1,41	1,19	1,03	1,37
	Laag	94	1,59	1,24	2,00	0,98	0,62	1,47
Borstkanker	Hoog	116				1,00		
	Gemiddeld	210				0,86	0,75	0,99
	Laag	31				0,91	0,62	1,29
Ischemische hartziekten	Hoog	138	1,00			1,00		
	Gemiddeld	426	1,36	1,21	1,51	1,45	1,17	1,78
	Laag	64	1,59	1,20	2,06	1,20	0,60	2,14
Cerebrovasculaire aandoeningen	Hoog	76	1,00			1,00		
	Gemiddeld	225	1,15	0,95	1,38	1,53	1,26	1,86
	Laag	26	1,06	0,61	1,72	1,00	0,48	1,84
Chronische ademhalingsziekten	Hoog	41	1,00			1,00		
	Gemiddeld	162	2,11	1,74	2,54	1,35	1,00	1,78
	Laag	30	2,95	1,87	4,43	1,34	0,54	2,76
Diabetes (totaal)	Hoog	69	1,00			1,00		
	Gemiddeld	281	1,41	1,20	1,63	3,16	2,59	3,80
	Laag	49	1,88	1,29	2,63	3,22	1,84	5,23
Verkeersongevallen	Hoog	24	1,00			1,00		
	Gemiddeld	83	1,01	0,78	1,30	2,19	1,35	3,34
	Laag	21	1,88	1,12	2,98	2,22	0,46	6,49
Andere ongevallen	Hoog	75	1,00			1,00		
	Gemiddeld	262	1,53	1,32	1,76	1,12	0,87	1,41
	Laag	34	1,45	0,96	2,11	0,76	0,30	1,56
Zelfmoord	Hoog	173	1,00			1,00		
	Gemiddeld	436	0,95	0,84	1,06	0,96	0,80	1,13
	Laag	46	0,65	0,44	0,92	0,76	0,44	1,24
Moord	Hoog	13	1,00			1,00		
	Gemiddeld	83	2,26	1,70	2,96	2,89	1,95	4,13
	Laag	13	2,87	1,37	5,27	2,11	0,44	6,17
* referentiecategorie = rijke gemeenten Bron: Statistische formulieren voor overlijden, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn								

14 De significante verschillen hebben een gekleurde achtergrond.

Tabel 3-03

Gestandaardiseerde mortaliteitsratio's voor de 65-plussers, naar doodsoorzaak, categorie van gemeenten* en geslacht, Brussel, 2003-2007^[14]

	SEN	Totaal aantal sterfgevallen	Mannen			Vrouwen		
			SMR	BI van 95 %		SMR	BI van 95 %	
Longkanker	Hoog	448	1,00			1,00		
	Gemiddeld	1 109	1,43	1,33	1,54	1,23	1,10	1,37
	Laag	176	1,62	1,35	1,93	1,33	0,99	1,74
Borstkanker	Hoog	223				1,00		
	Gemiddeld	448				1,13	1,03	1,24
	Laag	56				1,03	0,78	1,34
Colorectale kanker	Hoog	314	1,00			1,00		
	Gemiddeld	670	1,21	1,08	1,36	1,22	1,10	1,35
	Laag	92	1,13	0,80	1,54	1,27	0,95	1,66
Ischemische hartziekten	Hoog	1 271	1,00			1,00		
	Gemiddeld	2 801	1,27	1,21	1,34	1,27	1,21	1,34
	Laag	440	1,36	1,17	1,56	1,54	1,36	1,75
Cerebrovasculaire aandoeningen	Hoog	911	1,00			1,00		
	Gemiddeld	1 886	1,17	1,09	1,26	1,22	1,15	1,29
	Laag	290	1,22	0,98	1,49	1,42	1,23	1,64
Chronische ademhalingsziekten	Hoog	535	1,00			1,00		
	Gemiddeld	1 267	1,36	1,26	1,47	1,34	1,14	1,46
	Laag	222	1,81	1,51	2,15	1,62	1,31	1,97
Pneumonie	Hoog	622	1,00			1,00		
	Gemiddeld	1 210	1,15	1,05	1,25	1,13	1,05	1,22
	Laag	220	1,47	1,17	1,81	1,54	1,29	1,83
Diabetes (totaal)	Hoog	640	1,00			1,00		
	Gemiddeld	1 789	1,63	1,52	1,74	1,57	1,47	1,67
	Laag	270	1,58	1,30	1,89	1,90	1,61	2,22
Dementie (totaal)	Hoog	1 491	1,00			1,00		
	Gemiddeld	2 820	1,05	0,98	1,12	1,13	1,08	1,18
	Laag	517	1,49	1,27	1,74	1,48	1,33	1,64
Alcohol (ruim totaal)	Hoog	260	1,00			1,00		
	Gemiddeld	619	1,26	1,14	1,39	1,37	1,19	1,57
	Laag	77	1,09	0,81	1,43	1,22	0,80	1,79

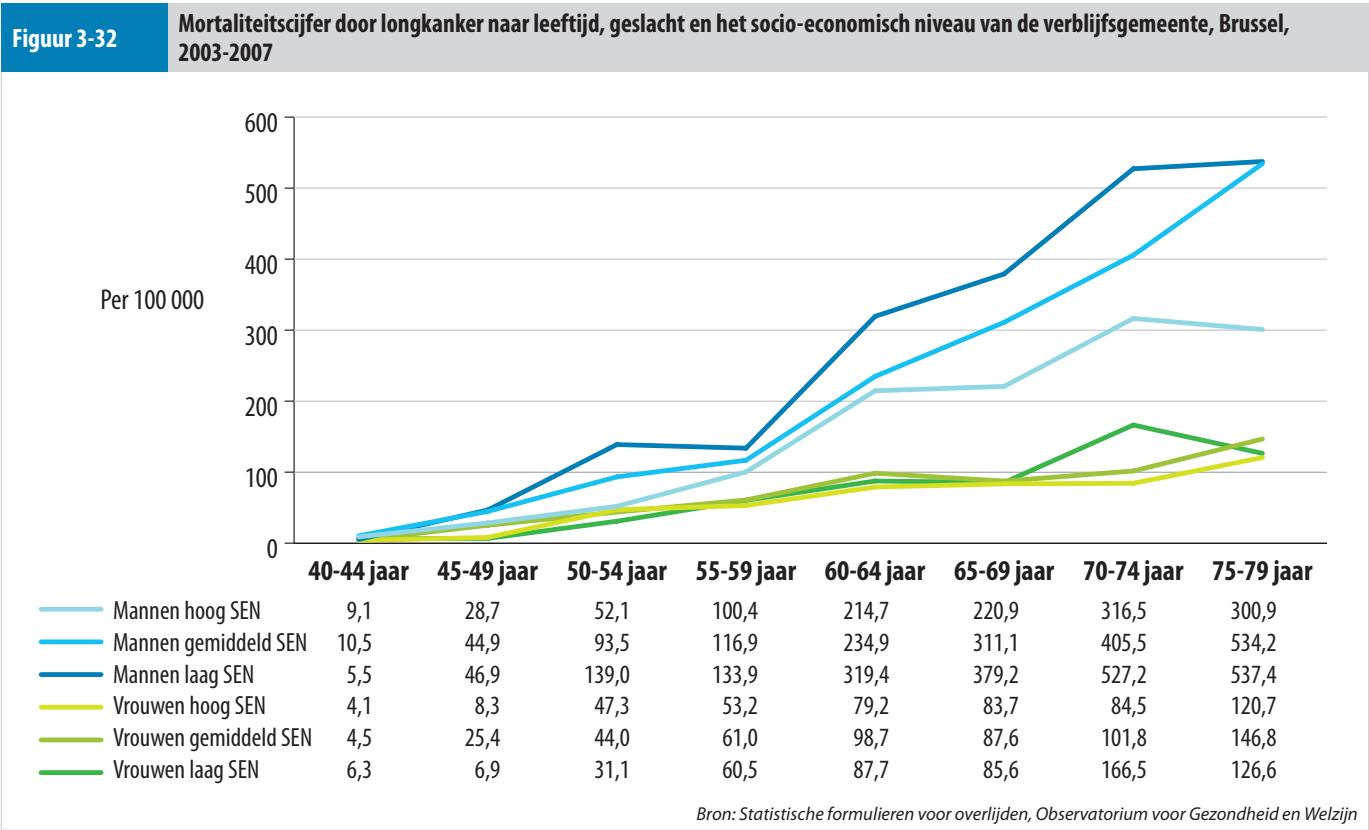
*referentiecategorie = rijke gemeenten

Bron: Statistische formulieren voor overlijden, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

Longkanker speelt in de meeste landen een belangrijke rol in de sociale ongelijkheden op het vlak van mortaliteit (13). Ook in het Brussels Gewest zien we een veel grotere oversterfte in de meest achtergestelde gemeenten. Gezien de slechte vooruitzichten van dit type kanker kunnen de waargenomen verschillen vooral worden verklaard door verschillen in blootstelling aan risicofactoren, in het bijzonder tabaksgebruik, maar ook milieufactoren (17).

Bij mannen jonger dan 65 jaar wordt een duidelijke sociale gradiënt waargenomen met een oversterfte van 28 % in de intermediaire gemeenten en 59 % in de armere gemeenten in vergelijking met de rijke gemeenten. Het verschil tussen de arme en de rijke gemeenten tussen de 2 periodes is toegenomen (van +31 % naar +59 %), terwijl het verschil tussen de intermediaire en de rijke gemeenten is gedaald (van +47 % naar +28 %). Deze evolutie zou zich moeten doorzetten in de komende jaren, gezien de ongunstige evolutie van de sociale ongelijkheden op het vlak van tabaksgebruik (zie verder paragraaf 2.3.1).

Bij vrouwen jonger dan 65 wordt enkel in de intermediaire gemeenten een oversterfte vastgesteld. In de periode 1998-2002 daarentegen zagen we een sociale gradiënt met een oversterfte van respectievelijk 35 % en 94 % voor de intermediaire en arme gemeenten in vergelijking met de rijke gemeenten. De daling of zelfs de verdwijning van de sociale gradiënt tussen de twee periodes kan waarschijnlijk worden verklaard door het stijgende aandeel Marokkaanse vrouwen in de leeftijdsgroepen die door longkanker worden getroffen. Deze vrouwen worden immers minder getroffen door longkanker omdat ze minder roken (zie hoofdstuk 3: "Multicultureel Brussel"). Voor vrouwen jonger dan 55 jaar is het mortaliteitscijfer door longkanker het laagst in de arme gemeenten. Na de leeftijd van 65 jaar wordt een sociale gradiënt gevonden voor zowel mannen als vrouwen, die meer uitgesproken is dan voor de vroegtijdige mortaliteit (tabellen 3-02 en 3-03 en figuur 3-32).

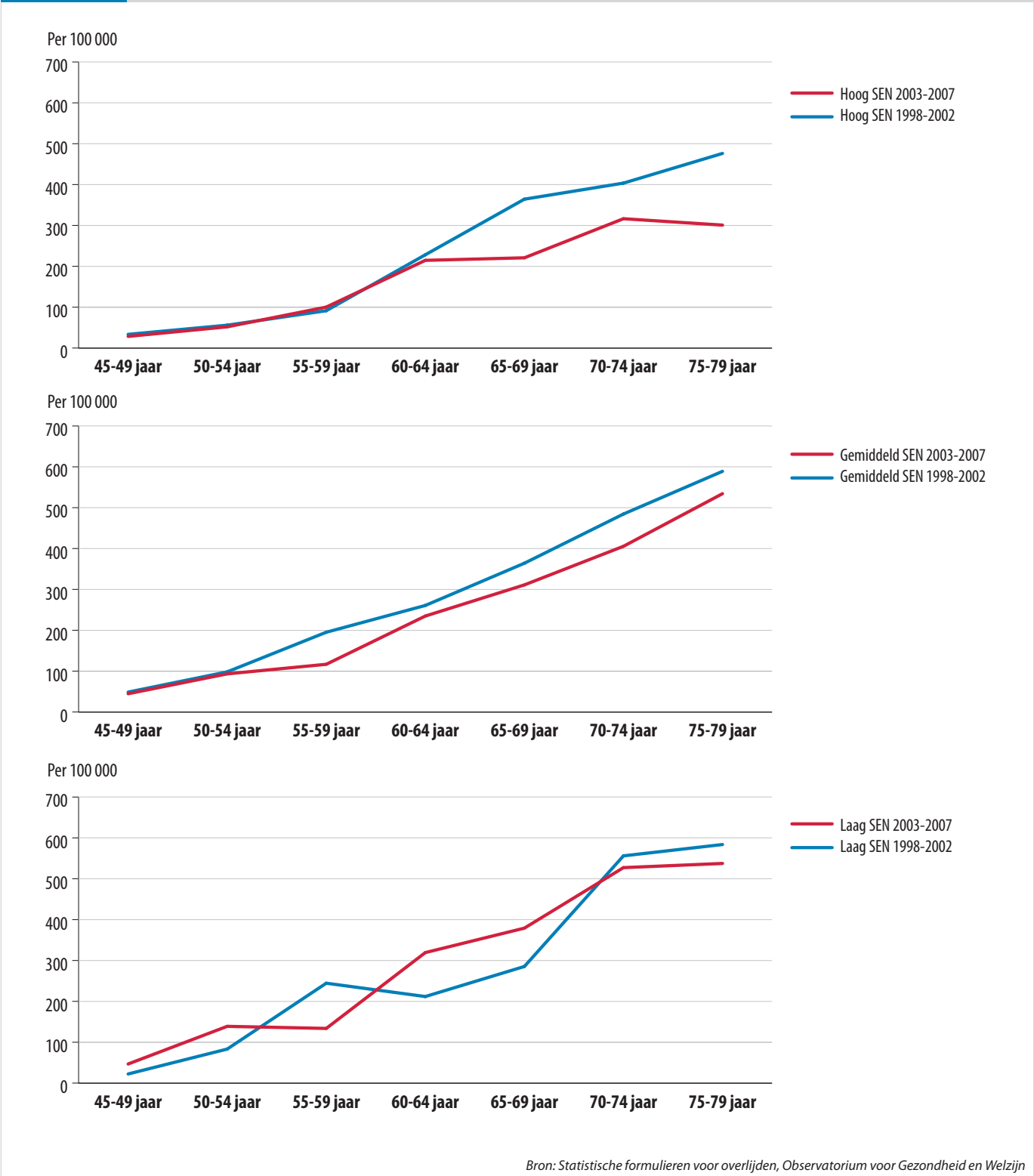


De drie volgende grafieken tonen de waargenomen evolutieverschillen in de drie categorieën van gemeenten voor mannen.

In de rijke gemeenten wordt een zeer opmerkelijke daling van de mortaliteitscijfers genoteerd vanaf 65 jaar. Deze evolutie weerspiegelt de evolutie van het tabaksgebruik dat aanzienlijk is teruggelopen in de meest welstellende milieus sinds de jaren 80 (zie verder par. 2.3.1). In de intermediaire gemeenten is de daling van de cijfers kleiner, maar toch van toepassing op alle leeftijdscategorieën boven 50 jaar. Deze evolutie weerspiegelt de latere

daling van het tabaksgebruik in de intermediaire sociale categorieën. In de armere gemeenten worden zelfs hogere cijfers genoteerd in 2003-2007 dan in 1998-2002 voor de jongsten en in de categorie 60-69 jaar. Dit sluit aan bij de waarneming dat er geen daling van het tabaksgebruik, maar zelfs een stijging is in de laagst geschoolde groepen (zie hoofdstuk 1 «Levensstijl»).

Figuur 3-33 Sterftecijfers voor longkanker naar leeftijd, vergelijking 1998-2002 en 2003-2007, per categorie van gemeenten, Mannen, Brussel



Voor **borstkanker** is de situatie anders. In de internationale literatuur stelt men een relatieve bescherming van de laagst geschoolde vrouwen vast, althans in de studies betreffende het einde van de 20^{ste} eeuw. Deze bescherming zou verband houden met het feit dat ze meer en vroeger kinderen krijgen (13). Deze beschermende factoren zien we ook bij Marokkaanse en Turkse migrantenvrouwen, die relatief beschermd zijn tegen borstkanker, althans de generatie ouder dan 50 jaar (zie analyses per nationaliteit in hoofdstuk 3: «Multicultureel Brussel»). Ongetwijfeld biedt het grote aandeel van deze vrouwen in de arme gemeenten en achtergestelde wijken van de intermediaire gemeenten een verklaring voor het lager mortaliteitsrisico door borstkanker voor vrouwen jonger dan 65 jaar (niet geïllustreerd).

Een recente Franse studie toont echter aan dat de ondersterfte van de laagst geschoolde vrouwen afneemt met de tijd en verdwijnt aan het einde van de jaren 90, met momenteel zelfs een mortaliteit die lichtjes hoger ligt voor deze categorie vrouwen (18). Ondanks de hierboven vermelde beschermende effecten wordt langzaamaan een toename van de sociale ongelijkheden zichtbaar op het vlak van mortaliteit door borstkanker, te wijten aan het feit dat de meest achtergestelde sociale categorieën minder lang leven (latere diagnose, andere gelijktijdige aandoeningen of verschillen in behandeling) en aan het opduiken van andere risicofactoren, zoals obesitas of een sedentaire levensstijl. Om deze verdere toename van sociale ongelijkheden te vermijden, is het dus essentieel ervoor te zorgen dat iedereen op dezelfde manier kan genieten van de zeer grote vooruitgang op het vlak van opsporing en behandeling van deze kanker.

De sociale ongelijkheden in de borstkankersterfte nemen beetje bij beetje toe terwijl op het einde van de 20^{ste} eeuw de lager opgeleide vrouwen nog van een relatieve bescherming genoten.

Voor **colorectale kanker** wordt geen verschil in mortaliteit gevonden naargelang de sociale status van de verblijfsgemeente voor de groep jonger dan 65 jaar.

Voor de periode 2003-2007 is er een significante oversterfte in de intermediaire gemeenten voor de 65-plussers (niet het geval in 1998-2002). Deze evolutie moet ook de overheid beroeren op het ogenblik dat een opsporingsprogramma voor deze kanker wordt opgezet.

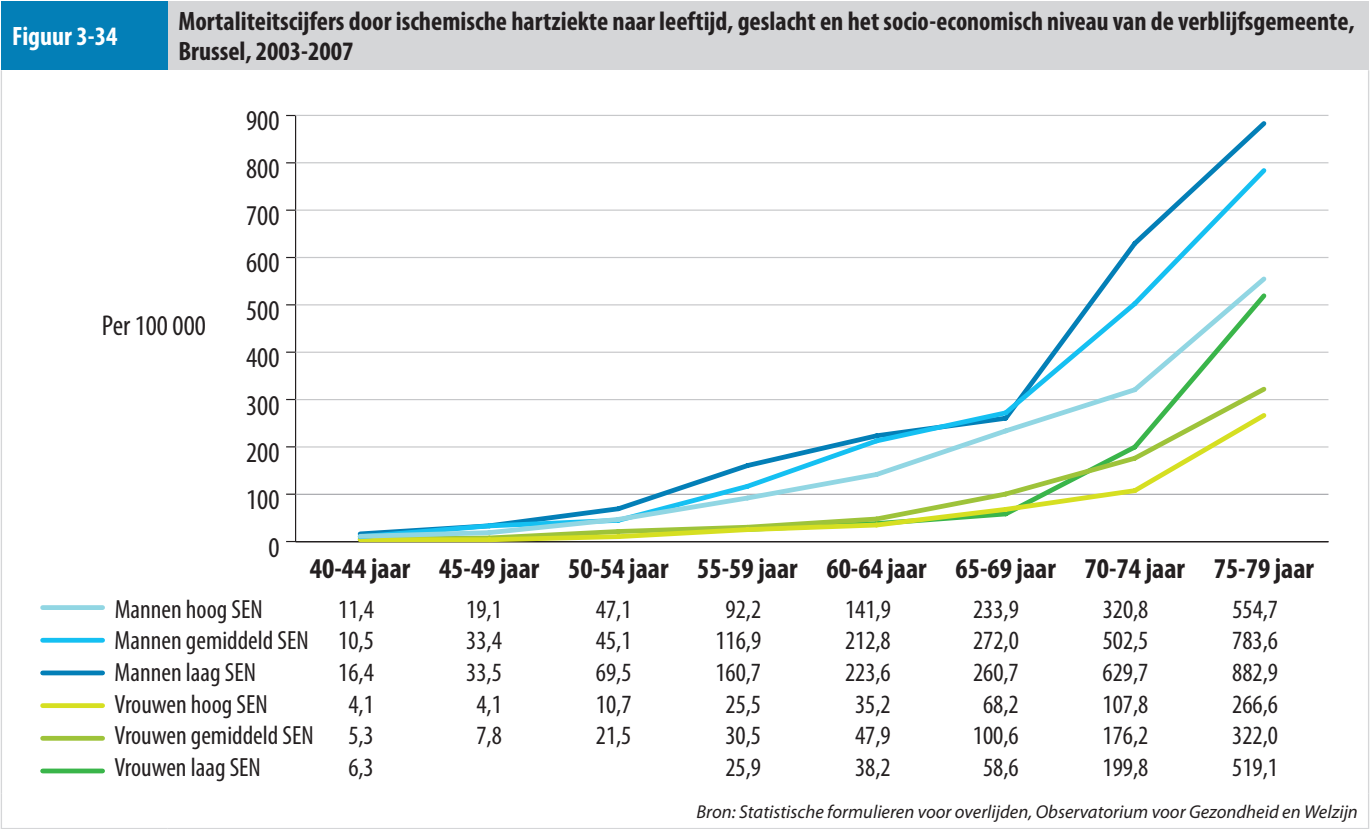
Cardiovasculaire aandoeningen

De mortaliteit door ischemische hartziekten stijgt naarmate de sociale status van de verblijfsgemeente afneemt. De ongelijkheden op het vlak van mortaliteit door ischemische hartziekten kunnen zowel worden verklaard door de verschillen in blootstelling aan risicofactoren (stress, tabaksgebruik, lichaamsbeweging, voeding) als door de verschillen in behandeling (diagnose, behandeling van de biologische risicofactoren, intense behandeling en revalidatie na infarct) (13; 19; 20).

Bij mannen is er een zeer duidelijke sociale gradiënt: in vergelijking met de inwoners van de rijke gemeenten wordt bij de inwoners van de intermediaire gemeenten een

oversterfte vóór 65 jaar van 36 % genoteerd, bij de inwoners van de arme gemeenten is dit 59 %. Tussen 1998-2002 en 2003-2007 is het verschil tussen de intermediaire en rijke gemeenten gedaald (van +53 % naar +36 %), terwijl het verschil tussen de rijke en arme gemeenten is toegenomen (van +41 % naar +59 %).

Voor vrouwen ligt de mortaliteit vóór 65 jaar aanzienlijk hoger in de intermediaire gemeenten. Bij de 65-plussers wordt, net als voor de mannen, een duidelijke sociale gradiënt teruggevonden met een oversterfte van 54 % voor de vrouwen van de arme gemeenten in vergelijking met de rijke gemeenten.



Diabetes

Diabetes^[15] is een van de doodsoorzaken waarbij de sociale ongelijkheden het grootst zijn, zowel vóór als na 65 jaar (zie tabellen 3-02 en 3-03).

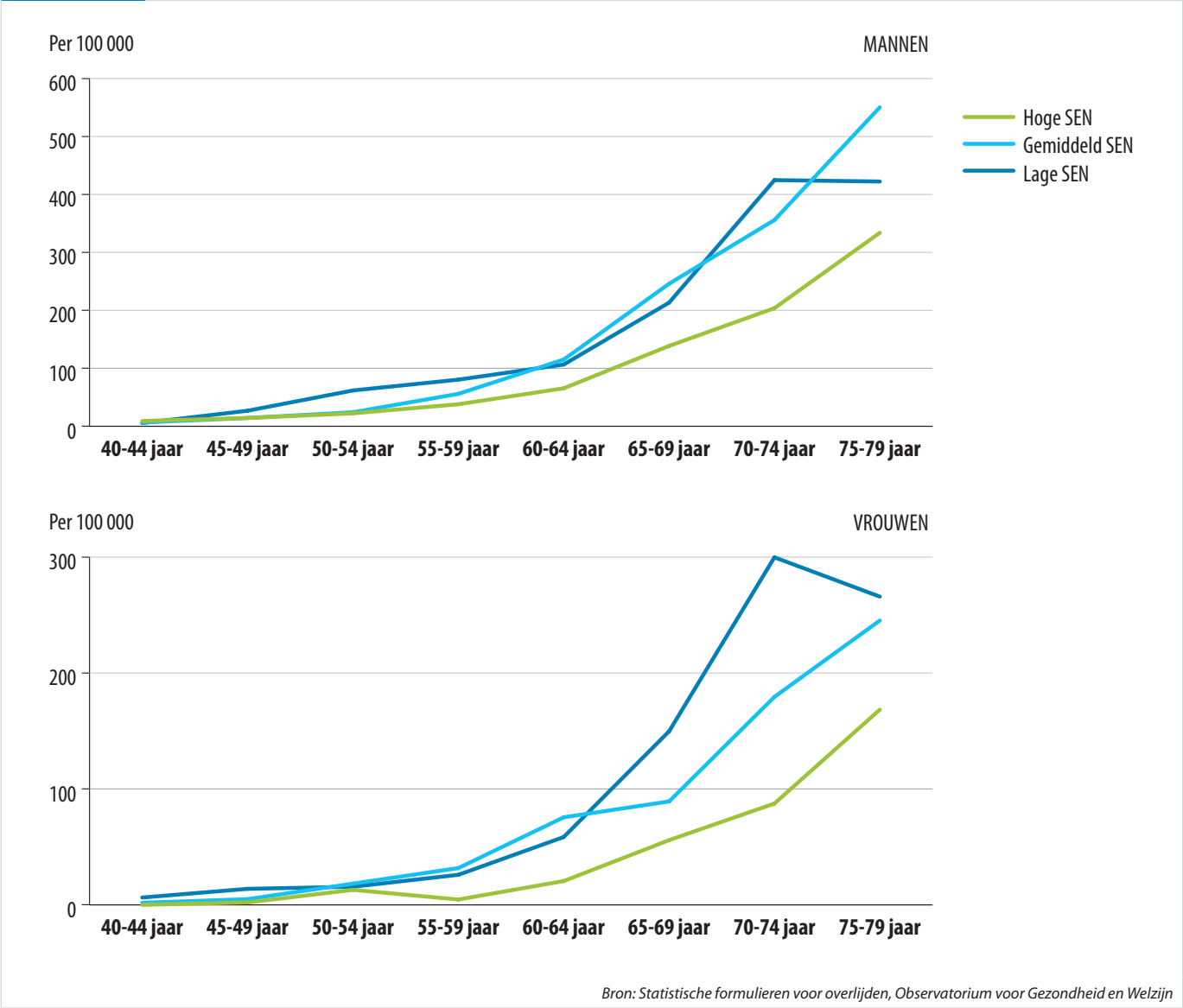
De verschillen zijn bijzonder duidelijk voor de mortaliteit bij vrouwen vóór 65 jaar: het mortaliteitscijfer in de intermediaire en arme gemeenten ligt meer dan driemaal hoger dan in de rijke gemeenten.

De zeer duidelijke verschillen tussen categorieën van gemeenten kunnen worden verklaard door de negatieve impact van de sociale status boven op de risico's die

verband houden met de nationaliteit. Het is immers bekend dat Turkse en Marokkaanse vrouwen een groter risico lopen om diabetes te ontwikkelen (zie deel II, hoofdstuk 3.7).

De impact van de sociale status berust op de ongelijkheid ten opzichte van risicofactoren zoals voedingsgewoonten of een sedentaire levenswijze (zie verder). Maar deze impact kan ook de verschillen in de kwaliteit van de behandeling weerspiegelen.

Figuur 3-35 Mortaliteitscijfers door diabetes naar leeftijd, geslacht en het socio-economisch niveau van de verblijfsgemeente, Brussel, 2003-2007

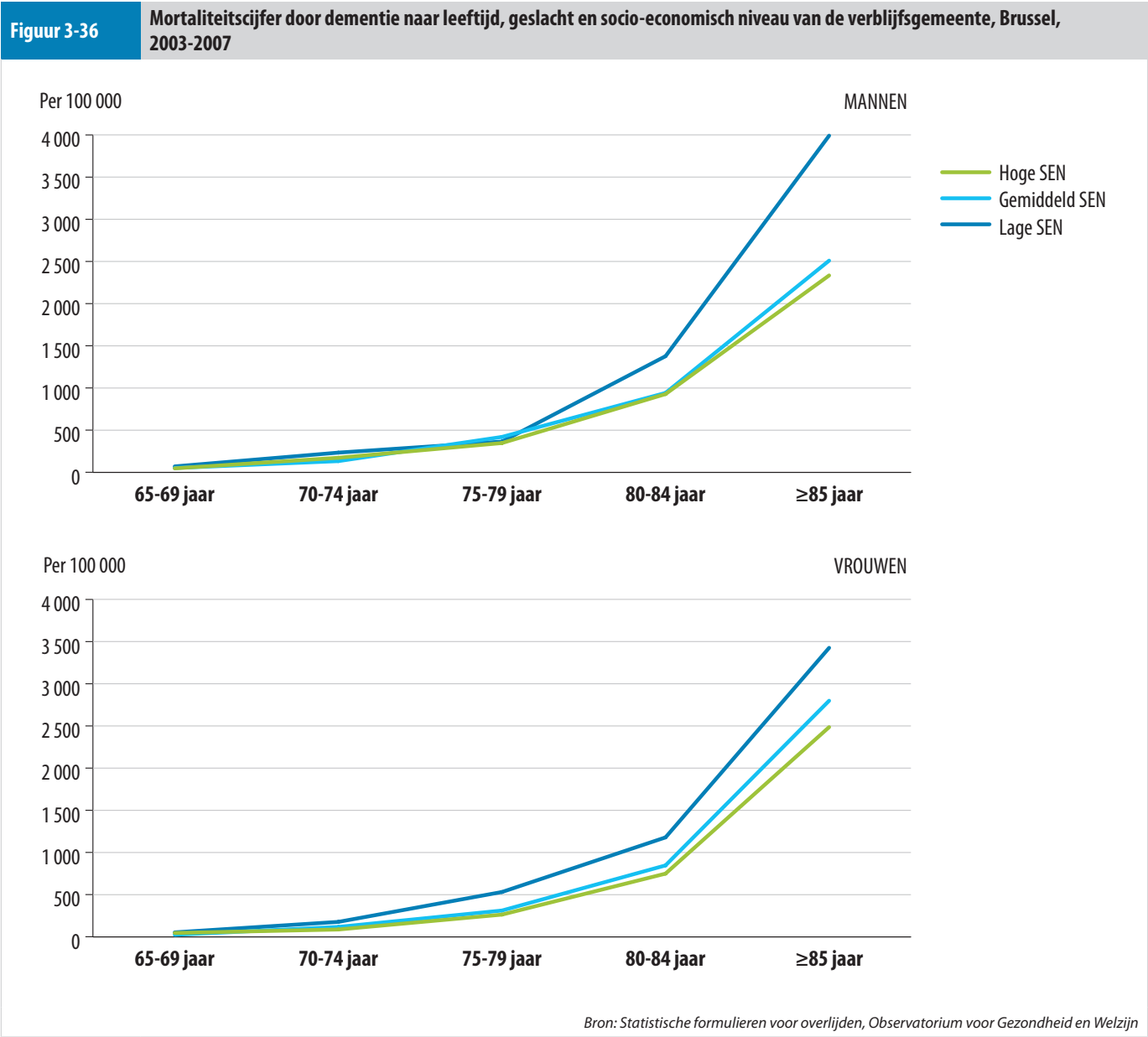


15 Het gaat hier om diabetes als initiële of geassocieerde doodsoorzaak (zie Deel II “Gezondheidstoestand”, hoofdstuk 3.7).

Zelfmoord is een van de belangrijkste oorzaken van vroegtijdig overlijden in Brussel. Deze doodsoorzaak draagt echter niet bij tot de oversterfte die in de armere gemeenten wordt waargenomen. In tegendeel, we zien zelfs een significant lagere mortaliteit door zelfmoord voor mannen in de arme gemeenten. De omvang van de Brusselse bevolking afkomstig uit de Marokkaanse en Turkse gemeenschappen (met lage zelfmoordcijfers) kan een verklaring bieden voor deze vaststelling.

Vroegtijdig overlijden door een **ongeval** komt dan weer minder vaak voor bij bewoners van een rijke gemeente dan in de andere categorieën van gemeenten.

Boven 85 jaar is meer dan 17 % van de sterfgevallen te wijten aan **dementie**^[16]. Uit studies is gebleken dat er een omgekeerd verband bestaat tussen de sociale status en het risico om dementie te ontwikkelen (13). Momenteel zijn er geen gegevens beschikbaar over de prevalentie van dementie naargelang de sociale kenmerken in Brussel, maar er worden wel significante mortaliteitsverschillen waargenomen tussen de categorieën van gemeenten. Na controle voor de leeftijd wordt een oversterfte van bijna 50 % genoteerd voor de inwoners van de armere gemeenten in vergelijking met de rijke gemeenten (+49 % voor mannen en +48 % voor vrouwen).



16 Het gaat hier om sterfgevallen waarbij dementie als initiële oorzaak of als geassocieerde doodsoorzaak wordt genoemd.

Pneumonie is een belangrijke doodsoorzaak voor bejaarden. Ook voor deze aandoening wordt een significante sociale gradiënt waargenomen met een oversterfte van 54 % voor vrouwen en 47 % voor mannen in de arme gemeenten in vergelijking met de rijke gemeenten. Met betrekking tot

de vaccinatie van de 65-plussers tegen pneumokokken tonen de resultaten van de Gezondheidsenquête 2004 aan dat er een kleine, niet-significante sociale gradiënt bestaat naargelang het opleidingsniveau.

Bij de inwoners van de rijke gemeenten in het zuidoosten van het gewest liggen de cijfers voor algemene mortaliteit en vroegtijdige mortaliteit het laagst, en dit zowel voor de totale sterfte als voor de belangrijkste doodsoorzaken, met uitzondering van borstkanker en zelfmoord.

2.2 DE SOCIALE ONGELIJKHEDEN OP HET VLAK VAN DE GEZONDHEIDSTOESTAND

De ongelijkheden op het vlak van mortaliteit zijn slechts het topje van de ijsberg. Ze zijn een weerspiegeling van de sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheidstoestand. Deze zijn onderzocht in de Nationale Gezondheidsenquête en in de HBSC-enquête voor jongeren (zie kader).

Methodologie: Ongelijkheden op het vlak van gezondheid en levensstijl

Voor de gezondheidsproblemen en de levensstijl zijn de sociale ongelijkheden geanalyseerd met behulp van de Nationale Gezondheidsenquête, voor jongeren wordt de HBSC-enquête gebruikt. Het betreft in beide gevallen een inschatting van de gezondheidstoestand door de mensen zelf.

De Gezondheidsenquête bevat verschillende variabelen die een indicator zijn voor de sociale status: het inkomen van het gezin, de beroepsstatus, het hoogste opleidingsniveau in het gezin^[17] of het opleidingsniveau van ieder individu (voor wie zijn studies heeft beëindigd). Voor de analyses in dit rapport werd deze laatste variabele gekozen.

Het individuele opleidingsniveau vormt een goede indicator voor de sociale status, omdat het een grote invloed heeft op de positie op de arbeidsmarkt en de levensomstandigheden weerspiegelt gedurende de kindertijd en de adolescentie; het biedt tevens het voordeel dat rekening wordt gehouden met het socioculturele aspect van de sociale status, een belangrijk aspect voor de gezondheid: zo zijn bijvoorbeeld de toegang tot kwaliteitsvolle informatie en het vermogen om informatie in verband met de gezondheid te begrijpen en zich die informatie toe te eigenen, sterk verbonden met het opleidingsniveau, onafhankelijk van het inkomensniveau.

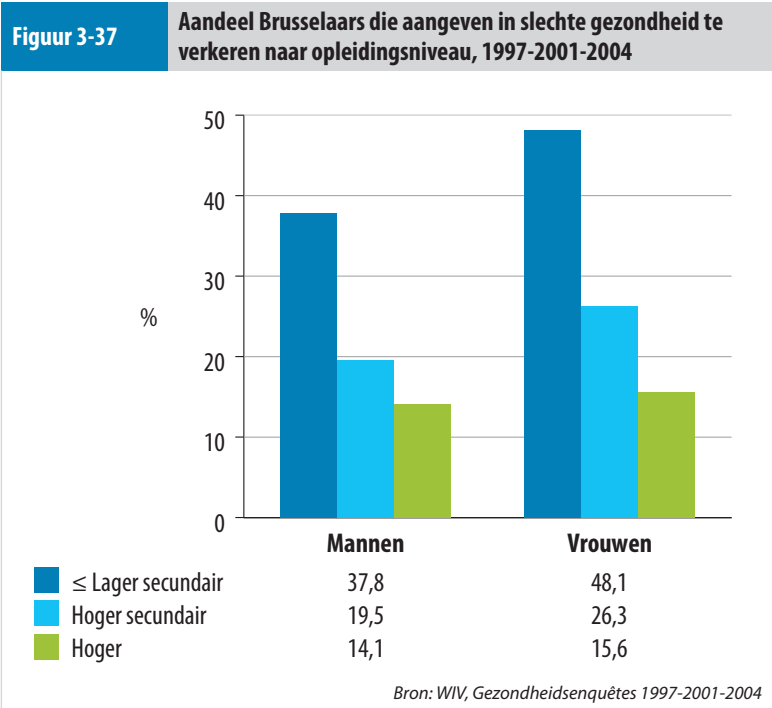
Het opleidingsniveau verschilt ook naargelang de leeftijd en de jongere generaties hebben gemiddeld een hoger opleidingsniveau. Aangezien ook de leeftijd zelf een belangrijke gezondheidsdeterminant is, moet, om de impact van de sociale status op de gezondheid aan te tonen, dan ook een aanpassing voor de leeftijd worden doorgevoerd, dit wil zeggen dat de opleidingsniveaus «bij gelijke leeftijd» moeten worden vergeleken. Deze aanpassing is doorgevoerd door middel van logistische regressie (zie Deel VI: «Bronnen en methodologische toelichting»).

In de HBSC-enquête werd het socio-economische niveau van het gezin van de jongere gemeten aan de hand van de scores op vijf variabelen: bezit van een wagen, het aantal keren dat het gezin het vorige jaar op vakantie is gegaan, het aantal computers in het gezin, de activiteitenstatus van de ouders en de waargenomen materiële welstand. Voor de analyse werd de ondervraagde populatie onderverdeeld in drie groepen (tertielen) naargelang het socio-economisch niveau.

¹⁷ Deze variabele wordt gebruikt in de tabellen op de website en in de rapporten van het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid.

2.2.1 De subjectieve gezondheid

Het aandeel Brusselaars dat aangeeft in slechte gezondheid te verkeren, is omgekeerd evenredig aan het opleidingsniveau.



Het aandeel mannen die een slechte subjectieve gezondheid aangeven is significant groter bij de laagst geschoolden dan bij mensen met een diploma hoger onderwijs (OR = 3,5). Voor vrouwen zijn de verschillen nog groter (OR = 4,2).

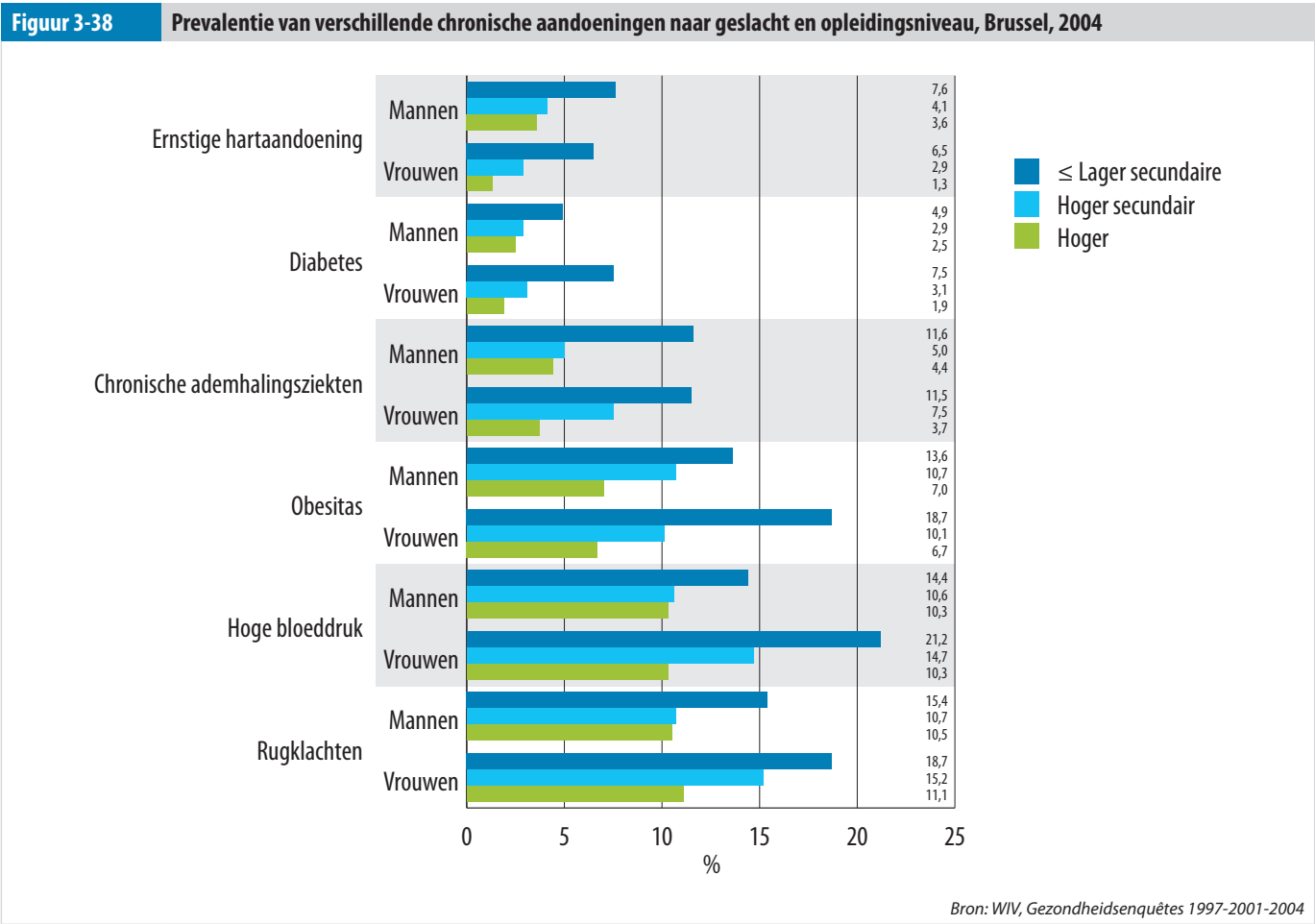
Niet-actieve mensen vinden ook vaker dat zij een slechte gezondheid hebben dan wie actief is. Dit is vanzelfsprekend waar voor invaliden of mensen met een handicap voor wie de gezondheidstoestand aan de basis van de inactiviteit ligt, maar evenzeer voor werklozen. Het risico op een slechte subjectieve gezondheid ligt significant hoger voor werklozen dan voor de actieve bevolking en dit zowel voor mannen (OR = 1,6) als voor vrouwen (OR = 3,1).

Zowel laag opgeleiden als werklozen voelen zich minder gezond dan andere mensen.

2.2.2 Chronische aandoeningen

Er wordt een sociale gradiënt teruggevonden voor ernstige hartaandoeningen, hoge bloeddruk, bronchitis en chronische longproblemen, diabetes en aanhoudende rugklachten. Al deze verschillen zijn significant, behalve voor hoge bloeddruk bij mannen.

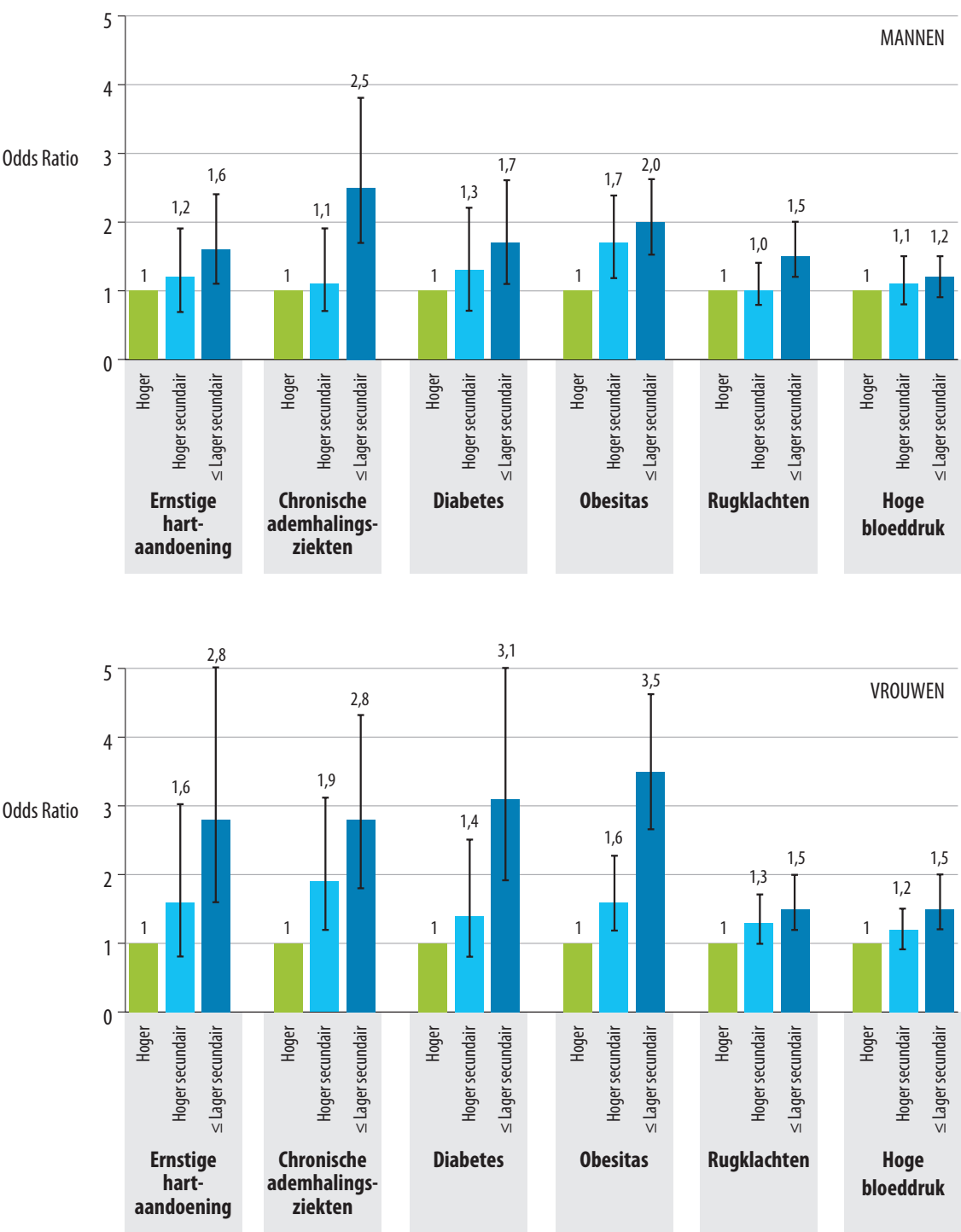
Over het algemeen, en in tegenstelling tot wat we zien voor de mortaliteit, zijn de ongelijkheden meer uitgesproken bij vrouwen dan bij mannen.



Na controle voor de leeftijd worden bij vrouwen de grootste verschillen teruggevonden voor obesitas, diabetes, chronische ademhalingsziekten en ernstige hartkwalen. Bij mannen zijn de grootste ongelijkheden terug te vinden bij de chronische ademhalingsziekten.

Tussen 1997 en 2004 wordt een stijging van de sociale ongelijkheden vastgesteld op het vlak van diabetes bij vrouwen. Deze stijging kan worden verklaard door een sterke toename van de prevalentie in de meest achtergestelde sociale categorieën, terwijl ze bij vrouwen met een diploma hoger onderwijs stabiel is gebleven (niet geïllustreerd).

Figuur 3-39 **Vergelijking van de prevalentie van chronische aandoeningen naar geslacht en opleidingsniveau na controle voor de leeftijd (OR en BI van 95 %)*, Brussel, 1997-2001-2004**

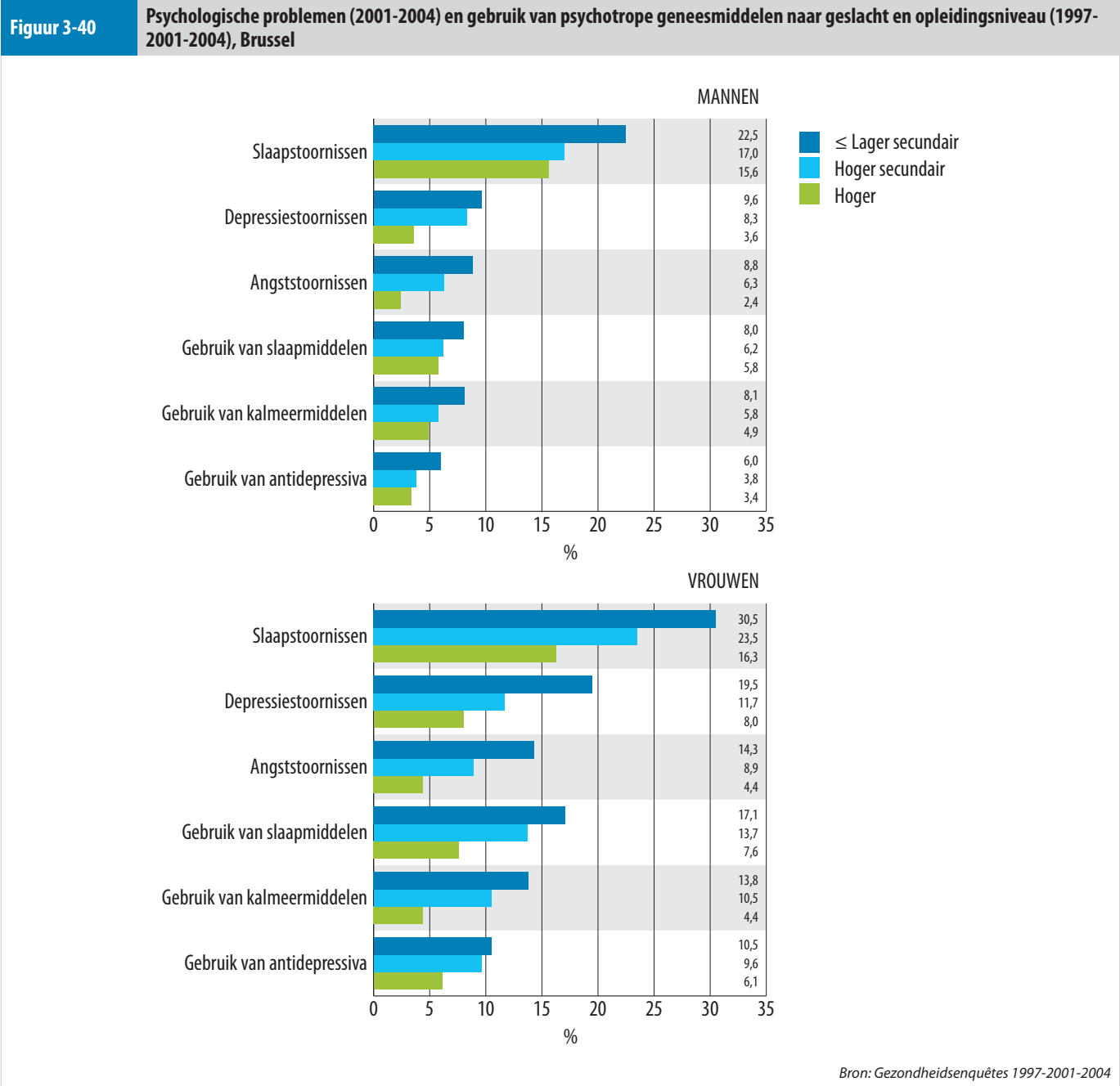


** Resultaten van een analyse door logistieke regressie, voor meer informatie zie Deel VI «Bronnen en methodologische toelichting»
Bron: WIV, Gezondheidsenquêtes 1997-2001-2004*

2.2.3 Geestelijke gezondheid

Ook de prevalentie van geestelijke gezondheidsproblemen en psychisch lijden stijgt naarmate we afdalen op de maatschappelijke ladder. Er is een duidelijke sociale gradiënt voor slaapstoornissen, depressie en angststoornissen ^[18], en de sociale ongelijkheden zijn groter bij vrouwen dan bij mannen (figuur 3-40).

Tussen 1997 en 2004 wordt een grote stijging van het gebruik van slaapmiddelen en antidepressiva bij de laagst geschoolden vastgesteld, terwijl dit gebruik stabiel blijft bij mensen met een diploma hoger onderwijs (niet geïllustreerd).



De ongelijkheden op het vlak van gezondheid zijn duidelijk van bij de geboorte, met minstens tweemaal meer kans op overlijden vóór de leeftijd van één jaar in een gezin zonder inkomen uit arbeid dan in een gezin met twee inkomens. Deze ongelijkheden blijven in het verdere leven aanwezig, met risico's van chronische ziekten, ongevallen of geestelijke gezondheidsproblemen die toenemen naarmate men afdaalt op de maatschappelijke ladder.

18 We herhalen dat deze stoornissen in de Gezondheidsenquête worden onderzocht via een zelfevaluatievragenlijst, de «Symptom Checklist-90 Revised» of SCL-90-R, zie Deel II «Gezondheidstoestand», hoofdstuk 5.

2.3 SOCIALE ONGELIJKHEDEN OP HET VLAK VAN LEVENSTIJL

De levensstijl, zoals voedingsgewoonten, lichaamsbeweging en tabaks- of alcoholgebruik, heeft een grote impact op de gezondheid van de Brusselaars. De levensstijl is niet enkel het resultaat van een persoonlijke “vrije” keuze, maar wordt in grote mate beïnvloed door de levensomstandigheden, de omgeving, de economische, psychische en sociale middelen en het opleidingsniveau. Dit verklaart de sociale ongelijkheden met betrekking tot het gezondheidsgedrag.

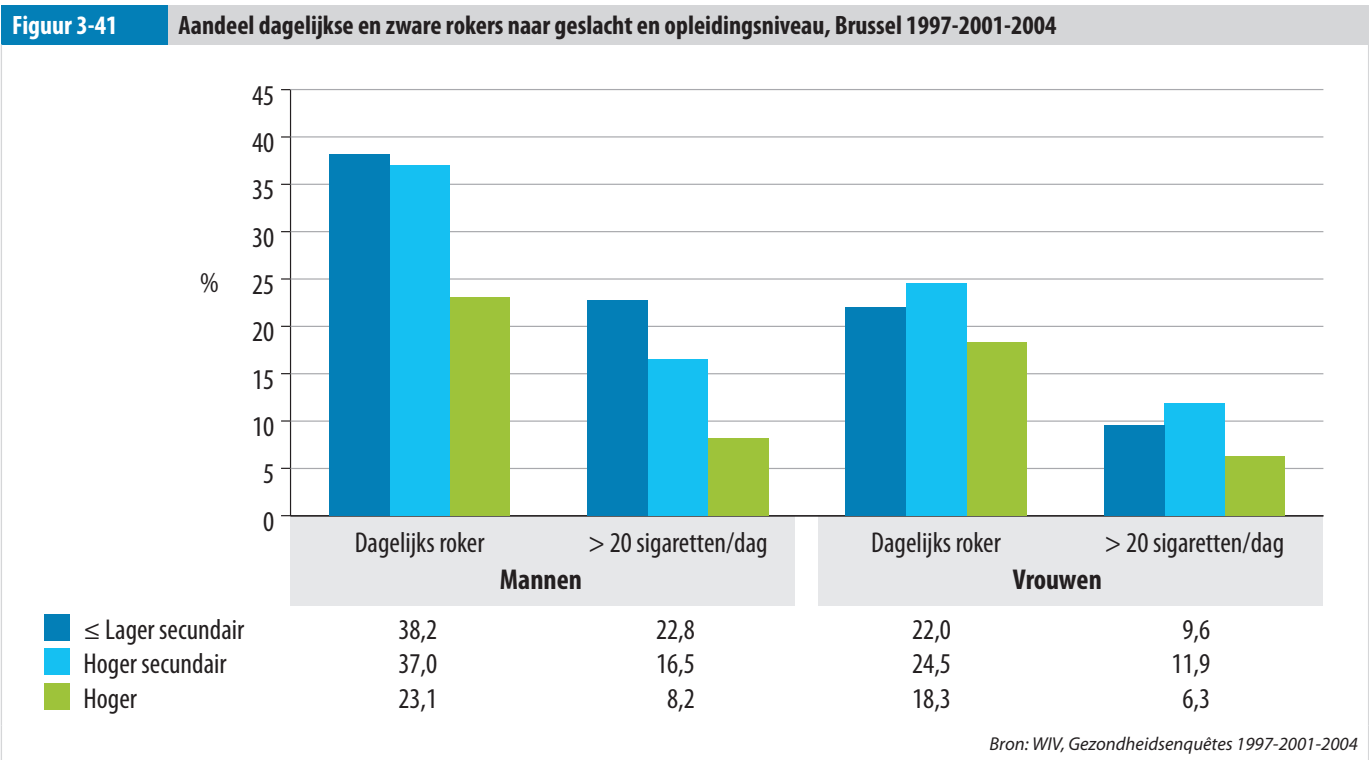
2.3.1 Tabaksgebruik

Tabaksgebruik is een belangrijke determinerende factor wat betreft mortaliteit en is niet op homogene wijze verspreid onder de bevolking. 29,3 % van de laagst geschoolde Brusselaars verklaart dagelijks te roken, tegenover 20,7 % van de mensen met een diploma hoger onderwijs. Dit verschil blijft ook na controle voor de leeftijd overeind.

Voor mannen zien we een duidelijke sociale gradiënt, zowel voor het dagelijks roken als voor het roken van meer dan 20 sigaretten per dag (figuur 3-41). Het aandeel zware rokers onder de rokers neemt toe naarmate het opleidingsniveau daalt: 59,7 % van de laagst geschoolde rokers zijn zware

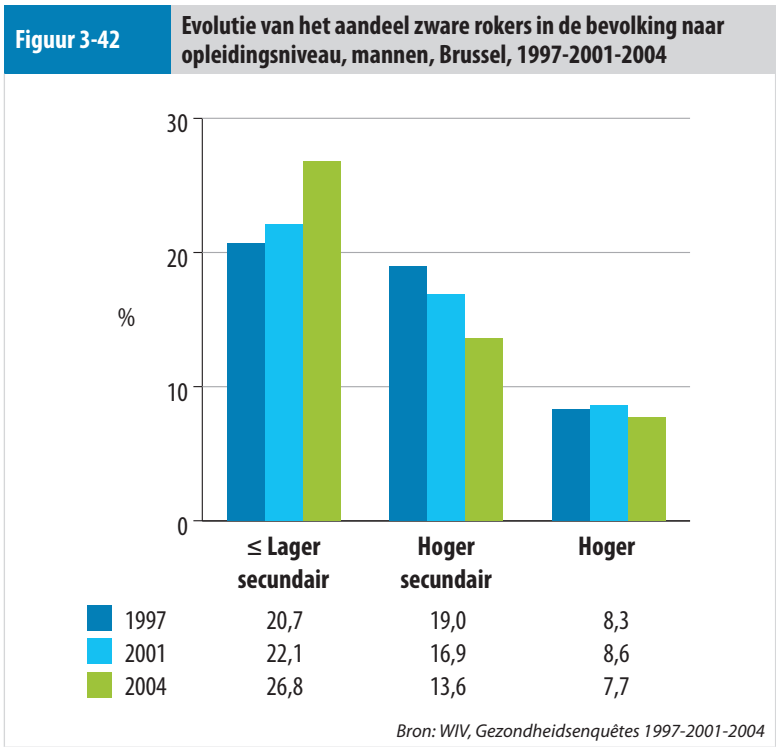
rokers, tegenover 44,6 % van de rokers met een diploma lager secundair onderwijs en 35,5 % van de rokers met een diploma hoger onderwijs.

Voor vrouwen zijn de verschillen vooral opvallend tussen vrouwen met een diploma hoger onderwijs en de andere vrouwen. Het ontbreken van een duidelijke sociale gradiënt bij de vrouwen kan worden verklaard door het feit dat er minder rokers zijn bij Marokkaanse migrantenvrouwen (figuur 3-41). Na controle voor de nationaliteit zien we dezelfde sociale gradiënt dan bij de mannen, waarbij het tabaksgebruik daalt naarmate het opleidingsniveau stijgt.



De sociale ongelijkheden op het vlak van tabaksgebruik bij mannen nemen toe. Het aandeel zware rokers daalt tussen 1997 en 2004 voor Brusselaars met minstens een diploma hoger secundair onderwijs, terwijl het stijgt bij de lagergeschoolden (figuur 3-42). Voor de vrouwen blijven de verschillen relatief stabiel (niet geïllustreerd).

Reeds bij de adolescenten zijn er ongelijkheden wat betreft tabaksgebruik. Jongeren uit het algemeen secundair onderwijs roken minder vaak dan leerlingen van het technisch of beroepsonderwijs, en bij de dagelijkse rokers vinden we meer zware rokers onder de leerlingen van het technisch of beroepsonderwijs, hetgeen suggereert dat deze laatste, ondanks hun jonge leeftijd, al meer aan tabak verslaafd zijn (bron HBSC).



2.3.2 Voeding

De sociale status heeft ook een invloed op de voedingsgewoonten. In het Brussels Gewest worden deze mede beïnvloed door de nationaliteit (zie hoofdstuk 3 “Multicultureel Brussel”). Er bestaat een complexe wisselwerking tussen beide factoren.

Het aandeel mensen dat regelmatig ontbijt ligt significant hoger voor mensen met een diploma hoger onderwijs dan voor de andere categorieën (Gezondheidsenquête 2004). Het aandeel adolescenten die geregeld een ontbijt nemen stijgt eveneens naarmate de sociale status hoger is (HBSC).

In tegenstelling tot wat we zien voor de rest van het land en in andere landen merken we geen significante verschillen in de consumptie van groenten en fruit tussen sociale categorieën (21). Dit zou verband kunnen houden met de omvang van de migrantenbevolking (met een hoger consumptiepeil van fruit en groenten) onder de meest achtergestelde bevolking. Bij de adolescenten zien we evenwel dat het aandeel regelmatige consumenten van groenten en fruit stijgt wanneer we de sociale ladder beklimmen (bron HBSC).

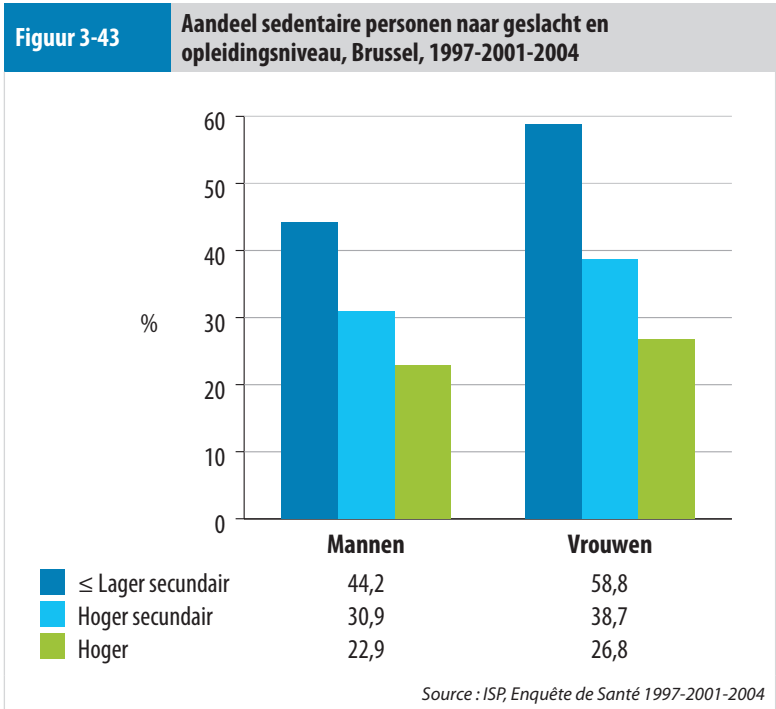
De consumptie van vis neemt toe met het opleidingsniveau: 66,8 % van de Brusselaars met een diploma hoger onderwijs eet minstens eenmaal per week vis, tegenover 60,3 % van de Brusselaars met een diploma hoger secundair onderwijs en 56,2 % van diegenen met hoogstens een diploma lager secundair onderwijs. De verschillen zijn minder uitgesproken bij vrouwen (respectievelijk 65,1 %, 62,8 % en 62,0 %). Na statistische controle voor de leeftijd zijn de verschillen wel significant voor de mannen, maar niet voor de vrouwen. De grotere consumptie van vis door de Marokkaanse gemeenschap beperkt de sociale gradiënt in dit opzicht in Brussel^[19].

Andere voedingsgewoonten, veeleer nadelig voor de gezondheid, komen vaker voor bij adolescenten met een lage sociale status. Het aandeel dat dagelijks hamburgers of frieten eet, ligt bijvoorbeeld 2,5 tot 3 keer hoger voor adolescenten met een lage sociale status (7,2 % zegt dagelijks frieten te eten) dan voor meer gegoede adolescenten (2,8 %) (bron HBSC).

19 Na aanpassing voor de leeftijd en de nationaliteit door logistieke regressie zien we een significant lagere visconsumptie door Brusselaars met een laag opleidingsniveau, zowel voor de mannen als voor de vrouwen (OR opleidingsniveau lager of gelijk aan lager secundair onderwijs/hoger onderwijs = 0,53 voor mannen en 0,72 voor vrouwen).

2.3.3 Lichaamsbeweging

Er is een duidelijke sociale gradiënt voor lichaamsbeweging als vrijetijdsbesteding. Voor de indicator die hierboven werd geanalyseerd (zie paragraaf 1.2), zijn er bijna tweemaal meer personen met een sedentaire levensstijl ^[20] onder de laagst opgeleide Brusselaars dan onder diegenen met een diploma hoger onderwijs. Na controle voor de leeftijd zijn de verschillen groter voor vrouwen dan voor mannen (OR niveau lager of gelijk aan lager secundair/hoger onderwijs = 2,7 voor mannen en 3,5 voor vrouwen).



20 Het gaat om risicopersonen als gevolg van een gebrek aan lichaamsbeweging als vrijetijdsbesteding, zonder rekening te houden met de lichaamsbeweging tijdens het werk.

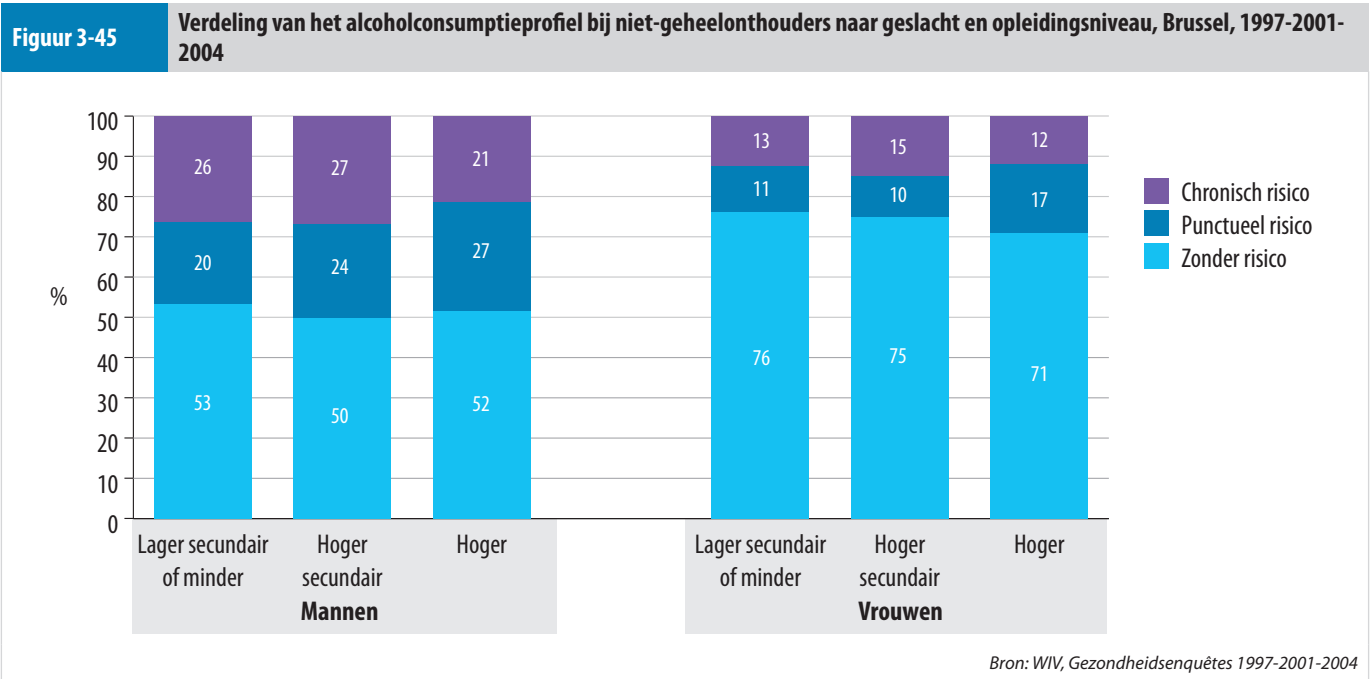
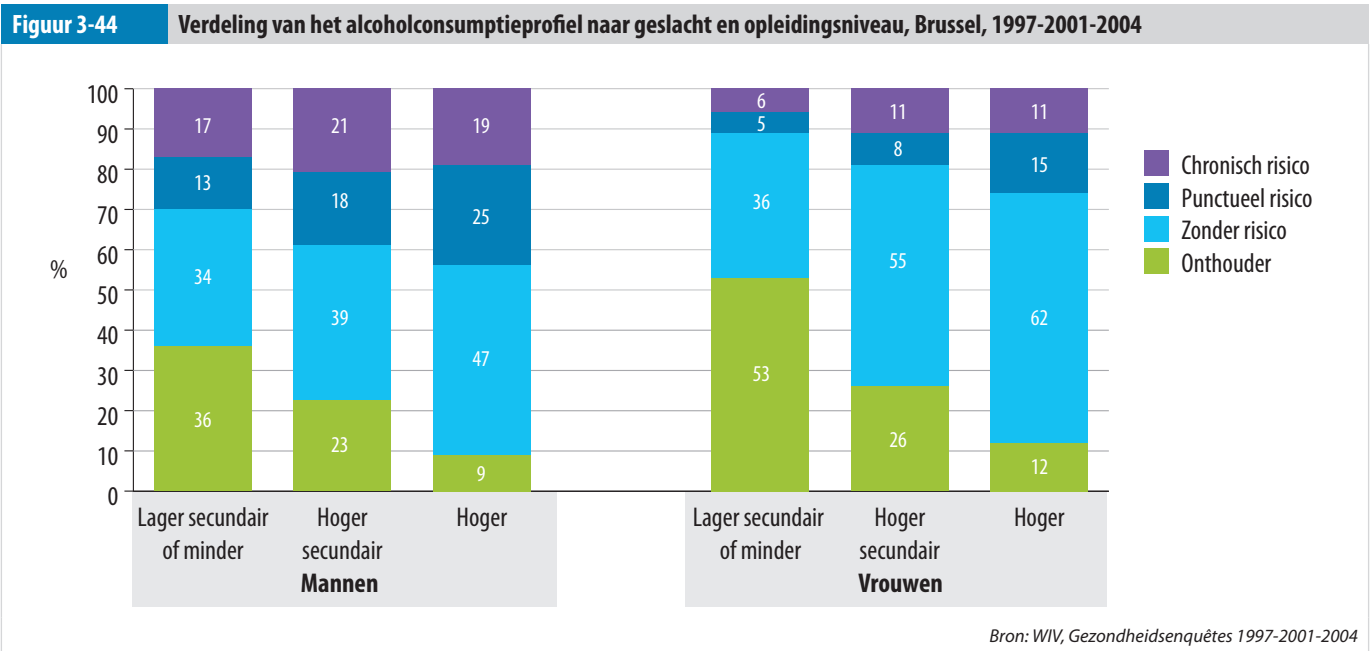
2.3.4 Gebruik van alcohol en andere drugs

Overmatig alcoholgebruik ligt aan de basis van verschillende gezondheidsproblemen, en in sommige landen draagt het bij tot de sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid (13). Alcoholgebruik wordt ook sterk beïnvloed door religieuze en culturele factoren. Dit verklaart waarom het aandeel Brusselaars die nooit alcohol drinken groter is bij de laagst geschoolden, een bevolkingsgroep met een groter aandeel Marokkaanse en Turkse migranten.

Bij mannen verschilt het aandeel alcoholgebruikers met een chronisch risico niet naargelang het diploma (figuur 3-44).

Wanneer echter alleen rekening wordt gehouden met de niet-geheelonthouders ligt het percentage gebruikers met een chronisch risico^[21] significant lager in de meer gegoede sociale categorie.

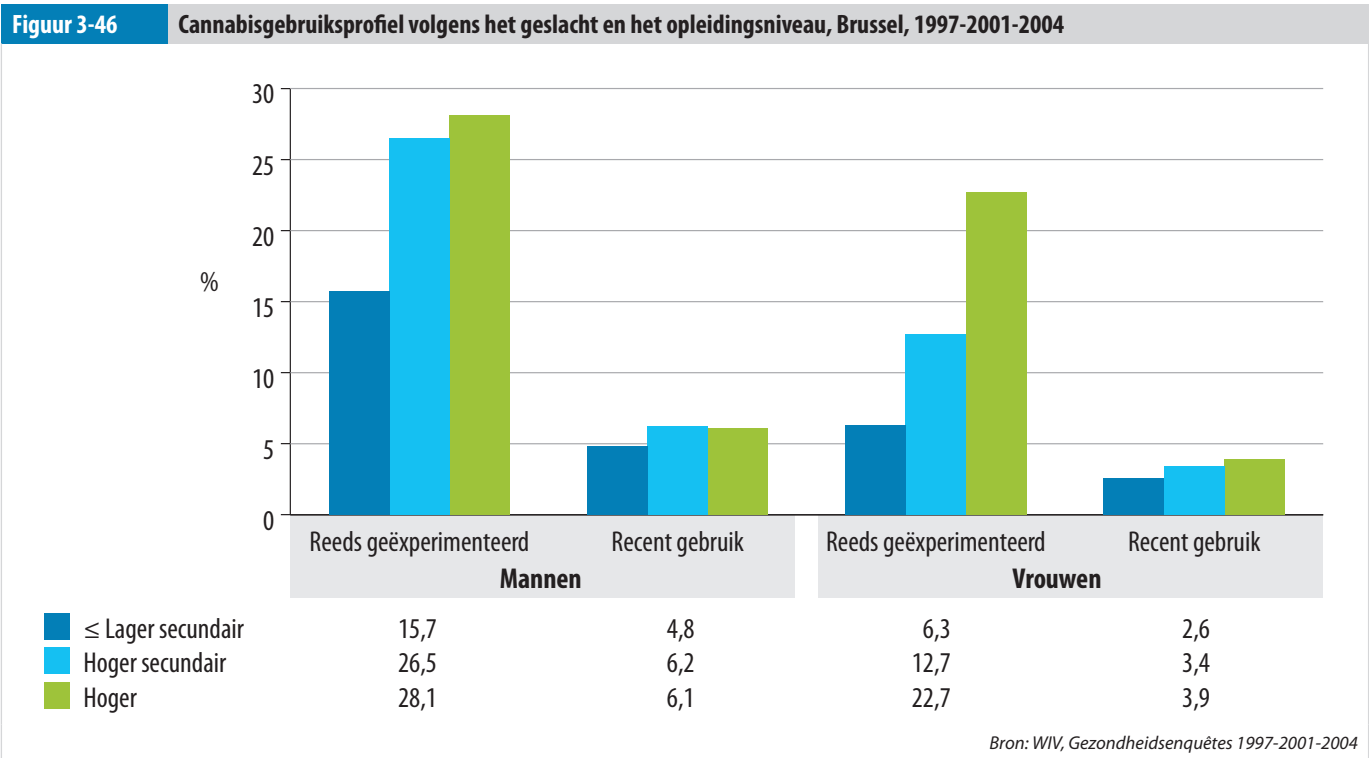
Bij vrouwen is het zeer grote aandeel Brusselse geheelonthouders onder de laagst geschoolden (meer dan de helft) een verklaring voor het feit dat het risicogebruik toeneemt met het opleidingsniveau. Als alleen rekening wordt gehouden met de niet-geheelonthouders bestaat er geen verschil in gebruikersprofiel tussen de opleidingsniveaus.



²¹ Mannen die meer dan 21 glazen alcohol per week drinken (meer dan 14 glazen voor vrouwen) of die minstens eenmaal per week meer dan 6 glazen na elkaar drinken.

Brusselse adolescenten lieten een frequenter alcoholgebruik optekenen bij leerlingen uit meer gegoede sociale milieus: 29,1 % van deze jongeren tussen 13 en 18 jaar gebruiken minstens 1 keer per week alcohol tegenover 12,6 % van de jongeren in de minst begoede milieus (bron HBSC, niet geïllustreerd).

In de Gezondheidsenquête wordt bij wie ouder is dan 15 een sociale gradiënt vastgesteld voor het **cannabisgebruik** die tegengesteld is aan die voor het tabaksgebruik: hoe hoger het opleidingsniveau, hoe groter het aandeel gebruikers (figuur 3-46). In de HBSC-enquête wordt bij de Brusselse adolescenten eveneens een frequenter cannabisgebruik waargenomen bij de leerlingen van meer gegoede sociale milieus, net zoals voor alcohol, zoals hierboven aangehaald (niet geïllustreerd). Niet alle levensgewoonten die nadelig zijn voor de gezondheid komen dus vaker voor in minder gegoede milieus.



Waarom nemen de verschillen toe?

De verschillen op het vlak van gezondheid tussen de armen en de rijken nemen toe in Brussel. Deze toename van de ongelijkheden is meestal het gevolg van een snellere en duidelijkere verbetering van de gezondheid voor de meest welgestelde bevolkingsgroepen. Dit verklaart de toename van de verschillen voor de mortaliteit vóór de leeftijd van één jaar, voor de mortaliteit door longkanker of ischemische hartziekten en de verschillen in levensverwachting bij mannen.

De toename van de verschillen kan evenwel ook worden verklaard door een verslechtering van de situatie van de meest achtergestelde bevolkingsgroepen, zoals voor obesitas en diabetes bij vrouwen of het tabaksgebruik bij mannen.

3. Multicultureel Brussel

3.1 INLEIDING

Het multiculturele karakter van het Brussels Gewest neemt nog toe (zie “Demografische context” in Deel I “Algemene Context”). Brusselaars van vreemde origine vormen een steeds groter aandeel van de bevolking, maar zij vormen geen homogene groep.

Er zijn Brusselaars afkomstig uit de arbeidsmigratie uit Italië, Spanje, Portugal, Griekenland, Turkije, Marokko, en daarna uit Oost-Europa, van de eerste, de tweede of de derde generatie; er zijn min of meer tijdelijke migranten die naar Brussel komen om te werken in de Europese instellingen, de NAVO of grote multinationals; er zijn mensen die in België hun toevlucht zoeken als gevolg van oorlogen of andere tragische gebeurtenissen in hun land van oorsprong; en tot slot zijn er nog diegenen die op zoek zijn naar een beter leven maar voorlopig in de clandestiniteit leven.

Deze situaties hebben niet allemaal dezelfde impact op de gezondheid. De levensomstandigheden (huisvesting, werk, enz.) - zowel in het land van oorsprong vóór de migratie als in het land van opvang -, de voedingsgewoonten, de cultuur, de religie en de tradities van het land van oorsprong spelen alle een belangrijke rol. De geestelijke en lichamelijke gezondheid kan bovendien worden beïnvloed door de al dan niet traumatiserende context van de migratie en de discriminatie waarmee bepaalde migrantengroepen worden geconfronteerd. Nog andere factoren tenslotte, zoals de kennis van de taal van het land van opvang, de sociale bijstand door andere leden van de gemeenschap, enz. kunnen eveneens een belangrijke rol spelen, onder andere met betrekking tot de toegang tot zorg en de kwaliteit van de behandeling.

De beschikbare gegevens zijn niet voldoende om een onderscheid te kunnen maken tussen al deze trajecten en al de verschillende factoren te bepalen die een invloed hebben op de gezondheid van de Brusselse migranten. De nationaliteit is immers de enige beschikbare variabele. Bovendien bestaan bepaalde gemeenschappen uit te weinig mensen om er rekening mee te kunnen houden in de statistische analyses. Dit hoofdstuk heeft dus niet de pretentie om de gezondheid van de verschillende migrantengroepen in het Brussels Gewest zeer nauwkeurig te onderzoeken, maar wel om een overzicht te geven van de invloed van de nationaliteit op de mortaliteit, de gezondheidstoestand en de gezonde levensstijl.

Voor alle gegevens in dit hoofdstuk, of ze nu afkomstig zijn uit de geboorte- of overlijdensstatistieken of uit de Nationale Gezondheidsenquête, is de vermelde nationaliteit de huidige nationaliteit (op het ogenblik van het overlijden of van de enquête). Voor de geboorten of sterfgevallen van kinderen jonger dan één jaar gaat het om de huidige nationaliteit van de moeder (voor de analyse werden de nationaliteiten gegroepeerd, de details van deze groepering zijn terug te vinden in deel VI Bronnen en methodologische toelichting, paragraaf 2.1 Variabelen en indicatoren).

Gezien het lage aantal bejaarden in elke bestudeerde nationaliteitsgroep, beperken de analyses zich tot personen jonger dan 75 jaar. De mortaliteit van kinderen jonger dan één jaar wordt afzonderlijk gepresenteerd.

Multiculturaliteit kan een verzachtende factor van de sociale gradiënt zijn

Zoals we in het vorige hoofdstuk gezien hebben, worden verschillende levensgewoonten die gunstig zijn voor de gezondheid vaker aangenomen in bepaalde migrantengemeenschappen, die ook een groter aantal achtergestelde personen tellen.

In Brussel zien we geen significante verschillen in de consumptie van groenten en fruit tussen sociale categorieën (21): dit kan verband houden met de omvang van de migrantenbevolking, die vaak veel groenten gebruikt in de traditionele keuken.

Het ontbreken van een duidelijke sociale gradiënt voor tabaksgebruik bij de Brusselse vrouwen kan worden verklaard door het feit dat er minder rokers zijn bij Marokkaanse migrantenvrouwen.

Zo is ook het aandeel Brusselaars die nooit alcohol drinken groter bij de laagst geschoolden, een bevolkingsgroep met een groter aandeel Marokkaanse en Turkse migranten.

De Marokkaanse migranten eten tot slot ook meer vis, waardoor de sociale gradiënt voor deze levensgewoonte kleiner wordt.

We zien dus dat de sociale ongelijkheden voor sommige gezondheidsproblemen in het Brussels Gewest afnemen omdat een niet te verwaarlozen groep migranten, die doorheen hun leven een levensstijl hebben/hebben gehad die relatief gunstiger is voor de gezondheid, ook tot de armste bevolkingsgroep behoort.

3.2 NATIONALITEIT EN PERINATALE GEZONDHEID

De impact van de nationaliteit van de moeder op de perinatale gezondheid werd uitgebreid behandeld in het dossier "Perinatale gezondheidsindicatoren in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest 1998-2004» (14). Hier worden hier slechts enkele bijgewerkte gegevens voor de periode 1998-2006 hernomen.

De multiculturaliteit van het Brussels Gewest wordt duidelijk zichtbaar wanneer de nationaliteit van de Brusselse moeders wordt bestudeerd.

Bij bijna de helft van de geboorten in het Brussels Gewest heeft de moeder niet de Belgische nationaliteit.

Tabel 3-04

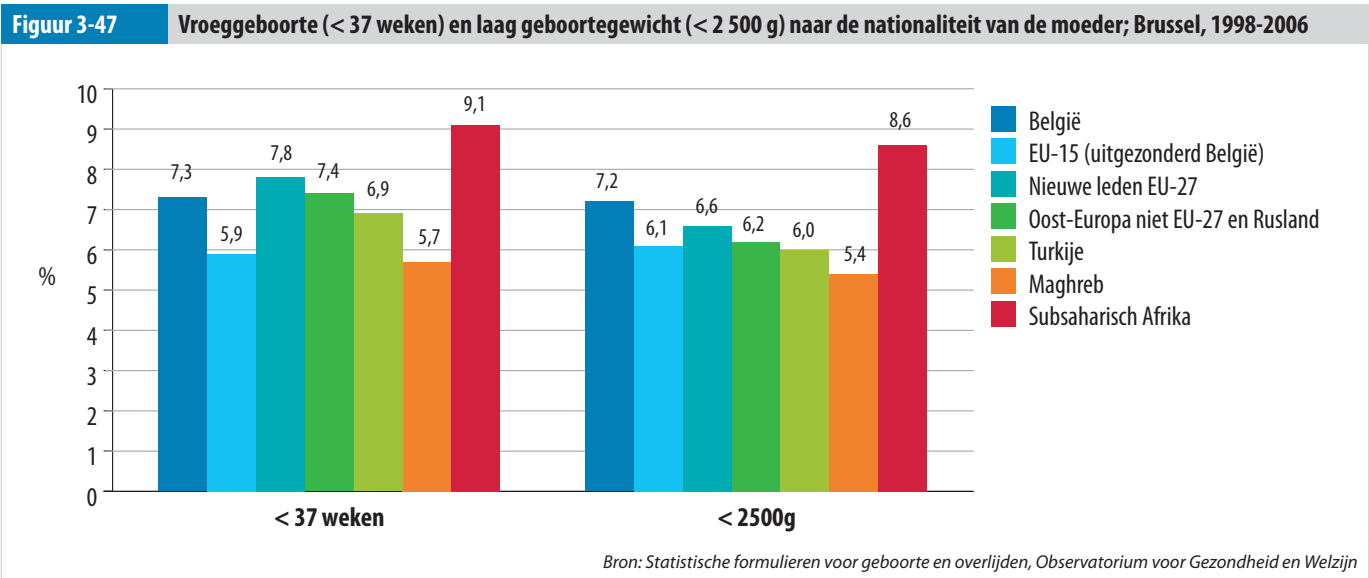
Aantal en percentage van de Brusselse geboorten volgens de huidige nationaliteit van de moeder 1998-2006

	n	%
België	74 767	54,2
EU-15 (zonder België)	17 495	12,7
Marokko	16 746	12,1
Nieuwe lidstaten EU-27	4 636	3,4
Turkije	4 301	3,1
Andere Subsaharisch Afrika	4 208	3,0
Congo (DRC)	3 737	2,7
Oost-Europa niet-EU-27 en Rusland	3 578	2,6
Zuid/Oost-Azië	2 455	1,8
Zuid/Centraal-Amerika en Caraïben	2 269	1,6
Andere Maghreblanden en Egypte	1 360	1,0
Noord/West-Azië en Nabije Oosten	1 400	1,0
Noord-Amerika	533	0,4
Andere Europa	163	0,1
Andere	306	0,2
Total	137 954	100

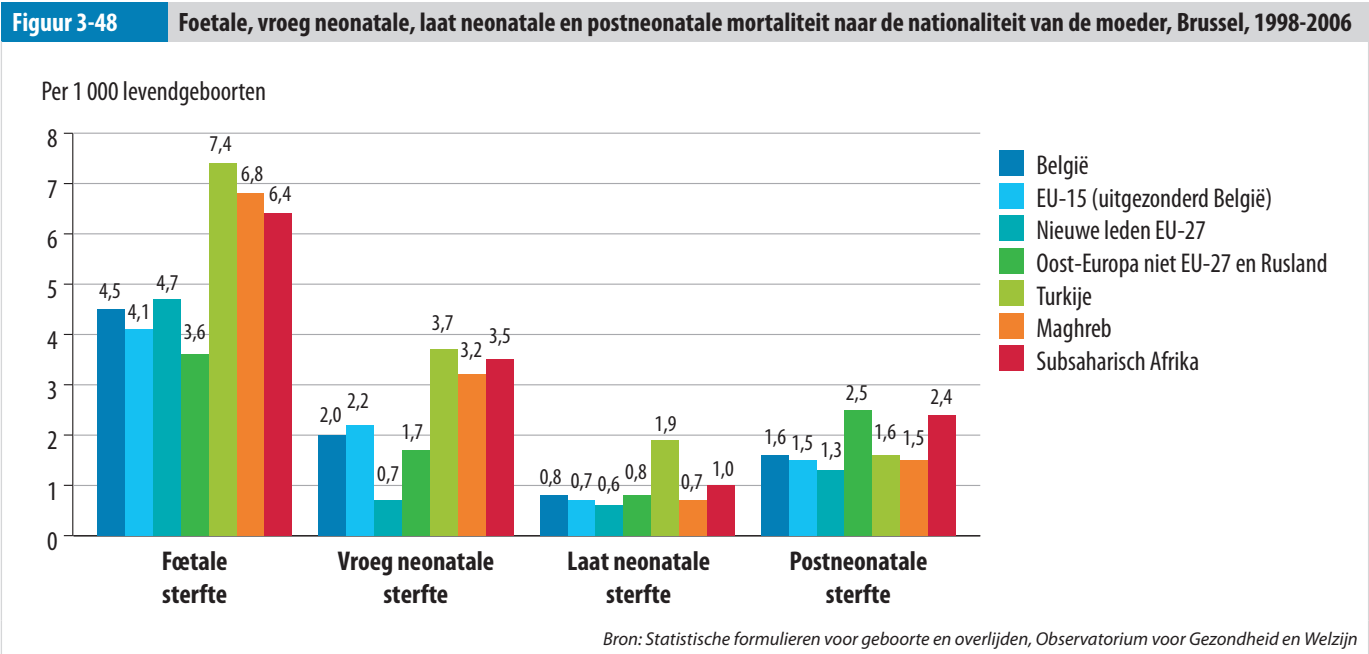
Bron: Statistische formulieren voor geboorte, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

Het aandeel vroeggeboorten en laag geboortegewicht verschilt naargelang de nationaliteit van de moeder. Pasgeborenen met een Marokkaanse moeder hebben minder vaak een laag geboortegewicht en worden minder vaak vroegtijdig geboren. De mogelijke verklaringen zijn de andere eetgewoonten, het vaker voorkomen van zwangerschapsdiabetes en minder rokende moeders.

Vroeggeboorten komen anderzijds wel duidelijk vaker voor bij moeders uit Subsaharisch Afrika. Dit kan waarschijnlijk worden verklaard door een combinatie van verschillende risicofactoren, zoals armoede, stress en meer infecties en pre-eclampsie (22; 23; 24).



De cijfers voor perinatale mortaliteit (definities zie voetnoot 12) tonen aan dat baby's van moeders met Turkse of Marokkaanse nationaliteit of uit Subsaharisch Afrika een hoger risico lopen op perinataal overlijden.



Na controle voor de leeftijd van de moeder en na uitsluiting van de meerlinggeboorten, zien we een hogere perinatale mortaliteit voor de kinderen van moeders met Turkse nationaliteit (+86 %), uit een Maghrebland (+67 %) of uit Subsaharisch Afrika (+68 %) (tabel 3-05). De oversterfte bij kinderen van een moeder uit Subsaharisch Afrika verdwijnt echter wanneer we rekening houden met de inkomensvariabele, hetgeen betekent dat de oversterfte grotendeels wordt verklaard door de armoede van deze gezinnen. Deze oversterfte kan in verband worden gebracht met het vaker voorkomen van een laag geboortegewicht en vroeggeboorten bij deze kinderen.

Na aanpassing voor het aantal inkomens in het gezin blijft de oversterfte van kinderen met een Turkse moeder of een moeder uit een Maghrebland daarentegen wel significant, hetgeen betekent dat ze niet enkel kan worden toegeschreven aan socio-economische omstandigheden. Deze oversterfte is paradoxaal gezien het lage aantal vroeggeboorten en laag geboortegewicht. De verklaringshypothesen die hiervoor worden gegeven zijn onder andere minder toegang tot zorg of een hogere frequentie van congenitale afwijkingen.

Tabel 3-05 Perinatale sterfte voor eenlinggeboorten naar de nationaliteit van de moeder, ruwe en aangepaste OR's, Brussel, 1998-2006			
Nationaliteit	Ruwe OR (BI 95 %)	OR (BI 95 %) aangepast voor de leeftijd	OR (BI 95 %) aangepast voor de leeftijd en het aantal inkomens in het gezin
België	1	1	1
EU-15 (zonder België)	0,92 (0,74-1,16)	0,90 (0,72-1,13)	0,91 (0,71-1,17)
Nieuwe lidstaten EU-27	0,83 (0,54-1,28)	0,86 (0,56-1,32)	0,52 (0,30-0,88)
Oost-Europa niet-EU-27 en Rusland	0,86 (0,51-1,36)	0,86 (0,53-1,40)	0,50 (0,27-0,92)
Turkije	1,76 (1,29-2,42)	1,86 (1,35-2,55)	1,65 (1,18-2,30)
Maghreb	1,65 (1,38-1,98)	1,67 (1,40-2,00)	1,53 (1,26-1,85)
Subsaharisch Afrika	1,66 (1,3-2,13)	1,68 (1,31-2,15)	1,16 (0,83-1,50)

Bron: Statistische formulieren voor geboorte en overlijden, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

3.3 NATIONALITEIT EN MORTALITEIT

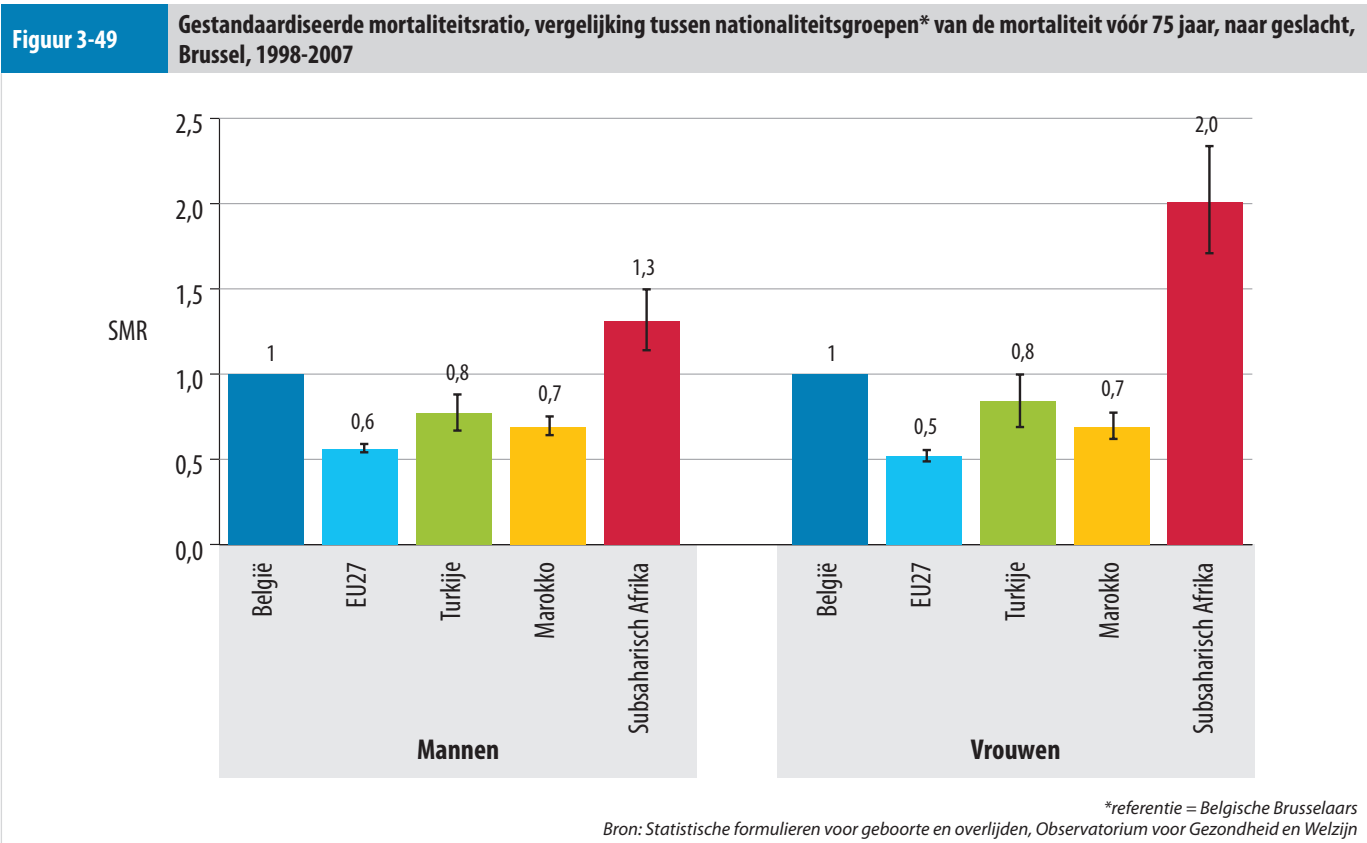
3.3.1 Algemene mortaliteit

De sterftecijfers zijn het laagst voor de Brusselse bevolking afkomstig uit een lidstaat van de EU27: na standaardisering voor leeftijd ligt de vroegtijdige sterfte voor deze bevolking bijna tweemaal lager dan voor de Belgische Brusselaars (zie figuur 3-49).

Dit kan worden verklaard door verschillende factoren. Om te beginnen is het waarschijnlijk dat een deel van de mensen afkomstig uit de EU in hun land van oorsprong overlijden; deze sterfgevallen worden dan niet in de overlijdensstatistieken opgenomen. Een tweede factor is de overschatting van de grootte van deze bevolking, omdat mensen die het Brussels Gewest verlaten niet systematisch worden geschraapt uit de bevolkingsregisters (25). Een derde factor zijn de socio-economische kenmerken: een flink deel van de Europese bevolking die in het Brussels Gewest woont, geniet een hogere sociale status. Bij de Europese arbeidsmigranten (uit Spanje, Italië, Griekenland,...) met een minder goede sociale status ten slotte kan het lagere sterftecijfer dan weer worden verklaard door hun gezondere levensgewoonten, vooral dan wat betreft voeding (26).

Vroegtijdig overlijden komt vaker voor bij mannen en vrouwen uit Subsaharisch Afrika dan bij Belgen. De voor leeftijd gestandaardiseerde mortaliteit bij vrouwen vóór 75 jaar ligt tweemaal hoger dan bij Belgische vrouwen; voor mannen is het verschil minder uitgesproken, maar toch significant (zie figuur 3-49). In onderstaande analyse van de mortaliteit per doodsoorzaak kunnen enkele hypothesen over de determinanten van deze oversterfte worden afgetoetst.

Voor Brusselaars met Marokkaanse nationaliteit ligt de mortaliteit vóór 75 jaar significant lager, zowel bij mannen als bij vrouwen. Na standaardisering voor de leeftijd is de vroegtijdige mortaliteit 31 % lager dan bij Belgen. Ook bij de Turkse bevolking liggen de mortaliteitscijfers vóór 75 jaar lager dan bij de Belgen, 23 % lager bij mannen en 16 % lager voor vrouwen (op grens van significantie) (zie figuur 3-49). Ook voor deze gemeenschappen kunnen dankzij de analyse van de doodsoorzaken deze vaststellingen worden genuanceerd.



3.3.2 De belangrijkste doodsoorzaken per nationaliteitsgroep

Tabel 3-06 bevat de resultaten van de analyse van de mortaliteit vóór 75 jaar na standaardisering volgens leeftijd^[22] voor de belangrijkste doodsoorzaken waarvoor er significante verschillen bestaan tussen nationaliteiten.

Tabel 3-06 Belangrijkste doodsoorzaken vóór 75 jaar per nationaliteit, SMR, naar geslacht, Brussel, 1998-2007*			
Doodsoorzaak	Nationaliteit	SMR (Betrouwbaarheidsinterval van 95 %)	
		MANNEN	VROUWEN
Mortaliteit alle oorzaken	België	1,00	1,00
	EU-27	0,56 (0,54-0,59)	0,52 (0,49-0,55)
	Marokko	0,69 (0,64-0,74)	0,69 (0,62-0,77)
	Turkije	0,77 (0,67-0,88)	0,84 (0,69-1,00)
	Subsaharisch Afrika	1,31 (1,14-1,50)	2,01 (1,71-2,34)
Ischemische hartziekten	België	1,00	1,00
	EU-27	0,61 (0,53-0,69)	0,39 (0,29-0,52)
	Marokko	0,79 (0,63-0,98)	1,17 (0,83-1,60)
	Turkije	0,96 (0,64-1,39)	1,36 (0,72-2,32)
	Subsaharisch Afrika	0,68 (0,33-1,25)	1,72 (0,69-3,55)
Cerebrovasculaire aandoeningen	België	1,00	1,00
	EU-27	0,71 (0,57-0,87)	0,59 (0,45-0,77)
	Marokko	0,80 (0,53-1,16)	0,91 (0,57-1,36)
	Turkije	1,24 (0,64-2,16)	1,33 (0,64-2,45)
	Subsaharisch Afrika	3,67 (2,17-5,78)	4,02 (2,25-6,63)
Longkanker	België	1,00	1,00
	EU-27	0,62 (0,54-0,69)	0,53 (0,42-0,66)
	Marokko	0,83 (0,66-1,02)	0,19 (0,08-0,39)
	Turkije	1,36 (0,97-1,85)	0,18 (0,02-0,65)
	Subsaharisch Afrika	0,48 (0,19-1,00)	0,18 (0,01-1,02)
Borstkanker	België		1,00
	EU-27		0,58 (0,47-0,69)
	Marokko		0,53 (0,34-0,77)
	Turkije		0,55 (0,34-1,07)
	Subsaharisch Afrika		1,47 (0,76-2,58)
Colorectale kanker	België	1,00	1,00
	EU-27	0,62 (0,47-0,81)	0,74 (0,54-0,99)
	Marokko	0,26 (0,09-0,56)	0,67 (0,33-1,20)
	Turkije	0,62 (0,17-1,58)	0,21 (0,01-1,15)
	Subsaharisch Afrika	1,00 (0,21-2,94)	0,91 (0,11-3,28)
Diabetes (totaal)	België	1,00	1,00
	EU-27	0,64 (0,53-0,76)	0,65 (0,49-0,84)
	Marokko	1,44 (1,13-1,81)	2,82 (2,18-3,58)
	Turkije	0,77 (0,39-1,38)	2,15 (1,21-3,55)
	Subsaharisch Afrika	2,31 (1,32-3,75)	2,44 (1,06-4,82)

22 Indirecte standaardisering, de referentiebevolking is de Belgische Brusselse bevolking (zie Deel VI “Bronnen en methodologische toelichting”).

Doodsoorzaak	Nationaliteit	SMR (Betrouwbaarheidsinterval van 95 %)	
		MANNEN	VROUWEN
Chronische ademhalingsziekten	België	1,00	1,00
	EU-27	0,63 (0,51-0,77)	0,31 (0,19-0,47)
	Marokko	0,53 (0,34-0,81)	0,51 (0,23-0,96)
	Turkije	0,85 (0,41-1,57)	0,58 (0,12-1,69)
	Subsaharisch Afrika	0,80 (0,22-2,05)	0,90 (0,11-3,22)
Alcoholgerelateerde aandoeningen (ruim totaal)	België	1,00	1,00
	EU-27	0,40 (0,35-0,46)	0,33 (0,25-0,43)
	Marokko	0,15 (0,09-0,24)	0,15 (0,06-0,33)
	Turkije	0,03 (0,00-0,15)	0,08 (0,00-0,47)
	Subsaharisch Afrika	0,58 (0,32-0,95)	1,21 (0,52-2,39)
Verkeersongevallen	België	1,00	1,00
	EU-27	0,49 (0,32-0,71)	0,26 (0,08-0,60)
	Marokko	1,28 (0,83-1,89)	0,37 (0,04-1,33)
	Turkije	0,58 (0,12-1,69)	0,62 (0,02-3,43)
	Subsaharisch Afrika	1,05 (0,39-2,29)	0,63 (0,02-3,49)
Andere ongevallen	België	1,00	1,00
	EU-27	0,57 (0,44-0,72)	0,49 (0,32-0,71)
	Marokko	1,02 (0,72-1,41)	0,54 (0,23-1,07)
	Turkije	0,82 (0,36-1,62)	0,92 (0,25-2,36)
	Subsaharisch Afrika	1,90 (1,11-3,04)	1,61 (0,52-3,76)
Zelfmoord	België	1,00	1,00
	EU-27	0,39 (0,31-0,48)	0,38 (0,27-0,51)
	Marokko	0,36 (0,23-0,53)	0,17 (0,06-0,40)
	Turkije	0,32 (0,12-0,69)	0,24 (0,03-0,85)
	Subsaharisch Afrika	0,57 (0,30-1,00)	0,13 (0,00-0,70)
Moord	België	1,00	1,00
	EU-27	0,77 (0,47-1,21)	0,15 (0,03-0,44)
	Marokko	1,83 (1,03-3,02)	0,37 (0,04-1,33)
	Turkije	7,32 (4,19-12,0)	-
	Subsaharisch Afrika	2,41 (0,88-5,24)	0,63 (0,02-3,50)

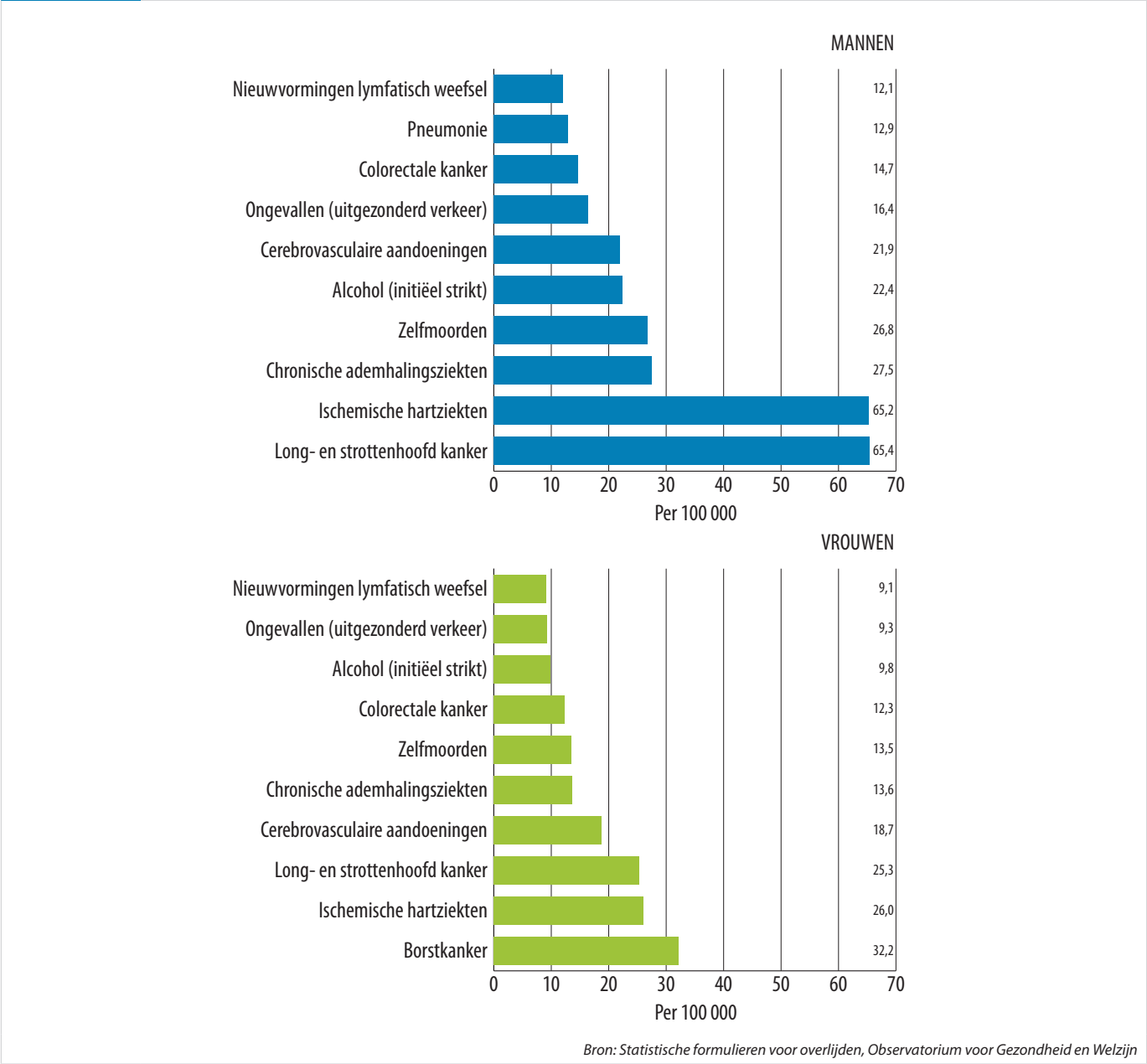
*De statistisch significante verschillen hebben een gekleurde achtergrond.
Bron: Statistische formulieren voor overlijden, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

De belangrijkste doodsoorzaken vóór 75 jaar verschillen naargelang de nationaliteit. De tien belangrijkste doodsoorzaken worden op de volgende bladzijden voorgesteld voor elke nationaliteitsgroep^[23].

23 Het betreft hier de sterftecijfers vóór 75 jaar zonder standaardisering volgens leeftijd. De verschillen tussen de verschillende nationaliteitsgroepen kunnen dus deels worden verklaard door leeftijdsstructuurverschillen van de bevolking jonger dan 75 jaar.

Hieronder staat de “top 10” van de belangrijkste doodsoorzaken vóór 75 jaar voor de Belgische Brusselaars voor de periode 1998-2007. Bij de mannen zijn longkanker en ischemische hartziekten bijna samen de belangrijkste doodsoorzaken. Bij de vrouwen is borstkanker de belangrijkste doodsoorzaak, gevolgd door ischemische hartziekten en longkanker.

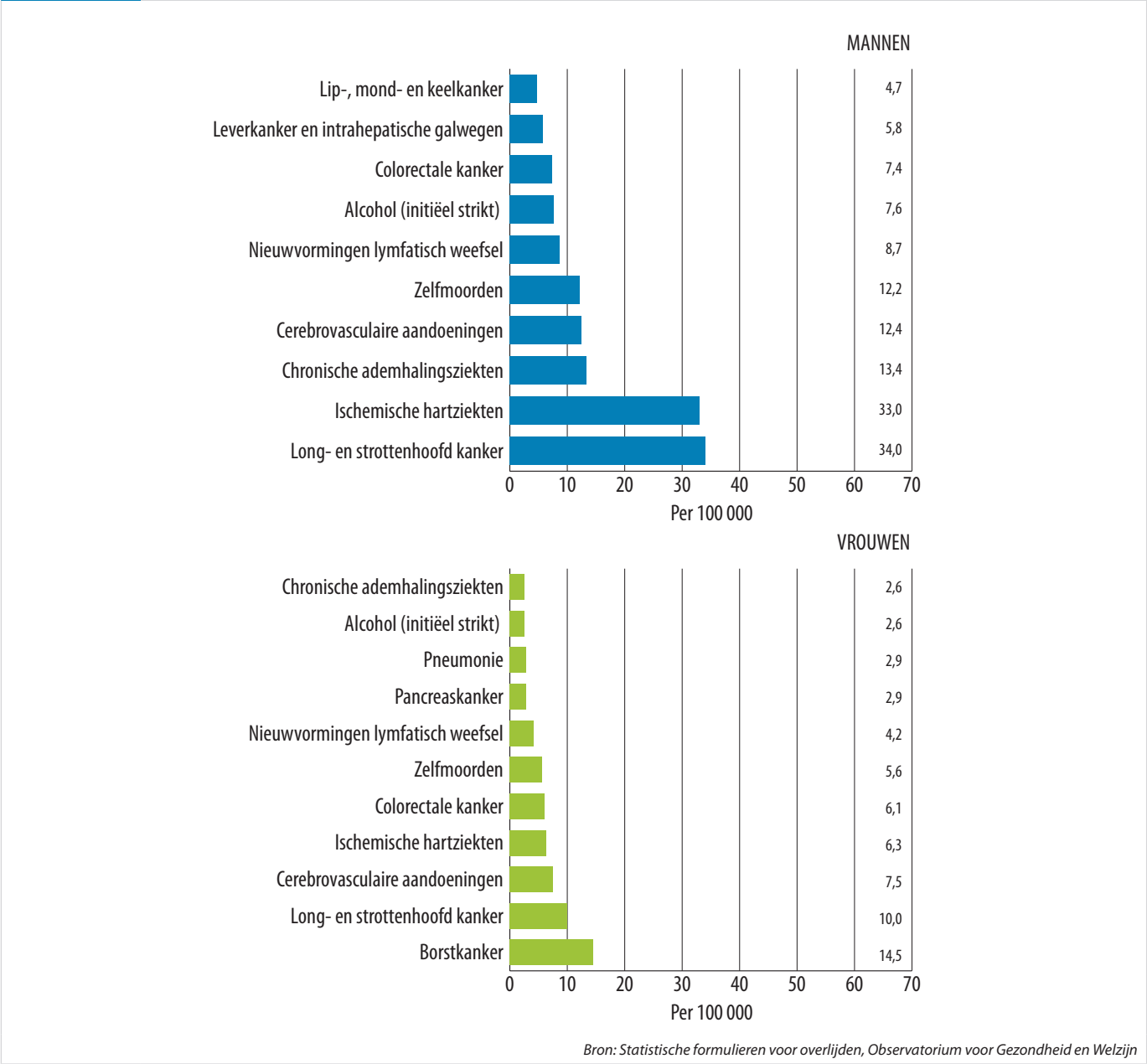
Figuur 3-50 Ruwe sterftcijfers vóór 75 jaar, top 10 per geslacht voor de Belgische Brusselaars, 1998-2007



Brusselaars uit de EU-27

Het profiel van de belangrijkste doodsoorzaken van Brusselaars uit de EU-27 lijkt sterk op dat van de Belgische Brusselaars, maar de niet gestandaardiseerde cijfers voor de meeste doodsoorzaken liggen beduidend lager. De interpretatie van de waargenomen verschillen is moeilijk; verschillende hypothesen verklaren de lagere sterftcijfers voor deze groep (zie hoger).

Figuur 3-51 Ruwe sterftcijfers vóór 75 jaar, top 10 per geslacht voor de Brusselaars uit de EU-27, 1998-2007

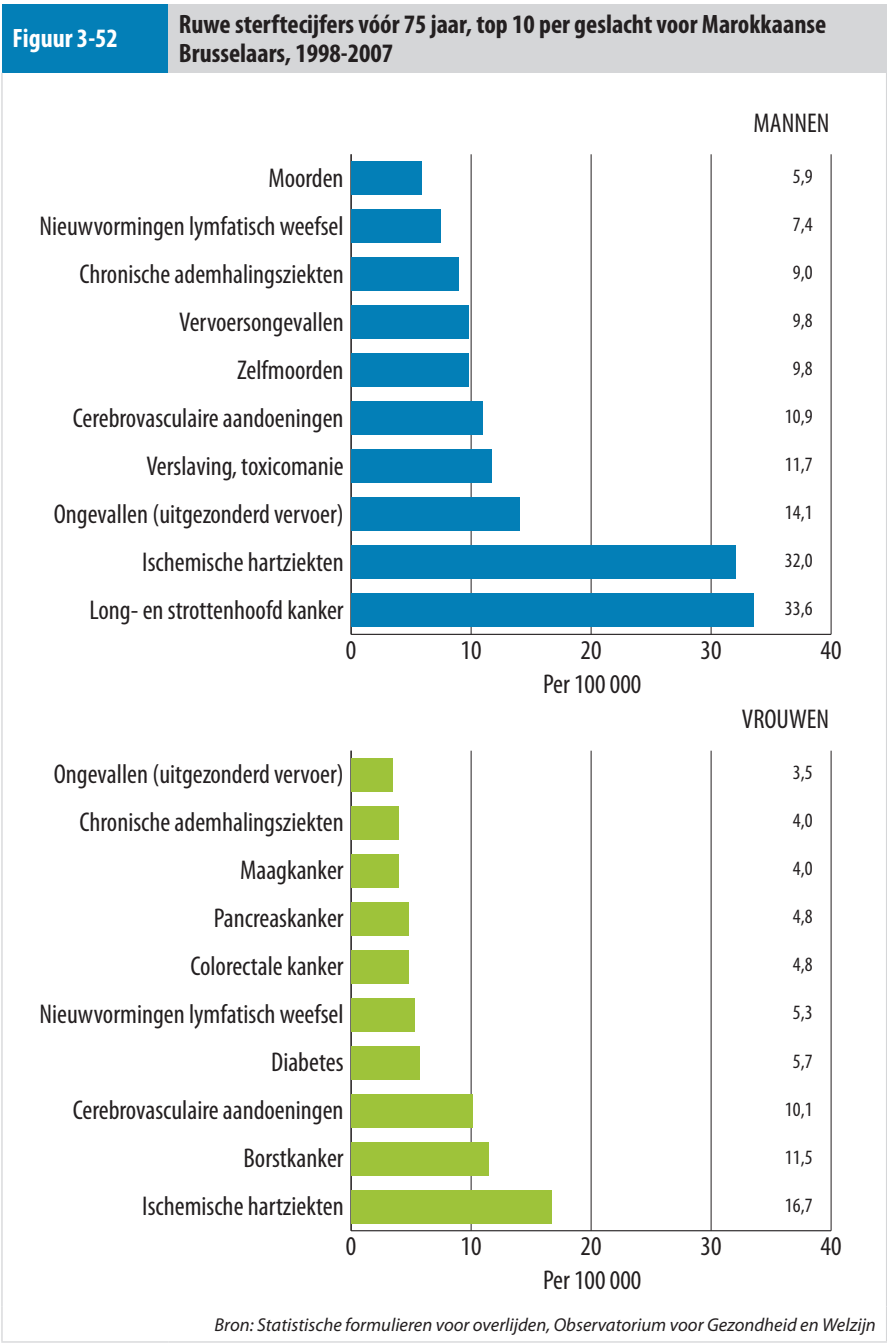


De “top 10” van de belangrijkste doodsoorzaken vóór 75 jaar verschilt aanzienlijk van die van de Belgische bevolking, ook al zijn hier longkanker en ischemische hartziekten bij de mannen eveneens de belangrijkste.

Bij de Marokkaanse mannen zien we een hoger ongestandaardiseerd sterftecijfer voor toxicomanie, de vierde oorzaak van vroegtijdig overlijden ^[24]. Ook de sterftecijfers voor verkeersongevallen en moord zijn hoger dan voor de Belgen. Belangrijke doodsoorzaken bij de Belgische bevolking, zoals alcohol en colorectale kanker, behoren dan weer niet tot de belangrijkste doodsoorzaken.

Bij de vrouwen is borstkanker niet de belangrijkste doodsoorzaak vóór 75 jaar. Hier staan ischemische hartziekten bovenaan. Diabetes, zelfs in de meest enge definitie ervan ^[25] (vermeld als initiële doodsoorzaak), is de vierde doodsoorzaak vóór 75 jaar.

Maagkanker, met een hoger ongestandaardiseerd cijfer dan bij de Belgen, is een van de belangrijkste doodsoorzaken bij Marokkaanse vrouwen. Een hele reeks belangrijke doodsoorzaken die voorkomen bij Belgische vrouwen vinden we hier niet terug, zoals longkanker, zelfmoord en alcohol.



De sterftecijfers voor Marokkaanse Brusselaars liggen aanzienlijk lager dan voor de Belgische bevolking, behalve in de perinatale periode. Deze lagere mortaliteit kan grotendeels worden verklaard door gezondere levensgewoonten.

²⁴ De intraveneuze injectie van drugs vertegenwoordigt 55 % van de waarschijnlijke overdrachtswijzen van aids bij zieken van Noord-Afrikaanse origine (bron: Sasse A., Defraye A., Buziarsist J., Van Beckhoven D., Epidemiologie van aids en hiv-infectie in België, toestand op 31/12/2008, WIV, 2009).

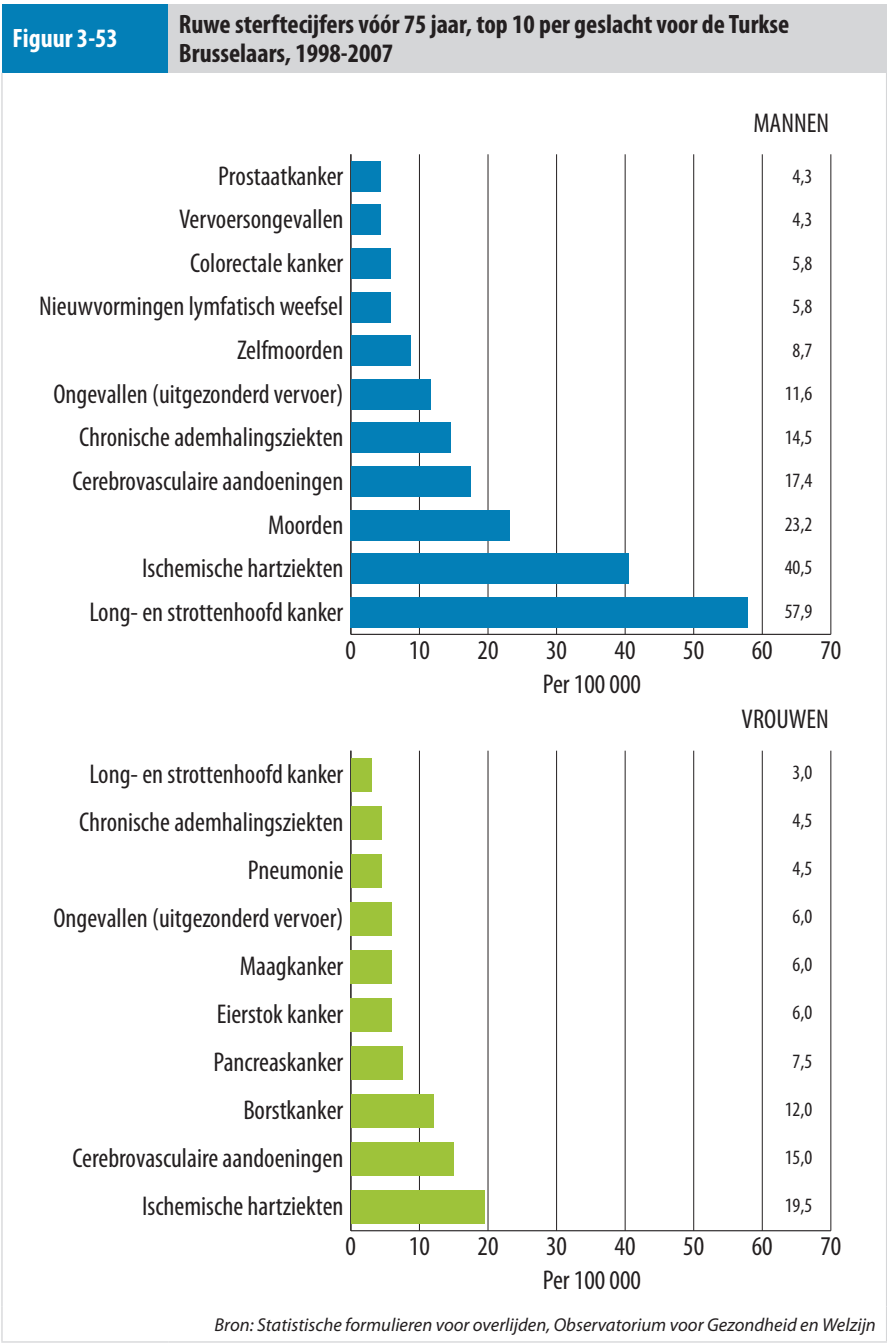
²⁵ Zie verder voor een nauwkeurigere beschrijving van de mortaliteit door diabetes naargelang de nationaliteit.

Ook hier verschilt de “top 10” van de belangrijkste doodsoorzaken vóór 75 jaar aanzienlijk van die van de Belgische bevolking.

Bij de mannen staat longkanker met grote voorsprong op één, op afstand gevolgd door ischemische hartziekten. Het sterftecijfer door moord ligt duidelijk hoger dan dat van de Belgische bevolking, en moord is zelfs de derde doodsoorzaak vóór 75 jaar bij Turkse mannen.

Voor de vrouwen komt borstkanker pas op de derde plaats, na ischemische hartziekten en cerebrovasculaire aandoeningen. Net zoals voor Marokkaanse vrouwen komt een hele reeks belangrijke doodsoorzaken die we terugvinden bij Belgische vrouwen, zoals zelfmoord en alcohol, niet voor in de top 10 bij Turkse vrouwen.

De mortaliteit door pancreaskanker is hoger en vormt de vierde doodsoorzaak vóór 75 jaar. Maagkanker, met een aanzienlijk hoger ongestandaardiseerd cijfer dan bij Belgen en Marokkanen, komt op de zesde plaats. Het sterftecijfer als gevolg van diabetes haalt, wanneer we enkel rekening houden met de initiële doodsoorzaak, de top 10 niet. Maar wanneer we ook rekening houden met diabetes als geassocieerde doodsoorzaak, ligt het sterftecijfer veel hoger (zie verder).



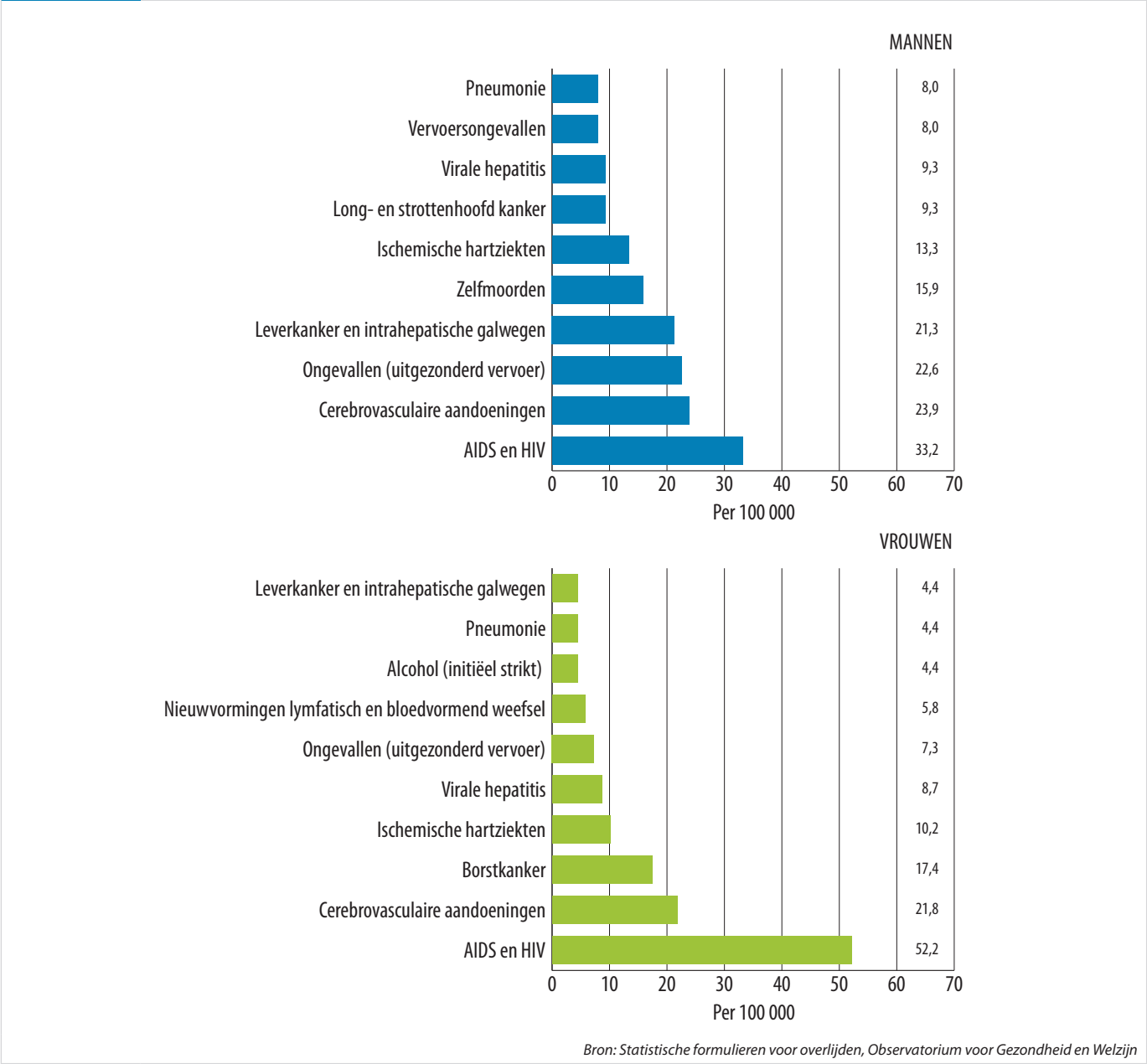
De gezondheidsindicatoren van de Turkse Brusselaars liggen in de buurt van die van de Marokkanen. Bij de mannen wordt wel een hoger tabaksgebruik, en bijgevolg een hoger sterftecijfer door longkanker vastgesteld.

Brusselaars uit Subsaharisch Afrika

De oversterfte vóór 75 jaar bij mannen en vrouwen uit Subsaharisch Afrika heeft verschillende oorzaken. Hiv/aids is de belangrijkste doodsoorzaak, zowel voor mannen als voor vrouwen, maar het sterftecijfer bij de vrouwen is duidelijk hoger. Cerebrovasculaire aandoeningen komen op de tweede plaats. Afrikaanse mannen en vrouwen sterven ook vaker aan leverkanker en hepatitis.

Bij de mannen wordt ook een oversterfte door ongevallen vastgesteld. Het relatieve aandeel van ischemische hartziekten en longkanker is dan weer veel kleiner dan bij de Belgische mannen (wat kan worden verklaard door een andere leeftijdsstructuur van deze Brusselse populatie).

Figuur 3-54 Ruwe sterftecijfers vóór 75 jaar, top 10 per geslacht voor de Brusselaars uit Subsaharisch Afrika, 1998-2007



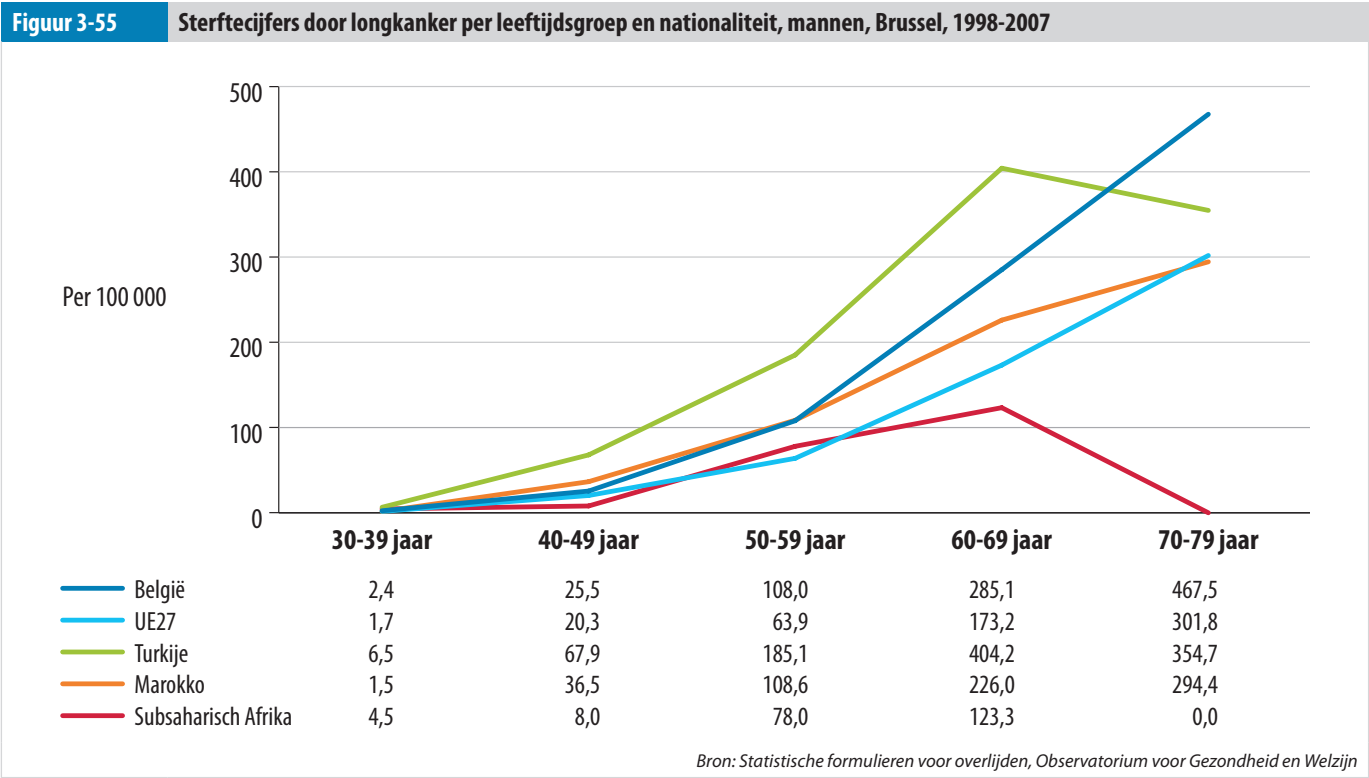
Brusselaars uit Subsaharisch Afrika lijken een bijzonder kwetsbare groep te zijn op het vlak van gezondheid, zowel voor de perinatale periode met een hoog aantal vroeggeboorten en foeto-infantiele sterfgevallen, als op volwassen leeftijd. De sterftecijfers voor deze gemeenschap liggen hoger als gevolg van de infecties opgelopen in de landen van oorsprong (aids, hepatitis), maar ook van cerebrovasculaire accidenten, diabetes en ongevallen (behalve verkeersongevallen).

3.3.3 Grote doodsoorzaken en nationaliteit

Kankers

De verschillen in mortaliteit **door longkanker** naargelang de nationaliteit zijn zeer groot tussen mannen en vrouwen. Bij de mannen jonger dan 65 jaar worden de hoogste sterftcijfers waargenomen bij de Turkse Brusselaars. Dit kan ongetwijfeld worden verklaard doordat Turkse mannen veel roken (zie verder). De sterftcijfers liggen daarentegen significant lager voor de Brusselaars uit de EU-27. Voor Marokkaanse mannen zien we cijfers die in de buurt liggen

van die van de Belgen vóór 60 jaar, maar die lager zijn na 60 jaar (zie figuur 3-55). Voor vrouwen (niet geïllustreerd) zijn de sterftcijfers het hoogst voor de Brusselse vrouwen met Belgische nationaliteit. Na standaardisering volgens leeftijd ligt het sterftcijfer vóór 75 jaar vijfmaal lager voor Marokkaanse en Turkse vrouwen. Deze verschillen zijn waarschijnlijk te verklaren door de rookgewoonten (zie verder).

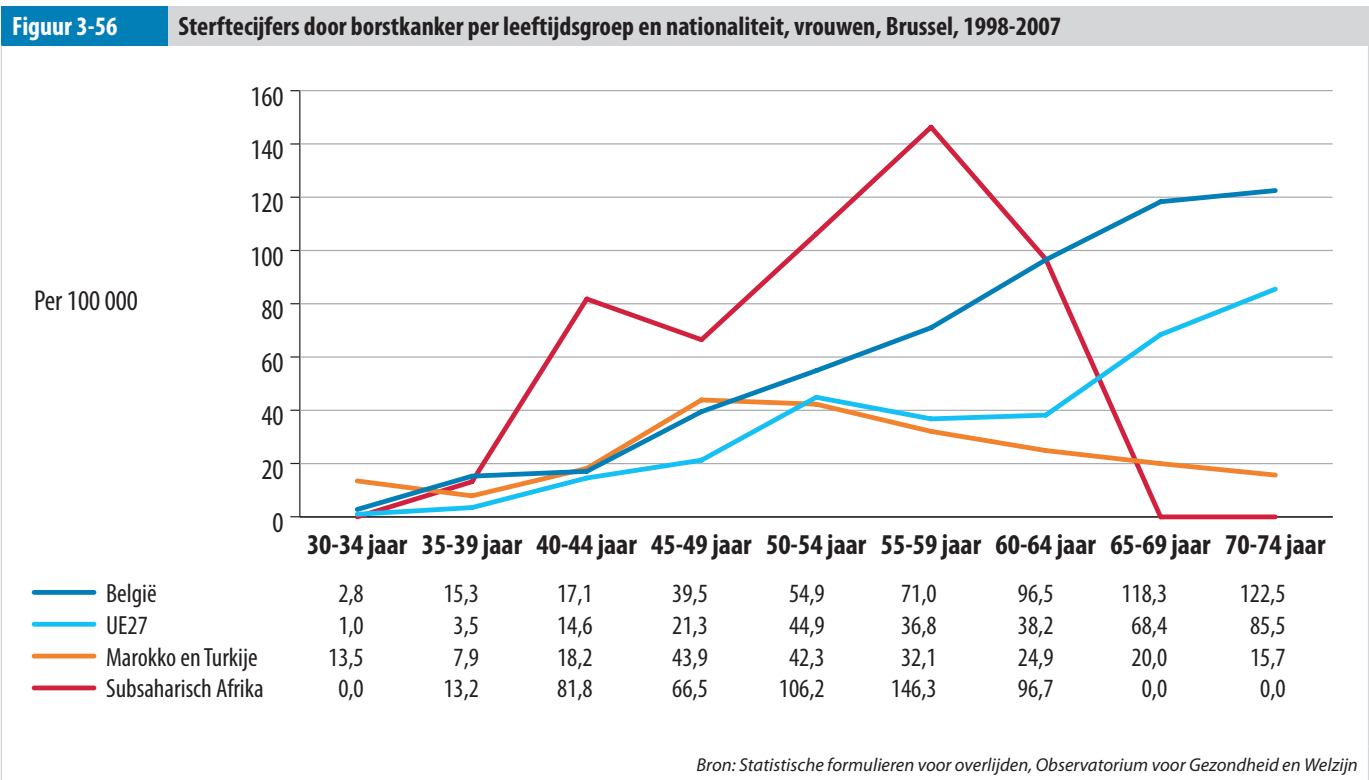


Ook het sterftecijfer door **borstkanker** verschilt naargelang de nationaliteit. Na controle voor de leeftijd is het sterftecijfer vóór 75 jaar door borstkanker significant lager bij vrouwen uit een lidstaat van de EU-27 dan bij Belgische vrouwen.

Het ligt ook lager voor Turkse en Marokkaanse vrouwen (zie tabel 3-06 in paragraaf 3.3.2). Voor deze laatsten zien we een wijziging van de relatieve risico's vanaf 50 jaar: vóór 50 jaar verschilt het sterftecijfer niet significant van dat van de Belgische vrouwen, terwijl de mortaliteit bij Turkse en Marokkaanse vrouwen ouder dan 50 jaar, na standaardisering voor leeftijd, driemaal lager ligt dan die bij

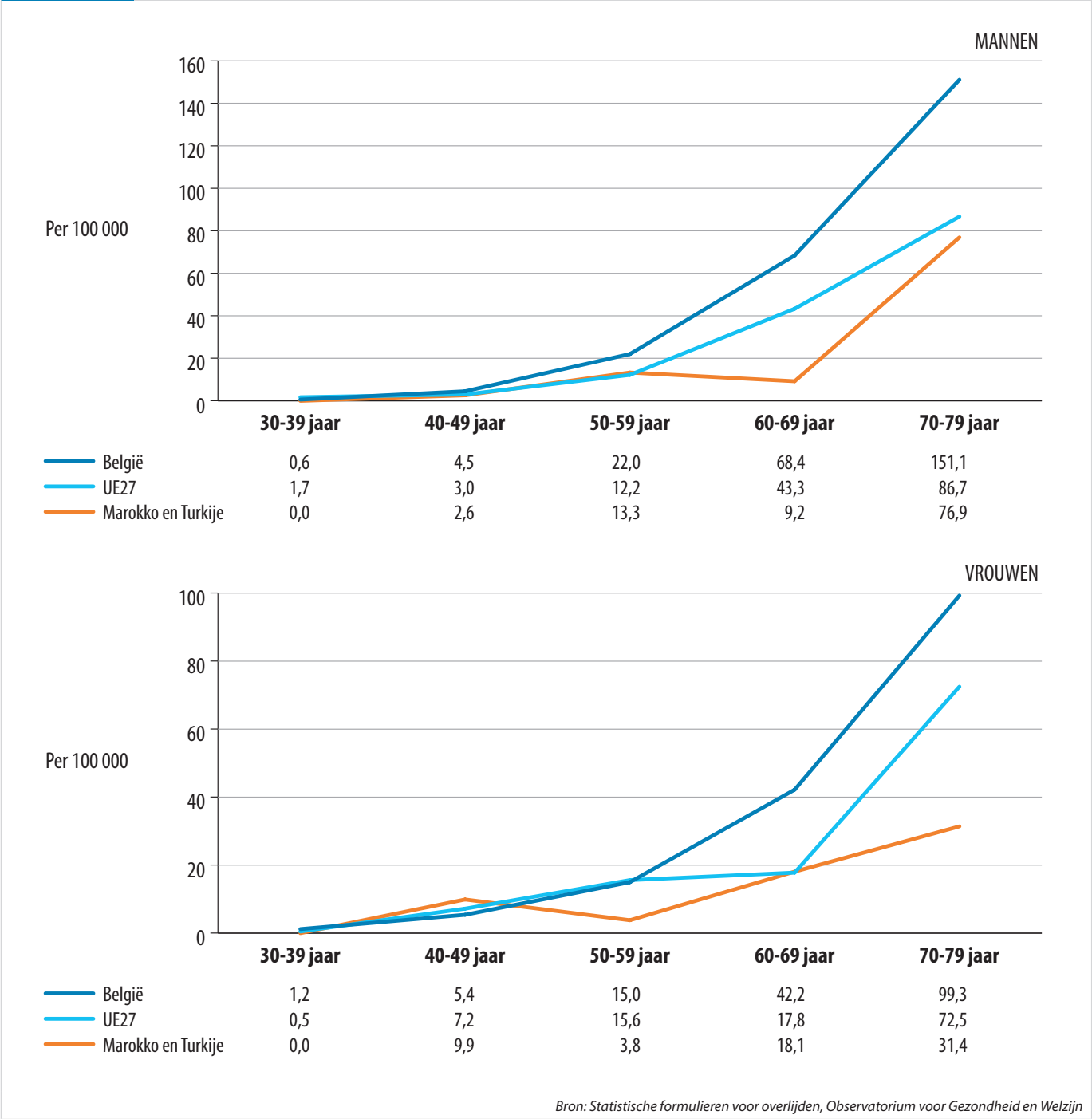
Belgische vrouwen (SMR = 0,33 (0,19–0,54)). Deze verschillen kunnen deels worden verklaard door de beschermende factoren die hierboven reeds zijn aangehaald: Turkse en Marokkaanse vrouwen ouder dan 50 jaar hebben hun eerste kind op jongere leeftijd gekregen en hebben meer kinderen gekregen dan Belgische vrouwen ouder dan 50 jaar.

Het sterftecijfer vóór 65 jaar door borstkanker ligt daarentegen hoger bij vrouwen uit Subsaharisch Afrika dan bij Belgische vrouwen (zie figuur 3-56). Het is niet onmogelijk dat er ongelijkheden zijn te wijten aan minder toegang tot zorg of een latere behandeling.



Het sterftecijfer door **colorectale kanker** is lager voor de Brusselaars uit de EU-27, Turkije en Marokko dan voor de Belgen. De mortaliteit vóór 75 jaar ligt significant lager voor mannen en vrouwen uit de EU-27 en de Marokkaanse mannen (zie tabel 3-06 in paragraaf 3.3.2).

Figuur 3-57 Sterftecijfers door colorectale kanker per leeftijdsgroep en nationaliteit, Brussel, 1998-2007



Cardiovasculaire aandoeningen

De mortaliteit door ischemische hartziekten (niet geïllustreerd) is significant lager voor mannen en vrouwen uit een lidstaat van de EU-27 (-40 % en -61 %) en voor Marokkaanse mannen (-20 %) dan voor Belgen.

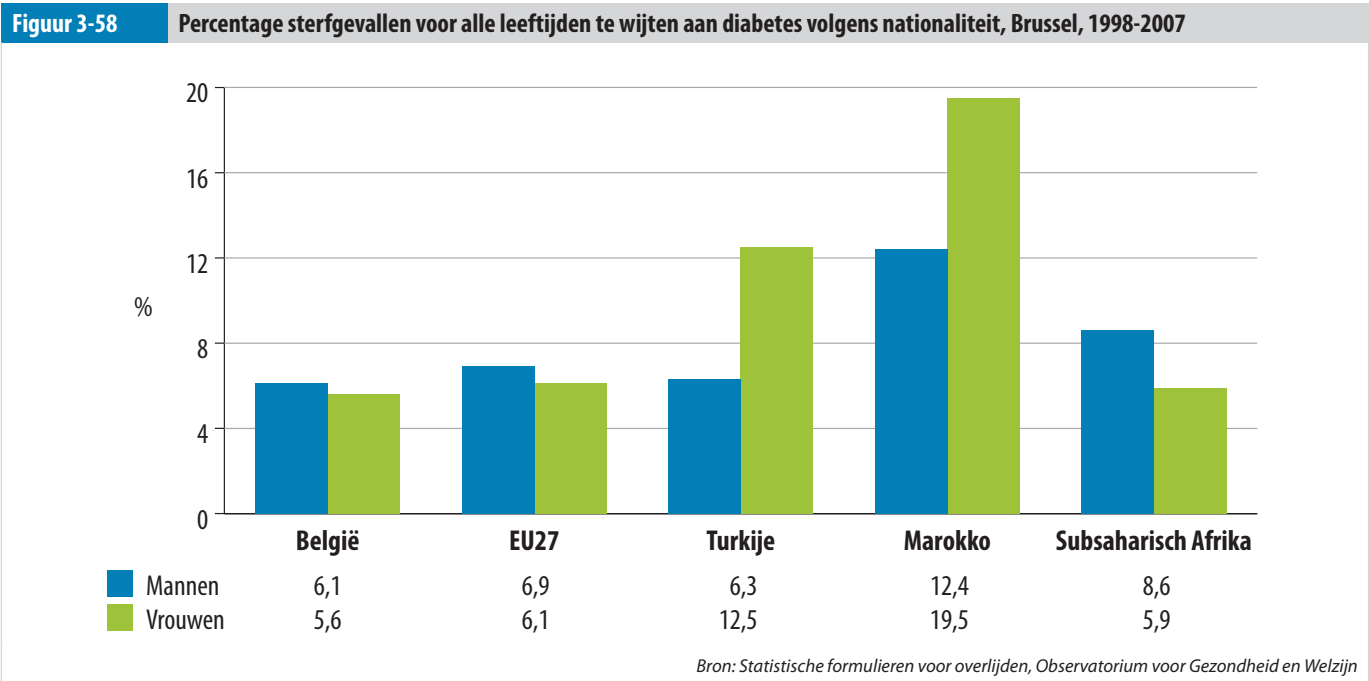
De mortaliteit door een cerebrovasculair accident (niet geïllustreerd) ligt duidelijk hoger voor Brusselaars uit Subsaharisch Afrika dan voor Belgen. Het gestandaardiseerde sterftecijfer vóór 75 jaar bij mannen ligt 3,7 maal hoger en dat bij vrouwen 4,0 maal hoger dan bij Belgen. Talrijke studies hebben gewezen op eenzelfde fenomeen, zowel voor de zwarte bevolkingsgroepen in

de Verenigde Staten als voor de migranten uit Afrika en de Caraïben in het Verenigd Koninkrijk. Deze oversterfte heeft deels te maken met een hogere prevalentie van hoge bloeddruk in deze groepen. Auteurs halen ook de hypothese aan van een minder goede behandeling van hoge bloeddruk en van een hogere prevalentie van diabetes (27; 28).

Het sterftecijfer van de Marokkanen (mannen en vrouwen) ligt in de buurt van dat van de Belgen vóór 70 jaar en is lager na 70 jaar. De cijfers voor de bejaarde Turkse bevolking liggen iets hoger dan die voor de Belgische bevolking.

Diabetes

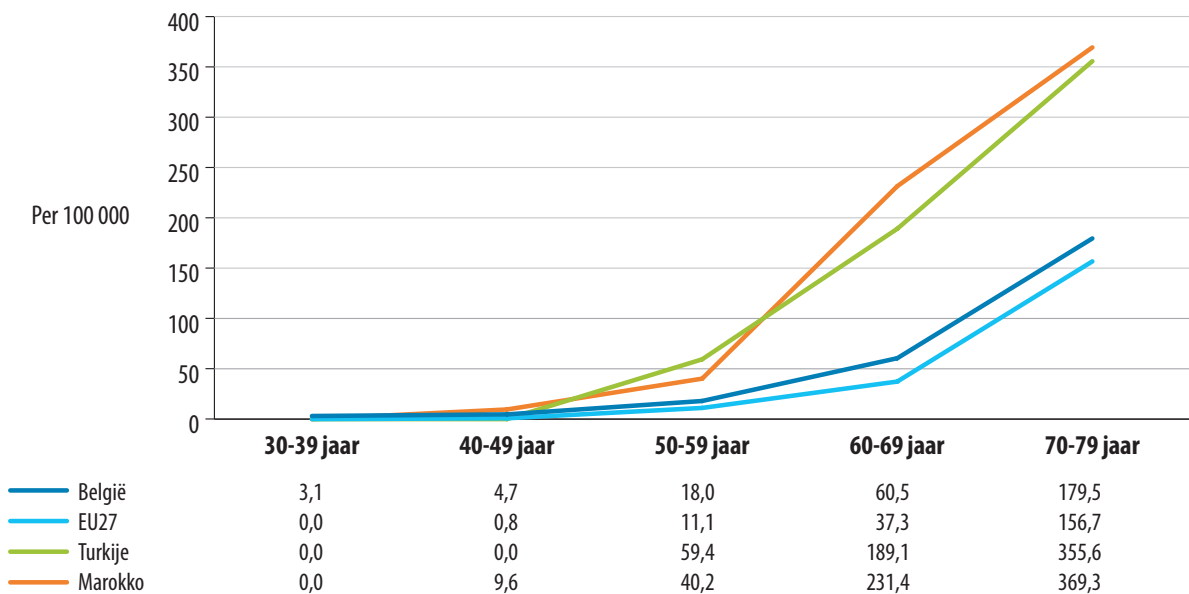
Het aandeel in de sterfgevallen te wijten aan diabetes (ruime definitie) is groter voor de Brusselse bevolking met Marokkaanse nationaliteit (en voor Turkse vrouwen). Diabetes is voor alle leeftijden samen verantwoordelijk voor 12 % van de sterfgevallen bij Marokkaanse mannen en een op de vijf sterfgevallen bij Marokkaanse vrouwen.



De sterftcijfers liggen een heel stuk hoger voor de Marokkaanse en Turkse vrouwen dan voor de Belgische vrouwen of vrouwen uit een lidstaat van de EU-27. De gestandaardiseerde sterftcijfers van de Marokkaanse en Turkse vrouwen liggen respectievelijk 2,8 en 2,2 maal hoger dan die van de Belgische vrouwen.

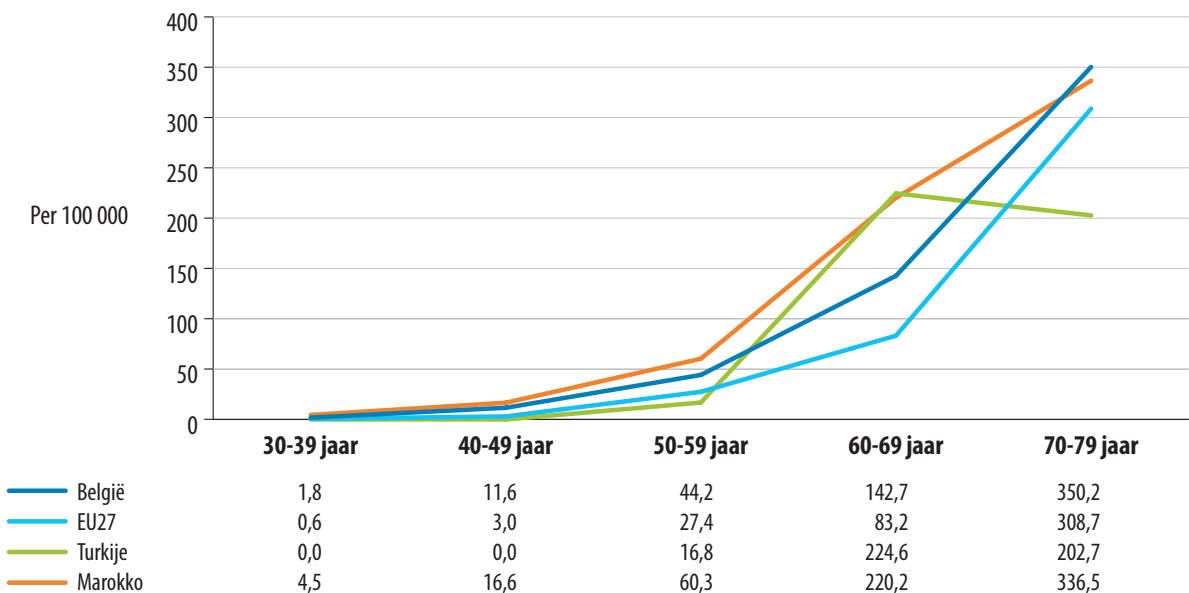
Ook bij Marokkaanse mannen, maar niet bij Turken, zien we een oversterfte te wijten aan diabetes (zie ook tabel 3-06 in paragraaf 3.3.2).

Figuur 3-59 Sterftcijfers voor diabetes naar leeftijd en nationaliteit, vrouwen, Brussel, 1998-2007



Bron: Statistische formulieren voor overlijden, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

Figuur 3-60 Sterftcijfers door diabetes per leeftijdsgroep volgens nationaliteit, mannen, Brussel, 1998-2007



Bron: Statistische formulieren voor overlijden, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

Ook bij de bevolking uit Subsaharisch Afrika (niet vertegenwoordigd in de bovenstaande grafieken omwille van het lage aantal sterfgevallen in sommige

leeftijdscategorieën) ligt het risico te overlijden aan diabetes tweemaal hoger dan bij de Belgische bevolking (zie tabel 3-06 in paragraaf 3.3.2).

3.4 GEZONDHEIDSTOESTAND EN NATIONALITEIT

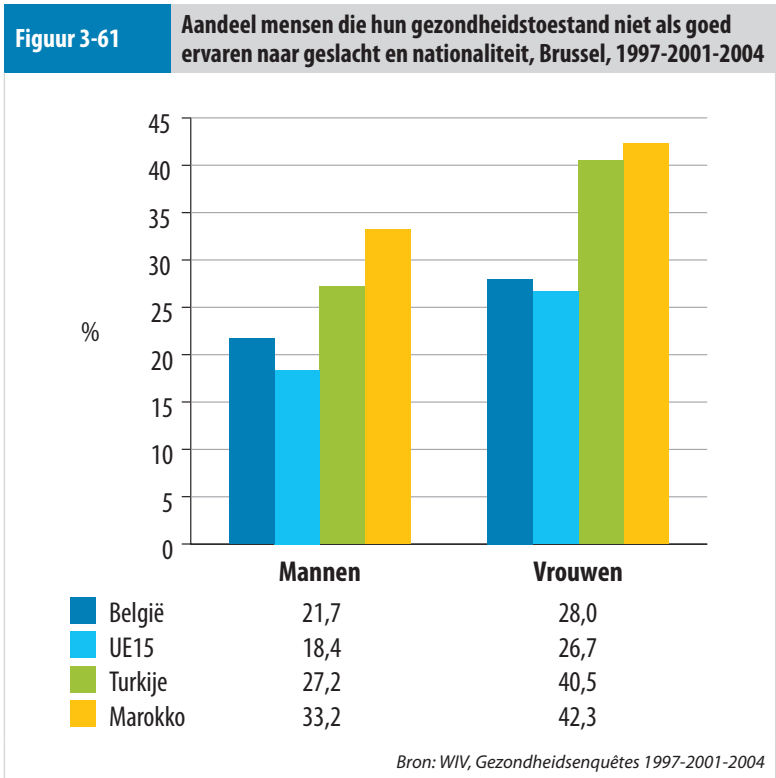
Het feit dat de mortaliteit voor het merendeel van de meest vertegenwoordigde nationaliteiten in Brussel lager ligt, betekent niet dat de gezondheidstoestand van deze bevolkingsgroepen systematisch beter is dan die van de Belgische bevolking.

3.4.1 De subjectieve gezondheid

Het aandeel mensen die zichzelf niet in goede gezondheid verklaren, is veel groter voor de Brusselaars met Marokkaanse of Turkse nationaliteit.

Deze verschillen zijn statistisch significant, zowel bij de mannen als bij de vrouwen ^[26].

De situatie van de Brusselaars uit Subsaharisch Afrika kon niet geanalyseerd worden in de Gezondheidsenquête omdat er te weinig personen in de steekproef waren opgenomen.



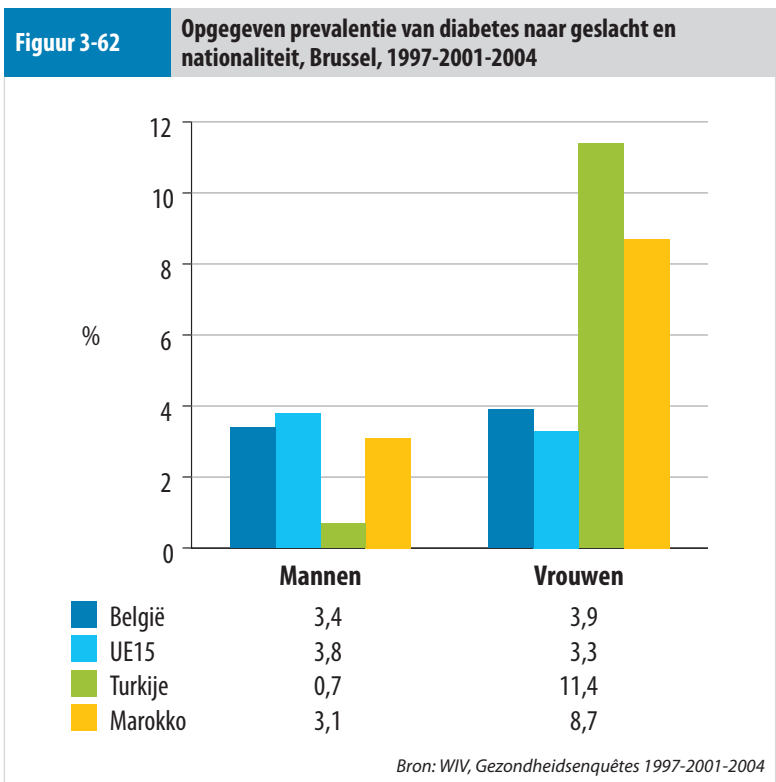
Eerder in dit rapport werd al aangetoond dat de gezondheidstoestand en het opleidingsniveau nauw verbonden zijn. Marokkaanse mannen met een gelijkwaardig diploma ervaren hun gezondheid vaker als slecht dan Belgische mannen (OR = 1,8). De verschillen die voor de Turkse mannen en de Turkse en Marokkaanse vrouwen worden waargenomen, verdwijnen echter wanneer we rekening houden met het opleidingsniveau. We kunnen dus veronderstellen dat de slechtere gezondheid van de Marokkaanse en Turkse vrouwen in grote mate kan worden verklaard door hun ongunstige socio-economische situatie.

Deze slechte inschatting van de gezondheid vormt een contrast met de lagere cijfers voor vroegtijdige sterfte die voor deze bevolkingsgroepen worden waargenomen. Dit werd ook in Frans onderzoek waargenomen (29) waarbij de auteurs zich de vraag stelden of de subjectieve gezondheidsindicator wel helemaal vergelijkbaar is tussen verschillende nationaliteiten (normen en wensen omtrent “een goede gezondheid” zijn niet in alle culturen dezelfde).

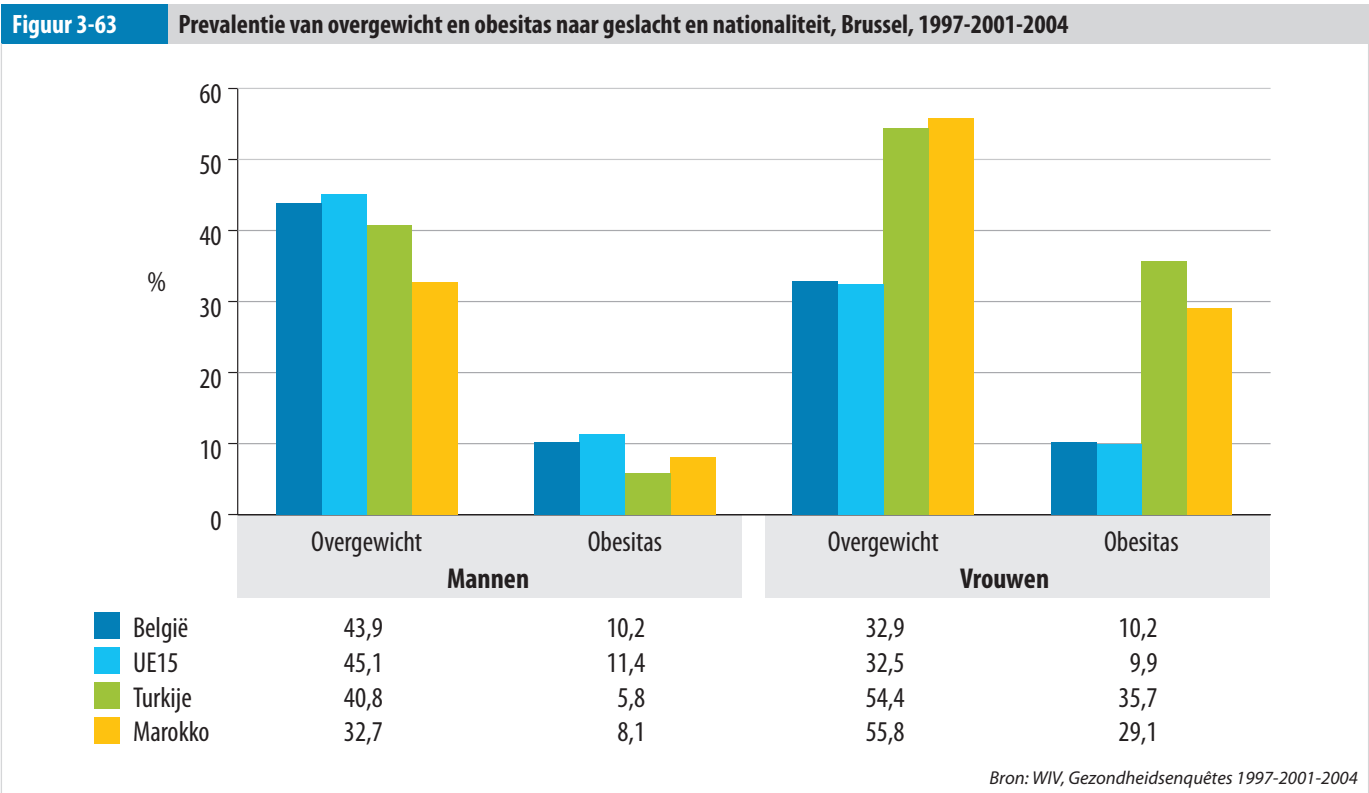
²⁶ Bij mannen: OR = 2,1 voor Turken en 2,5 voor Marokkanen; en bij vrouwen OR = 2,8 voor Turken en 2,7 voor Marokkanen.

3.4.2 Chronische aandoeningen

Net zoals voor de mortaliteit, zien we belangrijke verschillen voor de prevalentie van diabetes naargelang de nationaliteit. Terwijl er geen enkel significant verschil wordt waargenomen bij de mannen, verklaren Turkse en Marokkaanse vrouwen veel vaker aan diabetes te lijden dan Belgische vrouwen (OR's respectievelijk 6,7 voor de Turkse vrouwen en 3,4 voor de Marokkaanse vrouwen). Deze hogere prevalentie blijft ook hoog na controle voor opleidingsniveau of beroepstatus. Voor diabetes cumuleren Turkse en Marokkaanse vrouwen dus een risico verbonden aan een minder gunstige socio-economische status en een risico verbonden aan culturele factoren. Overgewicht, dat vaker voorkomt bij de vrouwen van deze gemeenschap, zou een van de verklarende factoren kunnen zijn, maar niet de enige. Ook stress kan een risicofactor voor diabetes zijn, vooral in combinatie met een gevoel van onmacht (30). Het verband tussen acute stress en diabetes is bewezen, maar stress in het dagelijks leven zou ook het risico van diabetes kunnen beïnvloeden (31).



Obesitas is een van de belangrijkste risicofactoren voor diabetes. De verschillen die tussen nationaliteiten werden waargenomen voor diabetes, vinden we ook terug voor obesitas en overgewicht.



Marokkaanse mannen vermelden significant minder overgewicht en obesitas dan de Belgische mannen; gelijkaardige vaststellingen werden in Frankrijk gedaan bij Tunesische migranten (32). De prevalentie van overgewicht ligt dan weer significant hoger bij Turkse en Marokkaanse vrouwen dan bij Belgische vrouwen. Dit hoger risico voor vrouwen blijft bestaan na controle voor het opleidingsniveau of de activiteitenstatus^[27].

Net zoals voor diabetes is het risico op obesitas voor Turkse en Marokkaanse vrouwen hoger, enerzijds door hun preciaire socio-economische status en anderzijds door culturele factoren (bijvoorbeeld wat betreft sedentaire levensstijl, zie verder). Bij mannen hangt een lager opleidingsniveau samen met een hoger risico op obesitas, en de Marokkaanse nationaliteit hangt samen met een lager risico (zie tabel 3-07).

Tabel 3-07		Samenhang van de frequentie van obesitas met de leeftijd, het opleidingsniveau en de nationaliteit, naar geslacht, Brussel, 1997-2001-2004 ^[27]			
		Mannen		Vrouwen	
		OR	BI 95	OR	BI 95 %
Leeftijd	15-24 jaar	0,55	0,28-1,06	0,45	0,25-0,82
	25-44 jaar	1,00		1,00	
	45-64 jaar	1,70	1,29-2,24	1,59	1,23-2,05
	65 jaar en ouder	1,72	1,24-2,38	0,97	0,72-1,30
Opleidingsniveau	Hoger onderwijs	1,00		1,00	
	Hoger secundair onderwijs	1,76	1,28-2,43	1,53	1,11-2,11
	Lager onderwijs of lager secundair onderwijs	2,19	1,64-2,94	2,69	2,01-3,59
Nationaliteit	België	1,00		1,00	
	EU15	1,10	0,8-1,53	0,92	0,65-1,30
	Turkije	0,47	0,17-1,30	3,83	2,03-7,26
	Marokko	0,54	0,31-0,95	2,92	2,05-4,16

Source : ISP, Enquêtes de Santé 1997-2001-2004

Marokkaanse en Turkse mannen verklaren vaker te lijden aan een **ernstige hartaandoening** dan Belgische mannen. Deze hogere prevalentie blijft significant na controle voor de leeftijd en het opleidingsniveau.

Marokkaanse vrouwen verklaren vaker aan **hoge bloeddruk** te lijden dan Belgische vrouwen.

Toch wordt er geen oversterfte door **ischemische hartziekten** of **cerebrovasculaire aandoeningen** genoteerd bij Turken en Marokkanen.

Er wordt een significant lagere prevalentie van **aanhoudende rugklachten** gemeten bij Marokkaanse mannen.

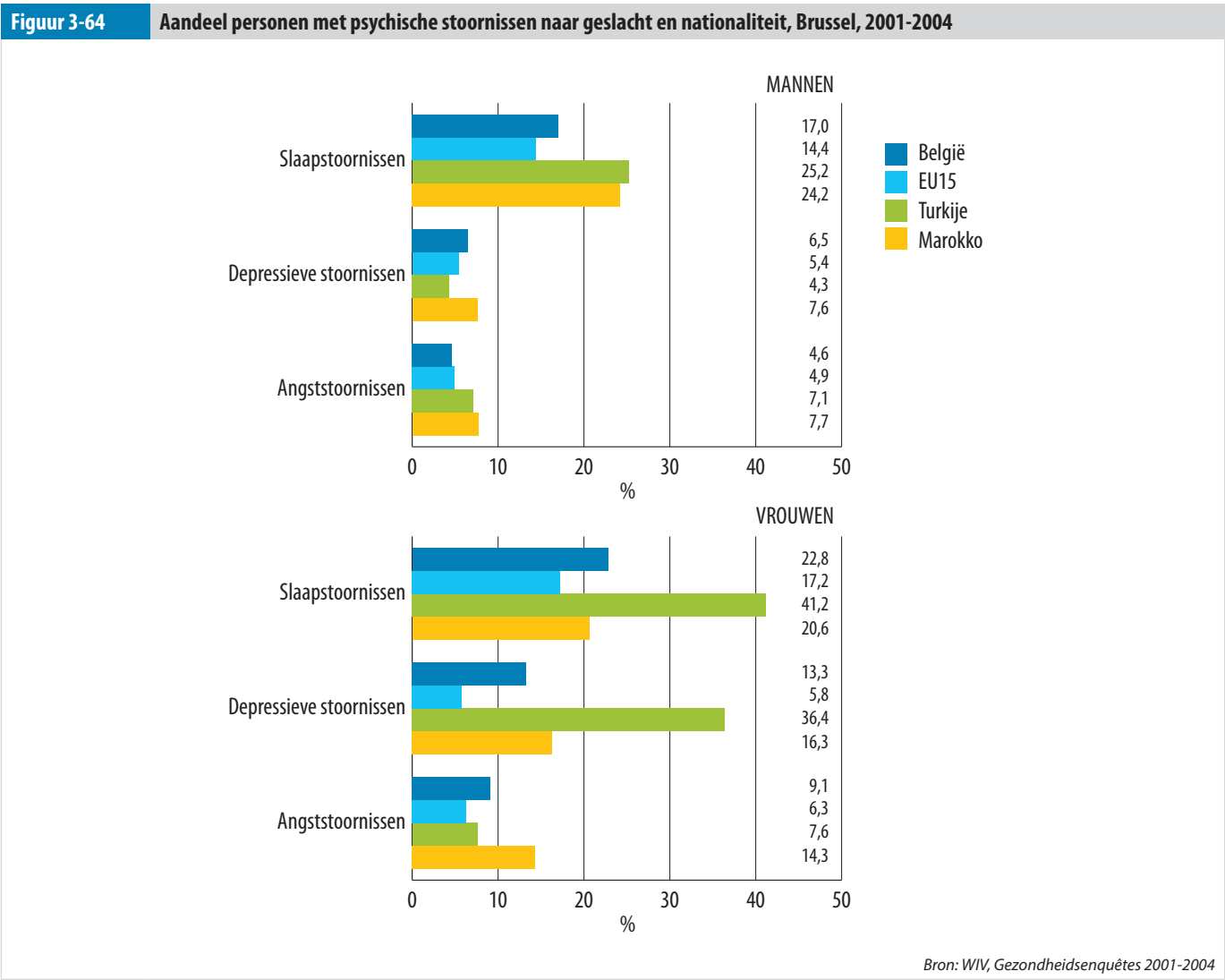
Er worden geen verschillen gevonden naargelang de nationaliteit voor andere chronische aandoeningen, zoals astma of ademhalingsaandoeningen.

27 Het gaat om een analyse door logistieke regressie, waarmee de nationaliteiten kunnen worden vergeleken, rekening houdend met verschillende factoren, zoals de leeftijd en het opleidingsniveau of de activiteitenstatus (niet opgenomen in de tabel).

3.4.3 Geestelijke gezondheid

Dankzij de Gezondheidsenquête kan ook een overzicht worden gemaakt van de verschillen tussen nationaliteiten voor enkele variabelen in verband met de geestelijke gezondheid (zie figuur 3-64). Bij mannen zijn de waargenomen verschillen niet significant na controle voor de leeftijd. Bij vrouwen daarentegen zien we een hogere frequentie van slaapstoornissen en

depressieve stoornissen bij Turkse vrouwen. Een deel van deze problemen wordt verklaard door de sociale status (zie hoger). Maar zelfs met een gelijk opleidingsniveau vertonen Turkse vrouwen vaker depressieve stoornissen. In Nederlandse studies stelt men eenzelfde erg hoge prevalentie vast van depressie en psychisch-emotionele problemen bij Turkse vrouwen (33; 34; 35).



Het hogere aandeel psychische klachten bij Turkse vrouwen gaat niet gepaard met inname van psychotrope geneesmiddelen, waarschijnlijk omdat deze klachten niet tot een consultatie leiden (persoonlijke communicatie, Nazira Elmaoufik, Forest Quartier Santé). Ook in Amerikaans onderzoek vindt men deze relatie tussen het mijden van behandeling voor mentale gezondheidsproblemen en vrouwelijke migranten. De verklaring zou te zoeken zijn in het stigma dat binnen deze gemeenschappen op mentale gezondheidsproblemen rust, men is beschaamd om erover te praten met anderen, bang voor wat anderen zouden denken en voor de afkeuring van de familieleden (36).

De Marokkaanse bevolking en de bevolking uit de EU-15 nemen minder vaak slaapmiddelen en antidepressiva dan de Belgische bevolking (deze verschillen zijn statistisch significant na controle voor de leeftijd).

De gezondheid van de migranten wordt grotendeels beïnvloed door hun sociale status, maar vertoont ook specifieke kenmerken volgens de nationaliteiten.

3.5 LEVENSSTIJL EN NATIONALITEIT

3.5.1 Voeding

Bepaalde voedingsgewoonten worden nog voor korte of langere tijd behouden na de migratie. De toegankelijkheid van voedingsmiddelen uit het land van oorsprong speelt daarin zeker een rol. In het Brussels Gewest zou de ontwikkeling van buurtwinkels met traditionele voedingsmiddelen voor de geïmmigreerde gemeenschappen dit behoud dus kunnen stimuleren (kruideniers, viswinkels).

De lagere mortaliteit die wordt waargenomen voor migranten uit Zuid-Europa, Turkije of Noord-Afrika wordt deels toegeschreven aan voedingsfactoren (32; 37).

De variabelen met betrekking tot de voeding in de Gezondheidsenquête laten geen grondige analyse van de kwaliteit van de voeding van de verschillende migrantengemeenschappen toe. Sommige gunstige elementen (bv. olijfolie, minder vlees, enz.) zijn moeilijk opspoorbaar. Anderzijds heeft voeding geen onmiddellijke impact op de mortaliteit en speelt de voeding tijdens de kindertijd en de adolescentie een bepalende rol.

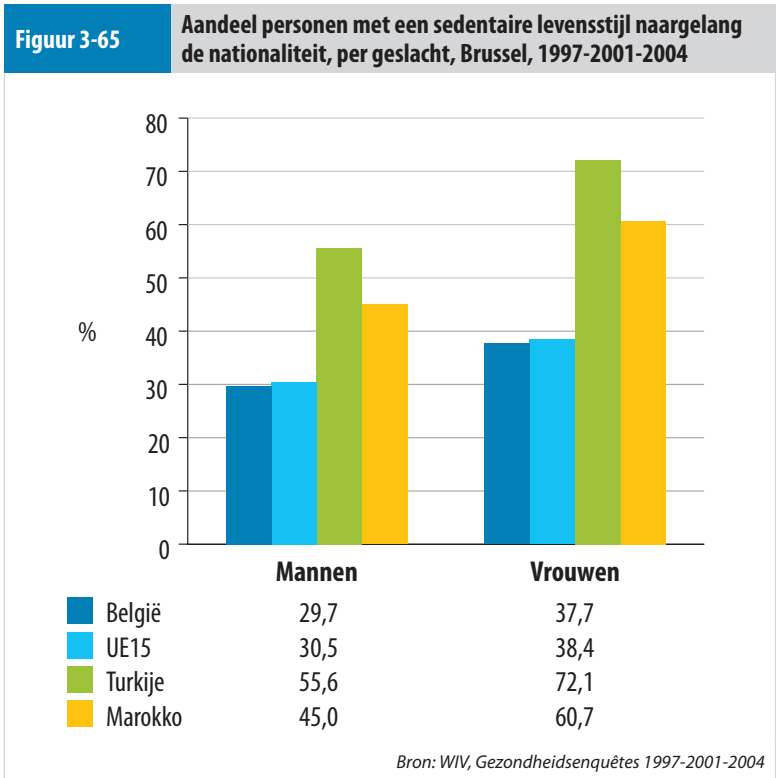
We zien dat de Turkse mannen en de mannen en de vrouwen uit de EU-15 vaker dagelijks **fruit** eten dan de Belgen. We zien geen verschillen wat betreft de dagelijkse consumptie van **groenten**.

Brusselaars met Marokkaanse nationaliteit eten aanzienlijk meer **vis**: 73,5 % van de Marokkaanse mannen en 75,4 % van de Marokkaanse vrouwen eten minstens eenmaal per week vis, tegenover 61,2 % van de Belgische Brusselaars. De consumptie van vis ligt ook iets hoger bij de Brusselaars uit de EU-15 (67,5 % van de mannen en 69,2 % van de vrouwen).

Na controle voor de leeftijd en het opleidingsniveau ontbijten Marokkaanse mannen en vrouwen ook vaker dan Belgen.

3.5.2 Lichaamsbeweging

Het aandeel Brusselaars dat weinig aan lichaamsbeweging als vrijetijdsbesteding doet (de personen met een sedentaire levensstijl) schommelt sterk naargelang de nationaliteit. Het is veel groter bij de Turken en Marokkanen dan bij de Belgen of de Europeanen.



Lichaamsbeweging als vrijetijdsbesteding hangt ook samen met het opleidingsniveau (zie 2.3.3). Deze twee factoren, het opleidingsniveau enerzijds en de Turkse of Marokkaanse nationaliteit anderzijds, hebben onafhankelijk van elkaar een invloed op de lichaamsbeweging als vrijetijdsbesteding. Er kan worden verondersteld dat deze verschillen, behalve door socio-economische factoren, ook door culturele factoren, worden bepaald (30).

Obesitas en een gebrek aan lichaamsbeweging als vrijetijdsbesteding verklaren samen de hoge frequentie van diabetes bij Turkse en Marokkaanse vrouwen.

Tabel 3-08

Samenhang van een “sedentaire levensstijl” met de leeftijd, het opleidingsniveau en de nationaliteit^[28], naar geslacht, Brussel, 1997-2001-2004

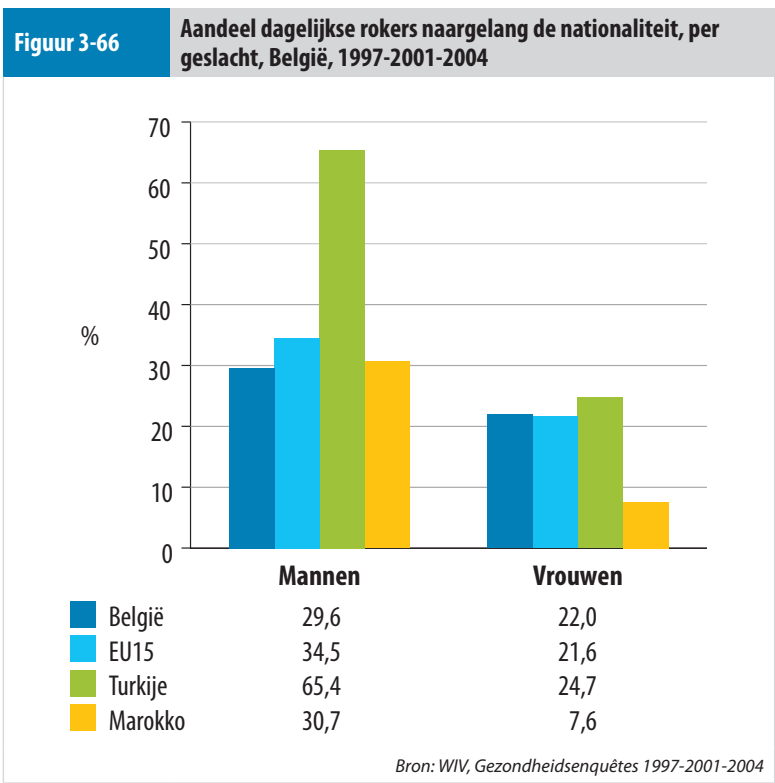
		Mannen		Vrouwen	
		OR	BI 95	OR	BI 95 %
Leeftijd	15-24 jaar	0,69	0,47-1,00	0,95	0,66-1,35
	25-44 jaar	1,00		1,00	
	45-64 jaar	1,19	0,97-1,45	1,02	0,84-1,23
	65 jaar en ouder	1,60	1,25-2,04	1,84	1,48-2,27
Opleidingsniveau	Hoger onderwijs	1,00		1,00	
	Hoger secundair onderwijs	1,52	1,22-1,91	1,58	1,29-1,94
	Lager onderwijs of lager secundair onderwijs	2,43	1,98-2,99	3,14	2,58-3,82
Nationaliteit	België	1,00		1,00	
	EU15	0,96	0,75-1,23	1,19	0,93-1,51
	Turkije	2,76	1,41-5,41	3,15	1,37-7,23
	Marokko	1,62	1,15-2,27	1,90	1,30-2,77

Bron: WIV, Gezondheidsenquêtes 1997-2001-2004

3.5.3 Tabaksgebruik

Het aandeel dagelijkse rokers varieert sterk naargelang de nationaliteit; er wordt met name, in vergelijking met Belgen, een zeer hoog aandeel dagelijkse rokers en zware rokers gevonden bij Turkse mannen, en een zeer laag aandeel bij Marokkaanse vrouwen.

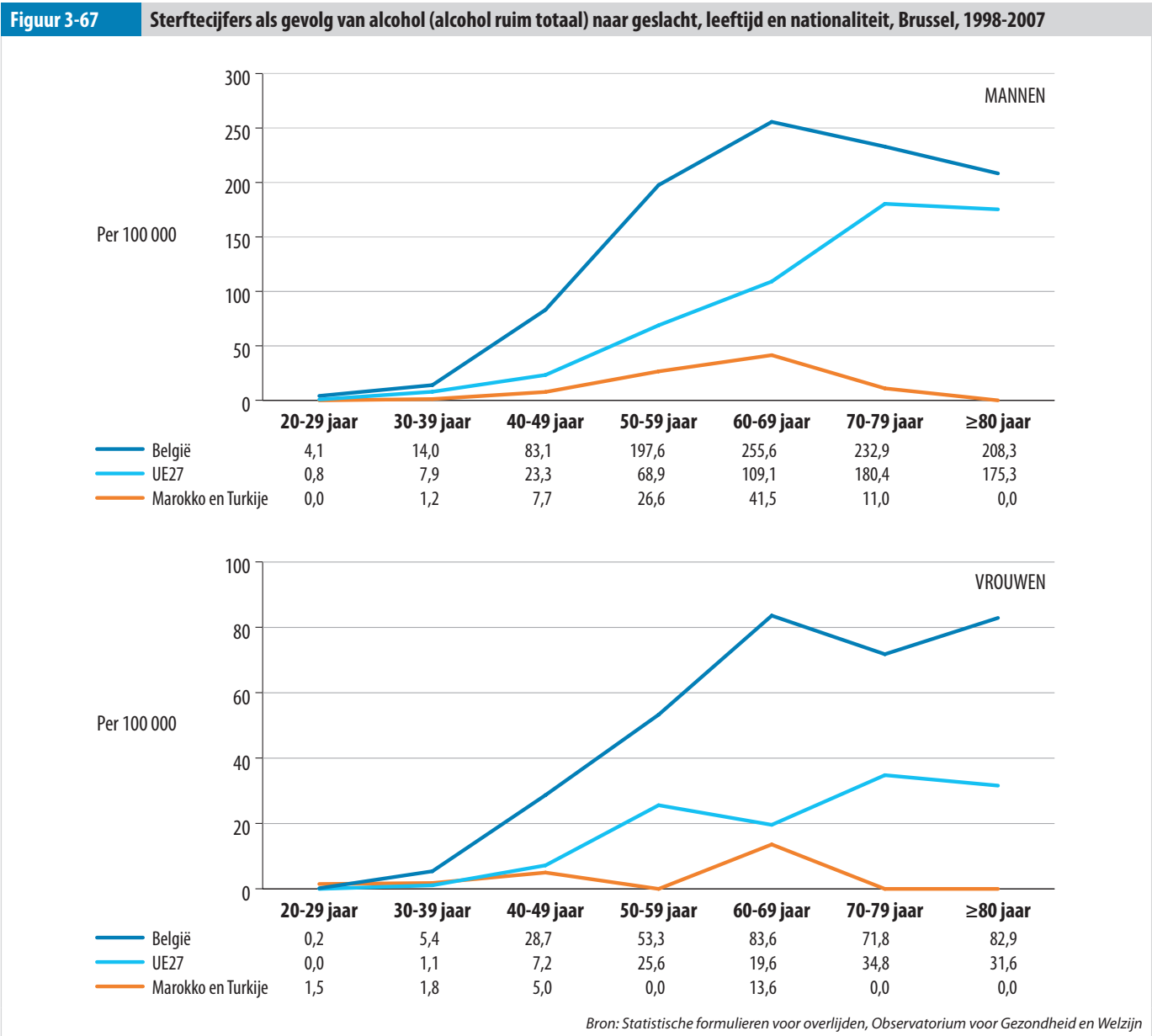
Ook voor het tabaksgebruik is er dus een complexe wisselwerking tussen de invloed van de nationaliteit en de sociale status. De analyse van deze verschillende factoren toont aan dat de Turkse nationaliteit het risico van tabaksgebruik verhoogt (OR = 2,96), onafhankelijk van het opleidingsniveau voor de mannen (OR ≤ lager secundair/hoger = 2,40). Voor de vrouwen vermindert de Marokkaanse nationaliteit sterk het risico van tabaksgebruik (OR = 0,13), terwijl een laag opleidingsniveau dit risico doet toenemen (OR ≤ lager secundair/hoger = 2,14).



28 Het gaat om een analyse door logistieke regressie, waarmee de nationaliteiten kunnen worden vergeleken, rekening houdend met verschillende factoren, zoals de leeftijd en het opleidingsniveau (Zie Deel VI “Bronnen en methodologische toelichting”).

3.5.4 Alcohol en andere drugs

Alcoholgerelateerde ziekten behoren tot de belangrijkste doodsoorzaken vóór 75 jaar voor de Belgische bevolking, maar niet voor de andere nationaliteiten. In vergelijking met de Belgen ligt het sterftecijfer van de Turken en de Marokkanen bijzonder laag.



Deze lage mortaliteit is te wijten aan een veel lager alcoholgebruik bij de Brusselaars uit de Marokkaanse en Turks migratie. In de Marokkaanse bevolking onthouden 83 % van de mannen en 97 % van de vrouwen zich^[29]. In de Turkse bevolking bedragen deze aandelen respectievelijk 49 % en 87 %. Ter vergelijking, van de Belgische Brusselaars verklaren 19 % van de mannen en 26 % van de vrouwen zich te onthouden.

De mortaliteit te wijten aan het gebruik van illegale drugs ligt veel hoger voor Marokkaanse mannen dan voor Belgen en andere nationaliteiten. Na standaardisering volgens leeftijd ligt de mortaliteit vóór 65 jaar door illegale drugs tweemaal hoger dan voor de Belgische bevolking (niet geïllustreerd).

Voor verschillende “gezondheidsgedragingen” zorgt de grote culturele diversiteit van het gewest ervoor dat het een relatief gunstige positie inneemt tegenover de andere grote steden. Dit heeft zowel te maken met de aanwezigheid in de hoofdstad van socio-economisch bevoordeelde groepen afkomstig uit de landen van de Europese Unie als van groepen afkomstig uit niet-Europese migratie.

²⁹ Toch is het “chronisch risico” bij de niet-geheelonthouders significant groter bij de Marokkaanse mannen, zelfs na controle van het opleidingsniveau.

4. Toegang tot zorg en preventie

De toegang tot zorg, zowel curatief als preventief, is een belangrijke gezondheidsbepalende factor. Deze toegang kan worden beperkt door economische (financiële middelen, het al dan niet gedekt zijn door de verzekering voor gezondheidszorg) of praktische (openbaar vervoer, nabijheid) factoren maar ook, ruimer, door een reeks socioculturele factoren (dagelijkse prioriteiten, de culturele waarde die aan zorg, preventie en screening wordt gehecht en de perceptie ervan, het vertrouwen in het zorgsysteem, zelfrespect, de houding van de sociale groep of de familie

tegenover de klachten en de aandoening, enz.); deze laatste factoren worden in dit hoofdstuk echter niet geanalyseerd.

De toegang tot zorg en preventie wordt eerst onderzocht met betrekking tot de financiële toegankelijkheid en vervolgens met betrekking tot de opvolging door de huisarts.

De toegang tot preventie zal meer specifiek worden bestudeerd door middel van een analyse van de dekking van een reeks vaccinaties en screenings.

4.1 TOEGANG TOT ZORG

4.1.1 Socio-economische toegankelijkheid

Het aanbod van gezondheidsdiensten in het Brussels Gewest is rijk en verscheiden. De geografische toegankelijkheid tot de diensten is dus doorgaans voldoende.

Toch leeft een niet te verwaarlozen deel van de Brusselse bevolking in preciaire sociale omstandigheden (38) en vormt de financiële toegang tot zorg een probleem voor talrijke Brusselaars. In 2004 verklaren 17,5 % van de Brusselse gezinnen dat ze het krijgen van zorg hebben moeten uitstellen om financiële redenen (10,1 % voor het hele land)

(39). Dit hoge aandeel wordt natuurlijk verklaard door een hoog aandeel lage inkomens, maar tabel 3-09 wijst erop dat, met equivalente inkomens, de Brusselaars vaker afzien van verzorging dan de inwoners van het hele land. Ook andere factoren spelen ongetwijfeld een rol, bijvoorbeeld de hoge huisvestingskosten voor de Brusselse gezinnen, waardoor het budget voor zorg wordt verminderd, of de kost voor zorg die hoger zou kunnen zijn (minder geconventioneerde artsen, vaker opvolging door specialisten,...).

Tabel 3-09		Percentage gezinnen die verklaren gezondheidszorg te hebben moeten uitstellen om financiële redenen, per gewest en voor België, 2004, en evolutie			
		Brussel	Vlaanderen	Wallonië	België
Geslacht	Mannen	17,4	4,6	14,3	8,8
	Vrouwen	17,8	8,1	19,3	14,1
Leeftijdsgroepen	15-24 jaar	18,3	3,0	3,7	8,5
	25-34 jaar	13,8	5,7	18,6	11,3
	35-44 jaar	21,4	7,7	20,6	13,1
	45-54 jaar	23,5	4,1	16,2	10,5
	55-64 jaar	19,2	4,4	14,6	9,3
	65-74 jaar	12,0	4,4	11,5	7,4
	75 jaar en ouder	9,2	1,9	5,6	3,9
Gezinstype	Alleenstaanden	15,5	6,1	15,0	10,9
	Eenoudergezin	30,0	26,0	30,8	28,6
	Koppel zonder kinderen	12,6	3,3	10,3	6,0
	Koppel met kinderen	22,7	5,2	18,8	10,7
Equivalent inkomen ^[30]	< € 750	31,6	8,4	24,2	18,7
	€ 750 – 1000	25,4	9,6	29,0	19,7
	€ 1000 – 1500	17,8	7,9	14,7	11,5
	€ 1500 – 2500	13,9	6,7	17,8	11,3
	> € 2500	8,7	0,6	4,9	2,5
Totaal per enquête	1997	19,0	4,2	11,1	8,5
	2001	22,0	5,7	13,3	10,1
	2004	17,5	5,3	15,6	10,1

Bron: WIV, Gezondheidsenquête 1997-2001-2004

30 In de Gezondheidsenquête staat het equivalent inkomen voor het inkomen van het gezin gedeeld door de som van het gewicht van elk individu in het gezin (de referentiepersoon krijgt het gewicht 1, elke bijkomende volwassene (18 jaar of ouder) in het gezin krijgt het gewicht 0,5 en elk kind ten laste krijgt het gewicht 0,3).

Brusselse huishoudens dienen vaker gezondheidszorgen uit te stellen om financiële redenen dan huishoudens in de rest van het land.

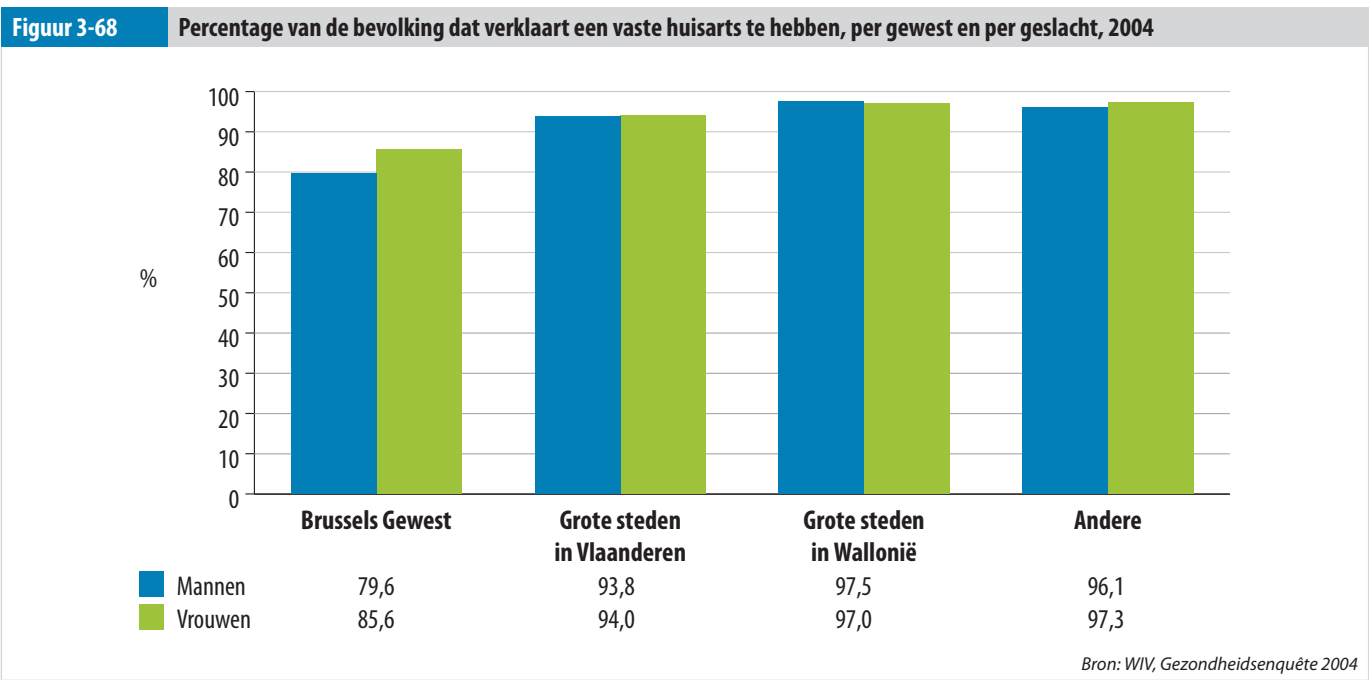
4.1.2 Opvolging door de huisarts

De huisarts speelt een sleutelrol in de eerstelijnszorg. In de Gezondheidsenquête van 2004 werd aan de respondenten gevraagd of ze al dan niet een vaste huisarts hebben. De antwoorden op deze vraag worden hieronder gepresenteerd. De continuïteit van de relatie huisarts-patiënt kan immers een gunstige rol spelen, met name doordat de arts zo de gelegenheid heeft ook aan preventie of vroegtijdige opsporing te doen. Een literatuurstudie heeft aangetoond dat de continuïteit van de relatie tussen arts en patiënt leidt tot minder ziekenhuisopnames, minder oproepen bij de nooddiensten en lagere kosten voor gezondheidszorg. Deze studie suggereert dat er een verband zou kunnen bestaan tussen de goede communicatie tussen arts en patiënt en een betere gezondheidstoestand van de patiënt (40). Vaccinatie lijkt alleszins te worden gestimuleerd door

de continuïteit van de relatie met de huisarts: dit is met name het geval voor de vaccinatie tegen de griep (betere vaccinatiegraad voor wie een globaal medisch dossier heeft) en tegen tetanus (betere vaccinatiegraad voor mensen die verklaren een vaste huisarts te hebben).

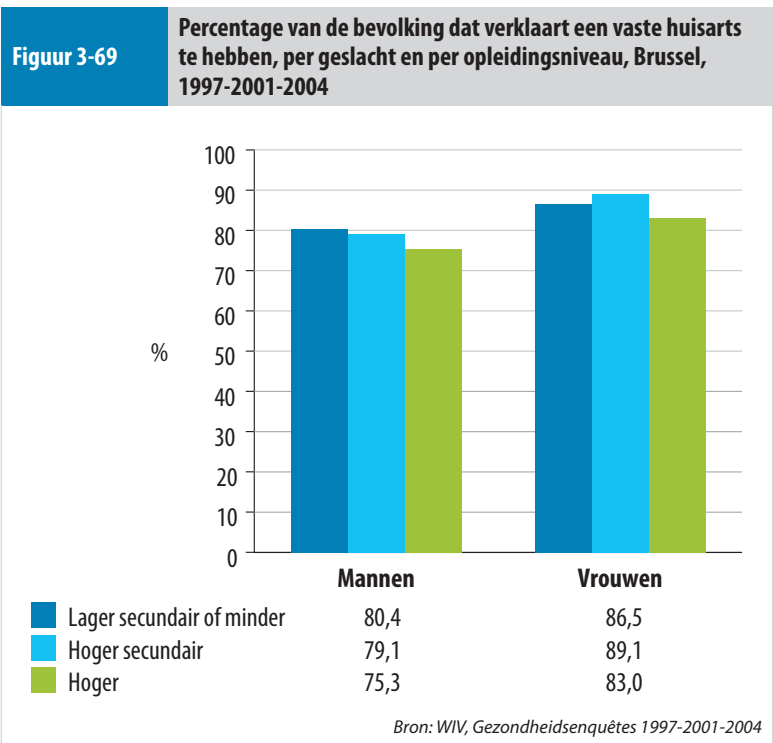
In 2004 verklaarde 82,7 % van de Brusselaars (79,6 % van de mannen en 85,6 % van de vrouwen) een vaste huisarts te hebben. Dit percentage ligt significant lager bij mannen dan bij vrouwen.

Het percentage mannen en vrouwen die verklaren een vaste huisarts te hebben ligt lager in Brussel dan in de andere grote steden (figuur 3-68), maar tussen 1997 en 2004 is dit percentage wel gestegen in Brussel (niet geïllustreerd).

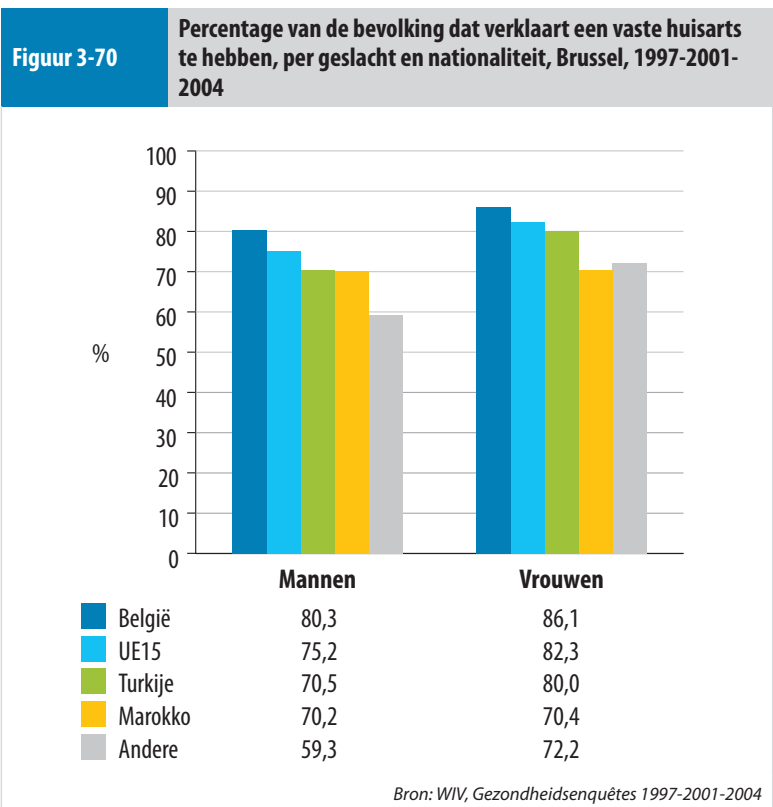


Bij de mannen in de leeftijdscategorie 25-34 jaar zien we het grootste aandeel mensen die geen vaste huisarts hebben (niet geïllustreerd).

Net zoals bij de vrouwen ligt bij de mannen het percentage dat verklaart een vaste huisarts te hebben significant lager in de groep met een diploma hoger onderwijs dan in de lager geschoolde sociale categorieën. Dit is deels te wijten aan het feit dat de hoger geschoolden meteen (zonder eerst bij de huisarts langs te gaan) en gemakkelijker een specialist raadplegen (41).



Het percentage Brusselse mannen en vrouwen die geen vaste huisarts hebben ligt significant hoger bij de Europeanen en de Marokkanen dan bij de Belgen.



4.2 PREVENTIE EN OPSPORING

4.2.1 Vaccinaties

Vaccinatie tegen de griep

In België wordt vaccinatie tegen de griep aangeraden aan groepen met risico's op complicaties en aan mensen die de ziekte zouden kunnen overdragen op risicogroepen (gezondheidswerkers, naaste omgeving). In België bestaat er geen registratie van de vaccinatie van de bevolking, maar die kan worden onderzocht op basis van het aantal verkochte^[31] of terugbetaalde vaccins en volgens de Nationale Gezondheidsenquêtes. Volgens de Gezondheidsenquêtes zien we een stijging van de vaccinatiegraad tussen 1997 en 2004 voor alle gewesten, zowel voor de algemene bevolking als voor de risicobevolking.

Tabel 3-10 Evolutie van de geschatte griepvaccinatiedekking bij de algemene bevolking (en bij de risicobevolking*) per gewest, 1997-2004			
Dekkingsgraad	1997	2001	2004
België	14 % (32 %)	20 % (42 %)	23 % (49 %)
Brussels Gewest	17 % (35 %)	19 % (41 %)	20 % (42 %)
Vlaanderen	14 % (33 %)	21 % (45 %)	21 % (51 %)
Wallonië	13 % (30 %)	17 % (36 %)	21 % (47 %)
*65-plussers of mensen met een chronische aandoening Bron: WIV, Gezondheidsenquête, Surveillance van Griep in België Seizoen 2006-2007, WIV; 2007			

Op basis van het aantal griepvaccins die werden terugbetaald in het griepseizoen 2006-2007 heeft het Intermutualistisch Agentschap de dekkingsgraad bij de 65-plussers die voor hun sociale zekerheid binnen het algemene stelsel vallen in België geschat op 60 %^[32] (43,6 % voor de zelfstandigen). In deze studie (42)^[33] heeft Brussel systematisch lagere aantallen dan de andere gewesten, maar zonder controle voor geslacht en leeftijd is het moeilijk om een besluit te formuleren; het aantal vaccinaties schommelt overigens ook naargelang het epidemiologisch profiel, het socio-economisch niveau en de beroepsstatus van de bevolking en naargelang de praktijken van de gezondheidswerkers. De vaccinatiegraad wordt immers op een onafhankelijke manier door talrijke factoren significant beïnvloed.

De vaccinatiegraad neemt toe met de leeftijd: minder dan 5 % op 45 jaar, bijna 40 % op 65 jaar en meer dan 60 % op 80 jaar (cijfers betreffende begunstigten van het algemene stelsel). Net zoals in de andere gewesten ligt (binnen het algemene stelsel) de vaccinatiegraad bij vrouwen systematisch hoger op alle leeftijden dan bij mannen, en het verschil wordt groter vanaf 85 jaar (niet geïllustreerd).

31 Dekkingsgraad van naar schatting 23 % in 2006

32 Deze gegevens stemmen overeen met de schatting van de huisartsenpeilpraktijken (61 % voor 2002-2004).

De vaccinatiegraad ligt veel hoger bij bewoners van een rusthuis.

Tabel 3-11 Vaccinatiegraad bij 65-plussers, naar woonplaats en sociale zekerheidsstelsel, Brussel, 2006-2007			
	Totale bevolking	Uitgezonderd bewoners van een rusthuis	Bewoners van een rusthuis ^[34]
Rechthebbenden van het algemeen stelsel	56 %	56 %	79 %
Zelfstandigen	28 %	28 %	52 %
Bron: IMA, 2009			

Tabel 3-12 Vaccinatiegraad bij de 65-plussers die onder het algemene stelsel vallen en niet in een rusthuis wonen naargelang verschillende sociale kenmerken, Brussel, 2006-2007	
Mannen	52 %
Vrouwen	55 %
Alleenstaanden	52 %
Niet-alleenstaanden	54 %
Met IGO*	46 %
Zonder IGO	54 %
Chronisch forfait* +	55 %
Chronisch forfait -	53 %
GMD*** +	67 %
GMD -	46 %
* Inkomensgarantie voor ouderen ** Sommige mensen met een chronische aandoening kunnen, op basis van precieze criteria, genieten van een forfait «chronische ziekte» dat elk jaar wordt uitgekeerd voor de betaling van zorg. *** Globaal Medisch Dossier	
Bron: IMA, 2009	

Een multivariate logistieke regressie toont aan dat van deze factoren de verzekeringsstatus en het globaal medisch dossier de grootste invloed uitoefenen: een zelfstandige heeft 2,6 maal minder kans om gevaccineerd te zijn dan een rechthebbende van het algemene stelsel en iemand met een globaal medisch dossier heeft 2,3 maal meer kans om gevaccineerd te zijn dan iemand zonder GMD.

Een zelfstandigenstatuut hebben en het bezitten van een globaal medisch dossier beïnvloeden in grote mate of men al dan niet gevaccineerd is tegen griep.

33 De cijfers van deze studie worden in deze paragraaf aangevuld met de gegevens van een onderzoek van het IMA uit 2009 (Persoonlijke mededeling Johan Vanoverloop, IMA).

34 Sommige rusthuizen krijgen hun geneesmiddelen van ziekenhuisapotheken, hierdoor is er dus een onderschatting van de dekking.

Vaccinatie tegen tetanus

Tetanus is een levensbedreigende aandoening die zich kan manifesteren bij mensen die een verwonding oplopen in een vuile omgeving; gezien de ernst van deze aandoening en de banale omstandigheden die de aandoening kunnen veroorzaken, is het wenselijk om de bevolking maximaal in te enten. De inenting werd dan ook opgenomen in de aanbevolen vaccinatiekalender voor kinderen maar voor een blijvende immuniteit moet het vaccin om de tien jaar worden herhaald.

Van de Brusselaars die in de Gezondheidsenquête 2004 werden ondervraagd, verklaart 59,4 % de afgelopen tien

jaar tegen tetanus te zijn ingeënt (61,4 % van de mannen en 57,6 % van de vrouwen). De vaccinatiegraad daalt met de leeftijd en neemt zeer sterk af vanaf de leeftijdscategorie 65-74 bij de mannen en vanaf de leeftijdscategorie 55-64 bij de vrouwen. De vaccinatiegraad, die reeds onvoldoende is bij de algemene bevolking, ligt dus nog lager bij de bejaarden. De bevolking met een vaste huisarts is beduidend beter gevaccineerd dan de bevolking zonder vaste huisarts, en dit voor beide geslachten.

Onder de oudere bevolking is de vaccinatiegraad voor tetanus ruim ontoereikend.

Vaccinatie tegen pneumokokken

De vaccinatie tegen pneumokokken, mogelijke oorzaak van acute longontsteking, gebeurt door middel van een vaccin met verschillende valenties (die verschillende pneumokokkenstammen dekken) en wordt sinds 2002 aangeraden aan iedereen ouder dan 60 en bij risicopatiënten ouder dan 45^[35] (39). Volgens de registratie van het netwerk van huisartsenpeilpraktijken heeft minder dan een derde van de mensen ouder dan 60 in België van de huisarts het pneumokokkenvaccin met 23 valenties gekregen; de vaccinatiegraad is iets beter in het Franstalige deel van het land omdat daar de beroepsorganisaties de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad volledig hebben opgevolgd (43). Het Brussels Gewest telt onvoldoende peilpraktijken om via deze bron betrouwbare Brusselse cijfers te bepalen.

In de Gezondheidsenquête 2004 wordt gepeild naar het percentage van de Brusselse risicobevolking dat verklaart de afgelopen vijf jaar te zijn gevaccineerd (tabel 3-13). Uit de resultaten blijkt geen significant verschil naargelang het opleidingsniveau.

Tabel 3-13	Percentage van de risicobevolking dat verklaart in de loop van de afgelopen vijf jaar te zijn gevaccineerd tegen pneumokokken, naar leeftijd en geslacht, Brussel, 2004			
	45-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	≥75 jaar
Mannen	13,7 %	1,7 %	17,4 %	27,8 %
Vrouwen	3,8 %	9,5 %	14,1 %	24,2 %

Bron: WIV, Gezondheidsenquête 2004

Vaccinatie tegen hepatitis B

Hepatitis B wordt hoofdzakelijk doorgegeven via seksueel contact of via besmet injectiemateriaal. Er zijn ook gezonde dragers van het virus, wat betekent dat ze wel hun omgeving kunnen besmetten zonder zelf de typische symptomen van de ziekte te vertonen. Momenteel wordt de vaccinatie aangeraden aan jonge kinderen en adolescenten en aan bepaalde beroepen die eraan worden blootgesteld (zoals medische en paramedische beroepen).

33,4 % van de Brusselaars die in de Gezondheidsenquête 2004 werd ondervraagd, verklaart de afgelopen tien jaar een vaccin tegen hepatitis B te hebben gekregen. Er is geen merkbaar verschil tussen mannen en vrouwen. De vaccinatiegraad is het hoogst in de kindertijd (76,0 % van de jongens van 0 tot 14 jaar en 67,9 % van de meisjes), wat kan worden verklaard door het feit dat deze vaccinatie sinds 1999 deel uitmaakt van de aanbevolen vaccinatiekalender voor kinderen.

35 Personen met een specifieke chronische aandoening (astma, chronische bronchitis, cardiovasculaire aandoening, hoge bloeddruk, nieraandoeningen of diabetes).

4.2.2 Screenings

Hieronder wordt de Brusselse dekkingsgraad besproken voor drie belangrijke screenings: de opsporing van diabetes via glycemiemeting; en de opsporing van borstkanker en van baarmoederhalskanker bij vrouwen.

De opsporing van hyperglycemie

Een van de manieren om diabetes op te sporen is de glycemiemeting op een nuchtere maag.

In de Gezondheidsenquête 2004 verklaren 47,7 % van de mannen en 59,4 % van de vrouwen dat ze de afgelopen drie jaar een glycemiecontrole hebben laten uitvoeren (significant verschil). Dit percentage neemt toe met de leeftijd.

Het percentage mensen die verklaren de afgelopen drie jaar een glycemiecontrole te hebben laten uitvoeren ligt hoger in Brussel dan in de grote Vlaamse steden.

Er bestaat een sociale gradiënt voor deze opsporing bij mannen: het percentage Brusselse mannen die verklaren de afgelopen drie jaar een glycemiecontrole te hebben laten

uitvoeren ligt aanzienlijk hoger bij de hoger opgeleiden (56,9 %) ^[36] dan bij de lager geschoolden (45,8 %). Lager geschoolde mannen hebben dus minder kans op opsporing van diabetes en vroegtijdige behandeling.

Bij de vrouwen werd deze sociale gradiënt voor de opsporing van hyperglycemie daarentegen niet waargenomen.

In Brussel ligt het percentage mannen die verklaren de afgelopen drie jaar een glycemiecontrole te hebben laten uitvoeren aanzienlijk lager bij de Marokkanen dan bij de Belgen. Maar na controle voor de leeftijd, het geslacht en het opleidingsniveau bestaan er bij de mannen geen verschillen meer in de dekkingsgraad naargelang de nationaliteiten.

Europese Brusselse vrouwen verklaren vaker zich te hebben laten onderzoeken dan Belgische Brusselse vrouwen.

Het borstkankerscreeningprogramma

In overeenstemming met de Europese aanbevelingen heeft België, net zoals veel andere Europese landen, een georganiseerd screeningsprogramma voor borstkanker opgestart voor vrouwen van 50 tot 69 jaar; het bijzondere aan dit programma is dat het gratis is en dat het gedurende het hele screeningsproces een kwaliteitscontrole garandeert. In het Brussels Gewest wordt dit programma sinds juni 2002 georganiseerd door de vzw referentiecentrum Brumammo.

Dit programma had te kampen met verschillende problemen:

- een aantal jaren geleden was er reeds een individueel screeningprogramma opgericht op initiatief van de artsen en gynaecologen, waardoor de artsen en hun patiënten niet meteen overtuigd waren van de toegevoegde waarde van het georganiseerde programma;
- problemen bij het opstellen van het bestand van de doelgroep hebben ervoor gezorgd dat niet de volledige doelgroep (ongeveer 104 000 vrouwen) tijdens de eerste twee cycli van het programma werd uitgenodigd;
- de keuze voor een gedecentraliseerd programma met de steun van gezondheidswerkers in hun privépraktijk (radiologen, huisartsen en gynaecologen) impliceert een intensieve communicatie en coördinatie;
- de sociale en culturele mix van het Brussels Gewest maakt verschillende informatie- en sensibiliseringsacties die steunen op de bestaande netwerken noodzakelijk;

- de versnippering van de mammografiecentra, het gebrek aan verplichte apparatuur en gecertificeerde opleiding, de dualiteit van de technieken (analoog en digitaal) maken een kwaliteitscontrole moeilijk.

Tijdens de tweede uitnodigingscyclus (2005-2006) werden 8 362 mammotests uitgevoerd (er werden minstens 58 kankers opgespoord ^[37]) en bedroeg de participatiegraad ^[38] aan het georganiseerde programma 10,4 %.

De participatiegraad verschilt naargelang de gemeente (van 5,9 % in Ukkel tot 17,9 % in Jette). Factoren die deze participatiegraad kunnen beïnvloeden zijn de aanwezigheid en het dynamisme van screeningscentra en de bestaande gewoontes van vrouwen omtrent screening.

Wanneer de vrouwen die een mammografie ondergaan tijdens een “opportunistische screening” worden meegeteld, heeft naar schatting de helft van de vrouwen een borstkankerscreening laten uitvoeren.

Meer informatie vindt u in de twee evaluatierapporten van het Brusselse programma op www.observatbru.be (tabblad Publicatie > Gezondheid > Dossiers).

De uitdaging voor Brussel blijft dus zowel de artsen te overtuigen van de kwaliteit van het programma als de vrouwen die momenteel geen borstkankerscreening ondergaan ervan te overtuigen aan de georganiseerde screening deel te nemen.

³⁶ Dit percentage werd verkregen na een analyse van de drie Gezondheidsenquêtes samen (1997, 2001 en 2004).

³⁷ Informatie verkregen via een retrospectief onderzoek.

³⁸ Aantal vrouwen dat een mammotest heeft laten uitvoeren ten opzichte van het aantal vrouwen dat werd uitgenodigd.

Baarmoederhalskankerscreening

De vroegtijdige opsporing van baarmoederhalskanker gebeurt door middel van een driejaarlijks baarmoederhalsuitstrijkje bij de doelgroep, vrouwen van 25 tot 64 jaar.

In de Gezondheidsenquête 2004 verklaarde 74 % van de Brusselse vrouwen tussen 25 en 64 jaar de afgelopen drie jaar een baarmoederhalsuitstrijkje te hebben laten nemen^[39] ; dit percentage is geleidelijk en significant gestegen tussen 1997 en 2004 (39).

De dekkingsgraad voor het baarmoederhalsuitstrijkje in Brussel is vergelijkbaar met die van de andere grote steden van het land en voor het hele land (niet geïllustreerd).

Er bestaat een uitgesproken sociale gradiënt voor de screening van baarmoederhalskanker: het percentage Brusselse vrouwen dat verklaart de afgelopen drie jaar een baarmoederhalsuitstrijkje te hebben laten nemen ligt significant lager in de categorie met hoogstens een diploma lager secundair onderwijs.

Het percentage vrouwen (25-64 jaar) die verklaren de afgelopen drie jaar een baarmoederhalsuitstrijkje te hebben laten nemen ligt aanzienlijk lager bij de Turkse (24,6 %) en de Marokkaanse (36,5 %) vrouwen dan bij de Belgische vrouwen (73,5 %).

Een betere dekking voor de opsporing van baarmoederhalskanker bij het publiek dat moeilijk toegang heeft tot de georganiseerde screeningsprogramma's gebeurt waarschijnlijk via de ondersteuning bij de ontwikkeling van de eerstelijnszorgen. De opsporing van baarmoederhalskanker kan gemakkelijk worden gedaan via de huisartsen. Wanneer evenwel in Brussel zou worden besloten tot een georganiseerde baarmoederhalskankeropsporing, zal men terdege rekening moeten houden met de karakteristieken van de Brusselse bevolking (grote multiculturaliteit en bestaansonzekerheid).

39 Als deze gegevens worden vergeleken met de terugbetalingsgegevens, lijkt de gezondheidsenquête een overschatting op te leveren van deze cijfers: gerapporteerd percentage van 70 % voor België in de enquête van 2001 versus een geschat percentage van 59 % op basis van de terugbetalingsgegevens. De werkelijke dekkingsgraad ligt naar alle waarschijnlijkheid nog een beetje lager, aangezien sommige vrouwen vaker dan eens om de drie jaar een uitstrijkje laten nemen.

- (1) Bartley M., Blane D., Brunner E., Dorling D., Ferrie J., Jarvis M et al. Social Determinants of Health. The Solid Facts. World Health Organization, 1998.
- (2) Bayingana K., Demarest S., Gisle L., Hesse E., Miermans P.-J., Tafforeau J. et al. Gezondheidsenquête door interview, België 2004 - Boek I. Inleiding. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2005.
- (3) Godin I., Decant P., Moreau N., De Smet P., Boutsen M. La santé des jeunes en communauté française de Belgique, résultat de l'enquête HBSC 2006. SIPES, 2009.
- (4) Ness A.R., Powles J.W. Fruit and vegetables, and cardiovascular disease: A review. *International Journal of Epidemiology* 26[1], 1-13, 1997.
- (5) Block G., Patterson B., Subar A. Fruit, Vegetables, and Cancer Prevention - A Review of the Epidemiologic Evidence. *Nutrition and Cancer-An International Journal* 18[1], 1-29, 1992.
- (6) FOD Volksgezondheid. Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan voor België 2005-2010, 2005.
- (7) Mozaffarian D., Rimm E.B. Fish intake, contaminants, and human health: evaluating the risks and the benefits. *JAMA* 296[15], 1885-1899, 2006.
- (8) Warburton D.E., Nicol C.W., Bredin S.S. Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ*. 174[6], 801-809, 2006.
- (9) Peto R., Lopez A.D., Boreham J., Thun M., Heath C.Jr. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet* 339, 1268-1278, 1992.
- (10) Com-Ruelle L., Dourgnon P., Jusot F., Latil E., Lengagne P. Identification et mesure des problèmes d'alcool en France: une comparaison de deux enquêtes en population générale. *Questions d'économie de la santé* [97], 1-8, 2005.
- (11) Com-Ruelle L., Dourgnon P., Jusot F., Lengagne P. Les problèmes d'alcool en France: quelles sont les populations à risque ? *Questions d'économie de la santé* [129], 1-6, 2008.
- (12) de Peretti G., Beck F., Legleye S. Sorties en discothèques et usage de substances psychoactives: exploitation d'une enquête représentative menée auprès des lycéens. *Psychotropes* 9[3-4], 163-184, 2003.
- (13) Leclerc A., Kaminski M., Lang T. Inégaux face à la santé, 2008.
- (14) Haelterman E., De Spiegelaere M., Masuy-Stroobant G. Perinatale gezondheidsindicatoren in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest 1998-2004. Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, 2007.
- (15) Siegrist J., Marmot M. Social inequalities in health. New evidence and policy implications. Oxford University Press, 2006.
- (16) Erikson R., Torssander J. Social class and cause of death. *European Journal of Public Health* 18[5], 473-478, 2008.
- (17) Menvielle G. The role of smoking and diet in explaining educational inequalities in lung cancer incidence. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine* 101[5], 321-330, 2009.
- (18) Menvielle G., Leclerc A., Chastang J.F., Luce D. Inégalités sociales de mortalité par cancer en France: état des lieux et évolution temporelle. *INVS, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* [33], 289-292, 2008.
- (19) Lang T. Ignoring social factors in clinical decision rules: a contribution to health inequalities? *European Journal of Public Health* 15[5], 441, 2005.
- (20) Mackenbach J.P., Stronks K., Kunst A.E. The contribution of medical care to inequalities in health: difference between socio-economic groups in decline of mortality from conditions amenable to medical intervention. *Social Science & Medicine* 29[3], 369-376, 1989.
- (21) De Irala-Estevez J., Groth M., Johansson L., Oltersdorf U., Prattala R., Martinez-Gonzalez M. A systematic review of socio-economic differences in food habits in Europe: consumption of fruit and vegetables. *European Journal of Clinical Nutrition* 54[9], 706-714, 2000.
- (22) Schulpen T.W., van Steenbergen J.E., van Driel H.F. Influences of ethnicity on perinatal and child mortality in the Netherlands. *Archives of Disease in Childhood* 84[3], 222-226, 2001.
- (23) Haelterman E., Qvist R., Barlow P., Alexander S. Social deprivation and poor access to care as risk factors for severe pre-eclampsia. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 111[1], 25-32, 2003.

- (24) Steer P. The epidemiology of preterm labour. *BJOG* 112 Suppl 1, 1-3, 2005.
- (25) Deboosere P., Gadeyne S. La sous-mortalité des immigrés adultes en Belgique : une réalité attestée par les recensements et les registres. *Population* 5-6, 765-811, 2005.
- (26) Eurostat. Health statistics – Atlas on mortality in the European Union, 2009.
- (27) Hajat C., Tilling K., Stewart J.A., Lemic-Stojcevic N., Wolfe C.D. Ethnic differences in risk factors for ischemic stroke: a European case-control study. *Stroke* 35[7], 1562-1567, 2004.
- (28) Nesbitt S.D. Hypertension in black patients: special issues and considerations. *Curr.Hypertens.Rep.* 7[4], 244-248, 2005.
- (29) Jusot F., Silva J., Dourgnon P., Sermet C. Etat de santé des populations immigrées en France. IRDES, Institut de recherche et Documentation en Economie de la Santé. Document de travail n°14, 2008.
- (30) Vandenheede H., Deboosere P. Diabetes type 2 in Belgian women of turkish and moroccan origin: an important health issue. *Chaire Quetelet* 2008, 2009.
- (31) Raikonen K., Keltikangas Jarvinen L., Adlercreutz H., Hautanen A. Psychosocial stress and the insulin resistance syndrome. *Metabolism-Clinical and Experimental* 45[12], 1533-1538, 1996.
- (32) Mejean C., Traissac P., Eymard-Duvernay S., El Ati J., Delpeuch F., Maire B. Diet quality of north African migrants in France partly explains their lower prevalence of diet-related chronic conditions relative to their native French peers. *Journal of Nutrition* 137[9], 2106-2113, 2007.
- (33) Bengi-Arslan L., Verhulst F.C., Crijnen A.A.M. Prevalence and determinants of minor psychiatric disorder in Turkish immigrants living in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 37[3], 118-124, 2002.
- (34) van der Wurff F.B., Beekman A.T., Dijkshoorn H., Spijker J., Smits C.H., Stek M.L. et al. Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan immigrants in the Netherlands. *Journal of Affective Disorders* 83[1], 33-41, 2004.
- (35) Spijker J., van der Wurff F.B., Poort E.C., Smits C.H., Verhoeff A.P., Beekman A.T. Depression in first generation labour migrants in Western Europe, the utility of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *International Journal of Geriatric Psychiatry* 19[6], 538-544, 2004.
- (36) Bender E. Depressed immigrant Women Failing to get treatment. *Psychiatric News* 42[24], 8, 2007.
- (37) Darmon N., Khlat M. An overview of the health status of migrants in France, in relation to their dietary practices. *Public Health Nutr.* 4[2], 163-172, 2001.
- (38) Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. Welzijnsbarometer, Brussels armoederapport 2009. Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, 2009.
- (39) Bayingana K., Demarest S., Gisle L., Hesse E., Miermans P.-J., Tafforeau J. en al. Gezondheidsenquête door interview, België 2004 - Boek IV. Preventie. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2005.
- (40) Hsiao C.J., Boulton C. Effects of quality on outcomes in primary care: a review of the literature. *Am.J Med.Qual.* 23[4], 302-310, 2008.
- (41) Van der Heyden J., Demarest S., Tafforeau J., Van Oyen H. Socio-economic differences in the utilisation of health services in Belgium. *Health Policy* 65[2], 153-165, 2003.
- (42) Bronckaers J., de Baerdemaeker E., Vanoverloop J. Griepvaccinatie tijdens de winter van 2006-2007, 2010. IMA-AIM.
- (43) Bossuyt N., Van Casteren V. Pneumococcal vaccination coverage in elderly people in Belgium. *Archives of Public Health* 63[4], 185-197, 2005.

Deel IV: Levensloop

Voor deze derde uitgave van de Gezondheidsindicatoren werd besloten om de beschikbare gegevens ook te bundelen per leeftijdscategorie. De gezondheid op een bepaalde leeftijd is het resultaat van de levensloop en de cumulatie van gebeurtenissen tijdens deze levensloop. Het is dan ook interessant om te kijken naar wat de kenmerken zijn van elke leeftijd.

Van deze gelegenheid wordt ook gebruik gemaakt om bepaalde bestaande gegevens ter beschikking te stellen die niet altijd gemakkelijk terug te vinden zijn voor actoren van het terrein, zoals de resultaten van neonatale screenings,

de vaccinatiedekking bij kinderen, de doodsoorzaken bij adolescenten, invaliditeit bij volwassenen of de gebruiken bij het levenseinde van bejaarden.

Dit zal soms resulteren in herhalingen van wat in andere delen wordt aangehaald of in asymmetrieën in de beschrijving van de verschillende leeftijdsgroepen, maar aangezien de verschillende delen van de Gezondheidsindicatoren onafhankelijk van elkaar gelezen kunnen worden, zal dit de lezer hopelijk niet al te zeer storen.

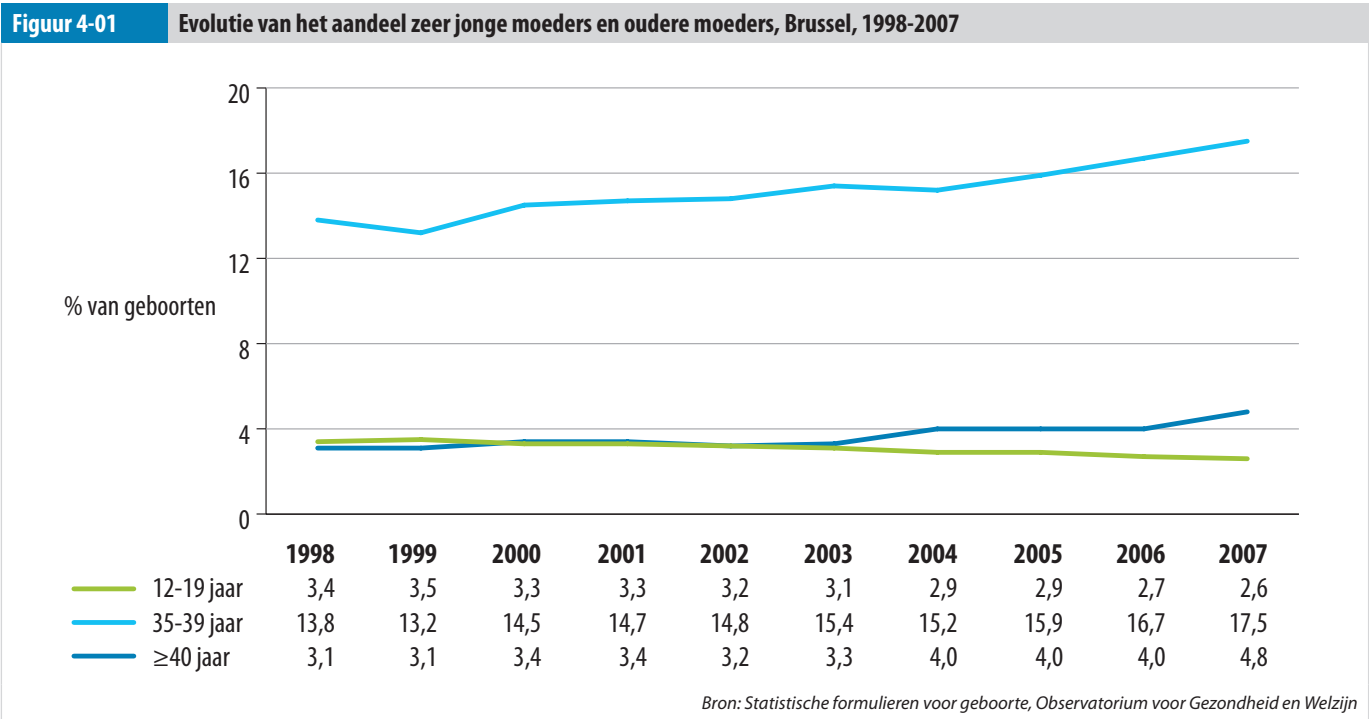
1. Bij de geboorte

De periode rond de geboorte is van bijzonder groot belang aangezien ze de gezondheid van het kind sterk beïnvloedt op middellange en lange termijn. In een gewest als Brussel, met een derde van de bevolking op jongvolwassen leeftijd, de leeftijd waarop ze kinderen krijgen, is de gezondheid van de moeders en de kinderen bovendien tekenend voor de globale gezondheid en de levenskwaliteit van een groot deel van de Brusselse bevolking.

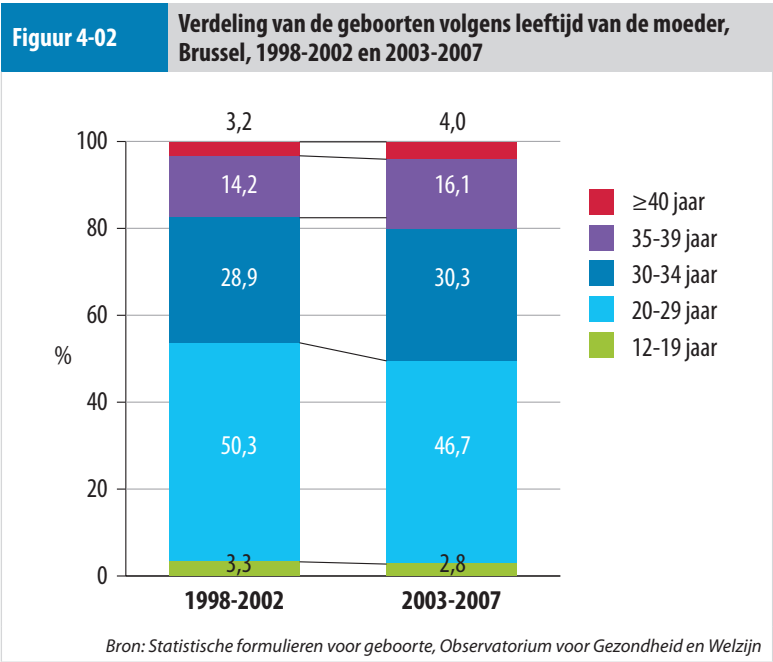
1.1 KENMERKEN VAN DE MOEDERS

1.1.1 Leeftijd van de moeders bij de bevalling

De evoluties in de loop van de laatste tien jaar zijn een voortzetting van de evoluties die reeds in het Dossier omtrent perinataliteit (1) werden beschreven voor de periode 1980-2004. Er zijn naar verhouding alsminder moeders jonger dan 20, terwijl het aandeel geboorten bij moeders tussen 35 en 39 jaar (+27 %) en ouder dan 40 jaar (+55 %) toeneemt.



Deze toename gaat ten koste van het aandeel geboorten bij de leeftijdsgroepen die de minste risico's lopen: het aandeel van de moeders tussen 20 en 29 jaar daalt van 51,5 % in 1998 tot 45,0 % in 2007. De periodes 1998-2002 en 2003-2007 worden in de volgende figuur (4-02) vergeleken.

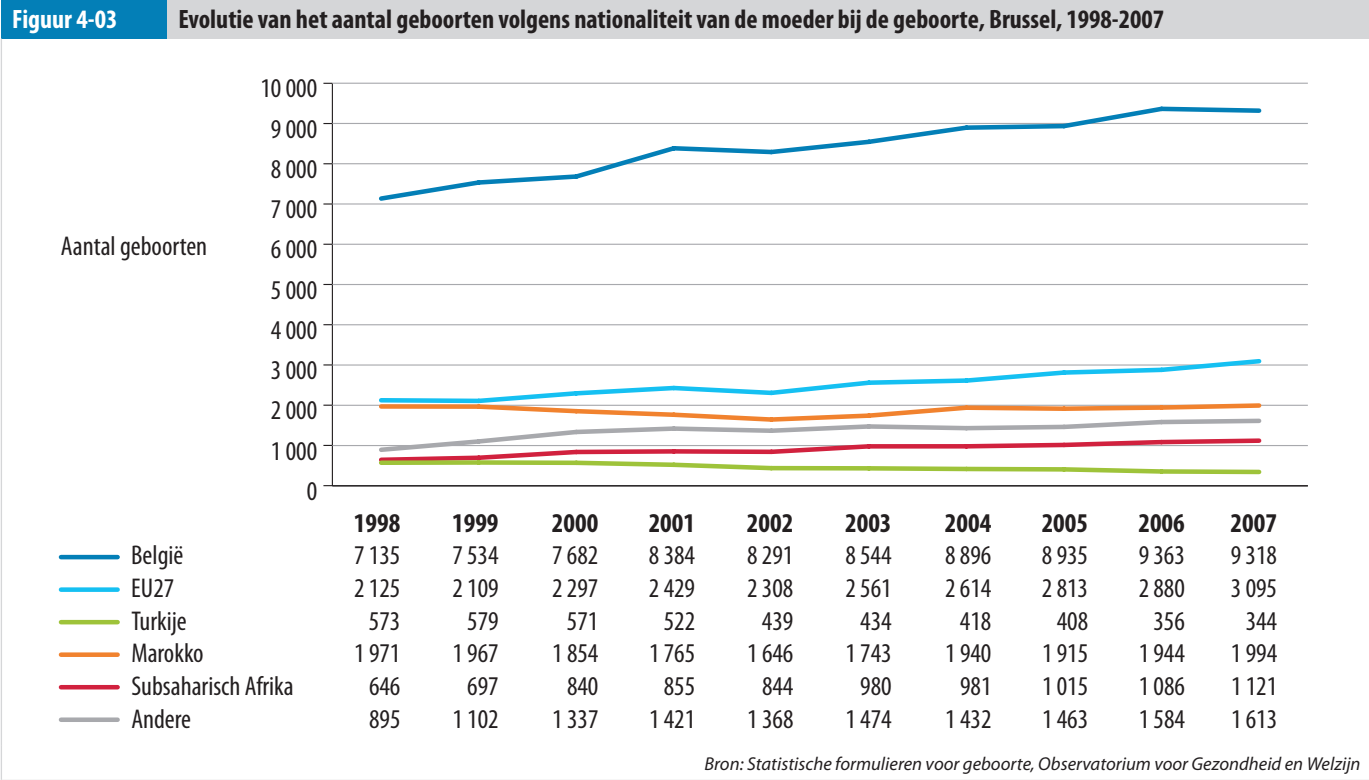


1.1.2 Nationaliteit van de moeders

In 2007 had bijna de helft (47 %) van de Brusselse pasgeborenen een moeder met buitenlandse nationaliteit op het moment van de bevalling. De meeste moeders met buitenlandse nationaliteit zijn afkomstig uit de landen van de EU-27 (18 % van de geboorten) ^[1], gevolgd door Marokkaanse moeders (11 %).

Het aandeel moeders met een niet-Belgische nationaliteit is beduidend hoger dan het totaal aandeel niet-Belgen binnen de Brusselse bevolking. Dit kan vooral verklaard worden door de leeftijdsstructuur van de Brusselse niet-

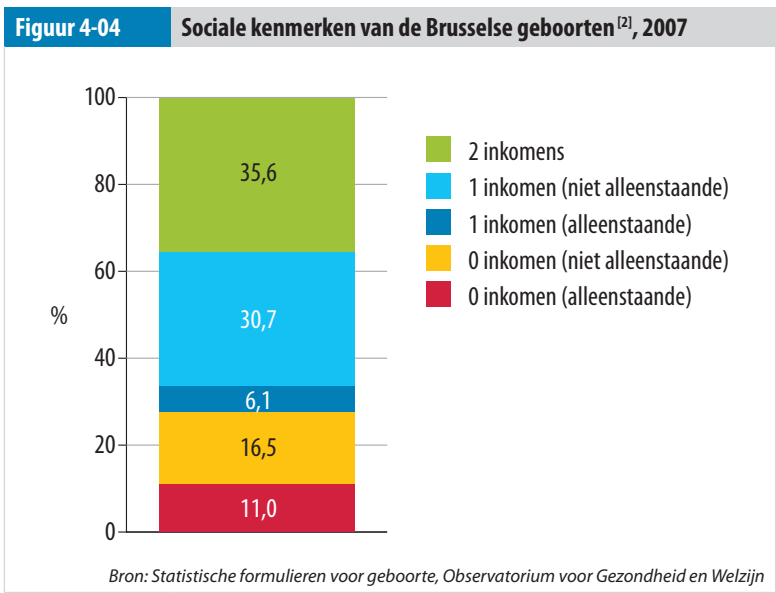
Belgische bevolking (een jongere bevolking met veel jonge volwassenen op reproductieve leeftijd). Daarnaast weerspiegelt het ook de bestaande verschillen tussen het Rijksregister en de geboorteformulieren met betrekking tot het aantal geboorten (de aangegeven geboorten via een geboorteformulier betreffen de volledige in Brussel wonende bevolking, met inbegrip van de mensen zonder papieren en de mensen in het wachtregister). Hieronder wordt de evolutie van de laatste tien jaar van het aantal geboorten per nationaliteit van de moeder weergegeven.



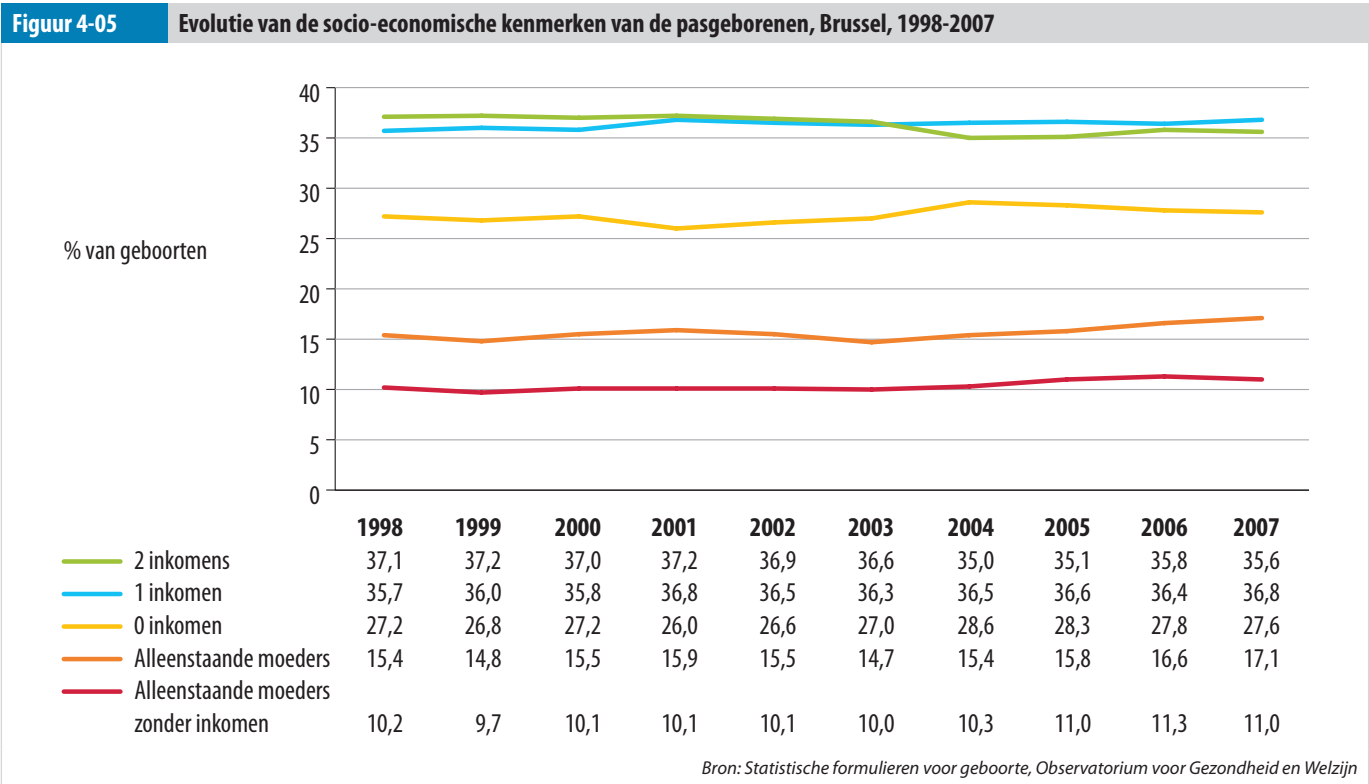
1 De laatste jaren wordt een sterke toename genoteerd van moeders uit het voormalige Oostblok.

1.1.3 Socio-economische status van de moeders

In 2007 werd 27,5 % van de kinderen geboren in een gezin zonder inkomen uit arbeid en 17,1 % bij een alleenstaande moeder. Slechts 35,6 % werd geboren in een gezin met twee inkomens uit arbeid.



Het aandeel pasgeborenen met een alleenstaande moeder stijgt sinds 2004.



Aangezien deze kenmerken van de moeders (lage socio-economische status, hogere leeftijd en vreemde nationaliteit) allemaal risicoverhogend zijn voor zwangerschapsproblemen, kan verwacht worden dat een groeiend aandeel zwangerschappen risicozwangerschappen zullen zijn. Het is belangrijk om deze risicomoeders snel te identificeren, opdat ze kunnen genieten van een aandachtige begeleiding tijdens de prenatale opvolging.

Bij de Brusselse bevallingen wordt een stijging van het aandeel oudere moeders alsook een groot aandeel migrantenmoeders en moeders met een ongunstige socio-economische status vastgesteld.

2 Het gaat hier om de kenmerken van de ouders, in dit geval van het gezin, bestaande uit een alleenstaande moeder of een koppel.

1.2 PRENATALE OPVOLGING

In 2007 publiceerde het Intermutualistisch Agentschap een studie over de kwaliteit van de prenatale opvolging in België in 2005 (2), op basis van de terugbetalingen door de mutualiteiten ^[3]. De beoordeling van de kwaliteit was gebaseerd op de vergelijking tussen de praktijk van de prenatale zorgen en de aanbevelingen van het KCE (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg) in 2004 (3). Hieronder worden enkele resultaten voor het Brussels Gewest hernoemen.

1.2.1 Risico-evaluatie

Volgens deze studie loopt 28 % van de zwangere vrouwen in Brussel een "hoog risico": extreme leeftijd (jonger dan 16 en ouder dan 40 jaar) en/of kwetsbaarheid (aan de hand van het RVV-statuut) en/of comorbiditeit. Dit cijfer bedraagt 28 % in Wallonië en 16 % in Vlaanderen.

Van de Brusselse zwangere vrouwen is 2,9 % ouder dan 40 jaar (1,7 % in Wallonië en 1,3 % in Vlaanderen), heeft 13,7 % recht op een verhoogde verzekeringstegemoetkoming (7,3 % in Wallonië en 3,9 % in Vlaanderen) en heeft 14,8 % een chronische aandoening (21,4 % in Wallonië en 12,1 % in Vlaanderen). Deze laatste groep werd samengesteld op basis van het geneesmiddelengebruik voor een reeks chronische aandoeningen en telde in Brussel 1 954 vrouwen ; zo manifesteerde comorbiditeit bij zwangere Brusselse vrouwen zich het vaakst in de vorm van hoge bloeddruk (5 % van de zwangere vrouwen), schildklier-aandoeningen (3,5 %) en astma (3,4 %) ; 39 van de 1 954 vrouwen waren seropositief. Deze percentages worden mogelijk onderschat omdat ze enkel rekening houden met behandelde aandoeningen.

1.2.2 Frequentie van de opvolging en de onderzoeken

Tijdens hun zwangerschap raadplegen Brusselse vrouwen met een laag risico gemiddeld 13 maal een gynaecoloog, huisarts of vroedvrouw. Dat is minder dan het Belgische gemiddelde (14 maal), maar aanzienlijk meer dan het aanbevolen aantal: bij een laag risico worden 10 raadplegingen aanbevolen voor primiparen (eerste bevalling) en zeven raadplegingen voor multiparen (1 of meer bevallingen voor de huidige bevalling).

Als de raadplegingen bij de huisarts, die niet met zekerheid aan de zwangerschap kunnen worden toegeschreven, buiten beschouwing worden gelaten, bedraagt het gemiddeld aantal raadplegingen toch nog 11 (3).

Brusselse vrouwen met een hoog risico gaan gemiddeld 14 maal op raadpleging, wat weinig verschilt van zwangere vrouwen met een laag risico ; het is ook minder dan de Belgische vrouwen met hoog risico die gemiddeld 15 maal een arts raadplegen.

De meeste zwangere Brusselse vrouwen gaan minstens eenmaal bij een arts langs: 98 % heeft minstens één raadpleging bij een gynaecoloog, 55 % bij een huisarts (62 % voor de risicopopulatie), 28 % bij een vroedvrouw en 38 % bij een andere specialist (53 % voor de risicopopulatie). De richtlijnen met betrekking tot de soorten laboratoriumanalyses die nodig zijn bij de opvolging van de zwangerschap worden tamelijk goed nageleefd, ook al worden de onderzoeken vaak meer herhaald dan nodig. Het gemiddeld aantal echografieën per zwangerschap bedraagt 4,1 (4,4 bij de risicopopulatie), wat vergelijkbaar is met het nationale gemiddelde.

Sinds 2006 ontvangen de betrokken gezondheidswerkers een feedback van deze gegevens via het platform voor kwaliteitspromotie van het RIZIV.

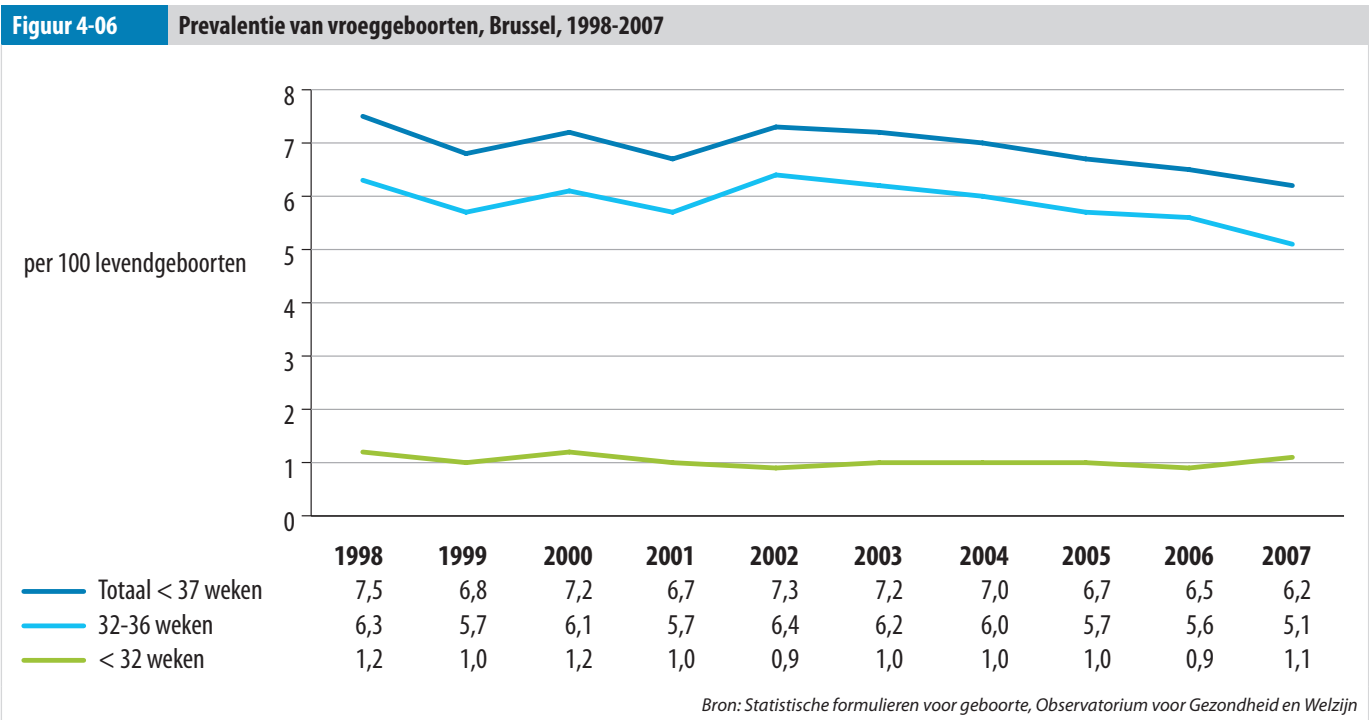
³ Heeft geen betrekking op vrouwen met het statuut van zelfstandige (989 van de 13 188 Brusselse vrouwen die in 2005 zijn bevallen), noch de vrouwen die voor prenatale opvolging bij K&G of ONE langs gaan..

1.3 PERINATALE
GEZONDHEIDSINDICATOREN

1.3.1 Prematuriteit

Na een duidelijke stijging in de loop van de jaren 80 en 90 (zie het hierboven aangehaalde Dossier over perinataliteit), daalt het aandeel vroeggeboorten sinds 2002. Het aandeel ernstige prematuriteit (zwangerschapsduur minder dan 32 weken) blijft daarentegen stabiel (figuur 4-06). Het absolute aantal zeer vroeg geboren kinderen stijgt echter: 771 pasgeborenen van minder dan 32 weken in de periode 2003-2007, tegenover 660 voor de periode 1998-

2002. Gezien de impact op lange termijn van ernstige prematuriteit op de ontwikkeling van kinderen, heeft deze stijging gevolgen voor de behoeften aan medische, psychologische en opvoedkundige begeleiding. Uit Europese studies blijkt dat 10 tot 15 % van de zeer vroeg geboren kinderen aan ernstige handicaps lijden en 40 % aan cognitieve ontwikkelingsstoornissen (4).

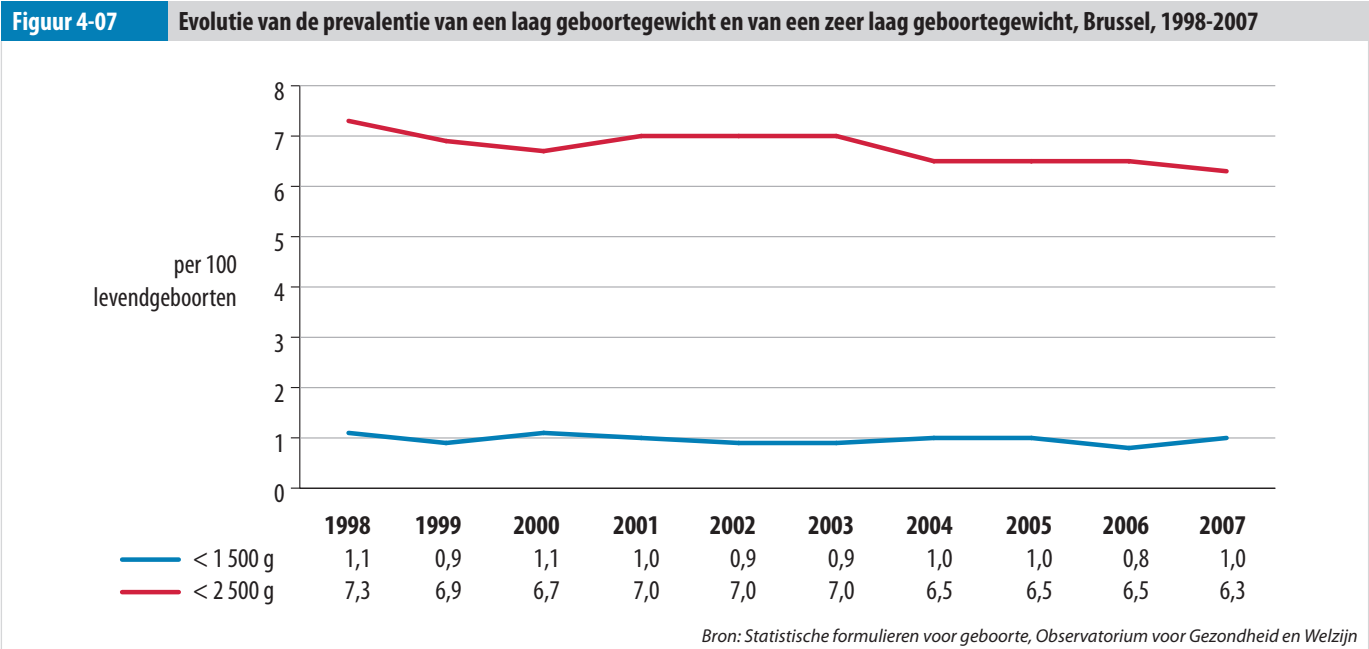


Het aandeel vroeggeboorten en laag geboortegewicht daalt maar het aandeel ernstige vroeggeboorte en zeer laag geboortegewicht blijft stabiel.

1.3.2 Laag geboortegewicht

De evolutie van de prevalentie van laag geboortegewicht loopt parallel met de evolutie van de vroeggeboorte: er wordt een daling vastgesteld van het aandeel kinderen van minder dan 2 500 g maar een relatieve stabilisering voor pasgeborenen met een zeer laag geboortegewicht (minder dan 1 500 g).

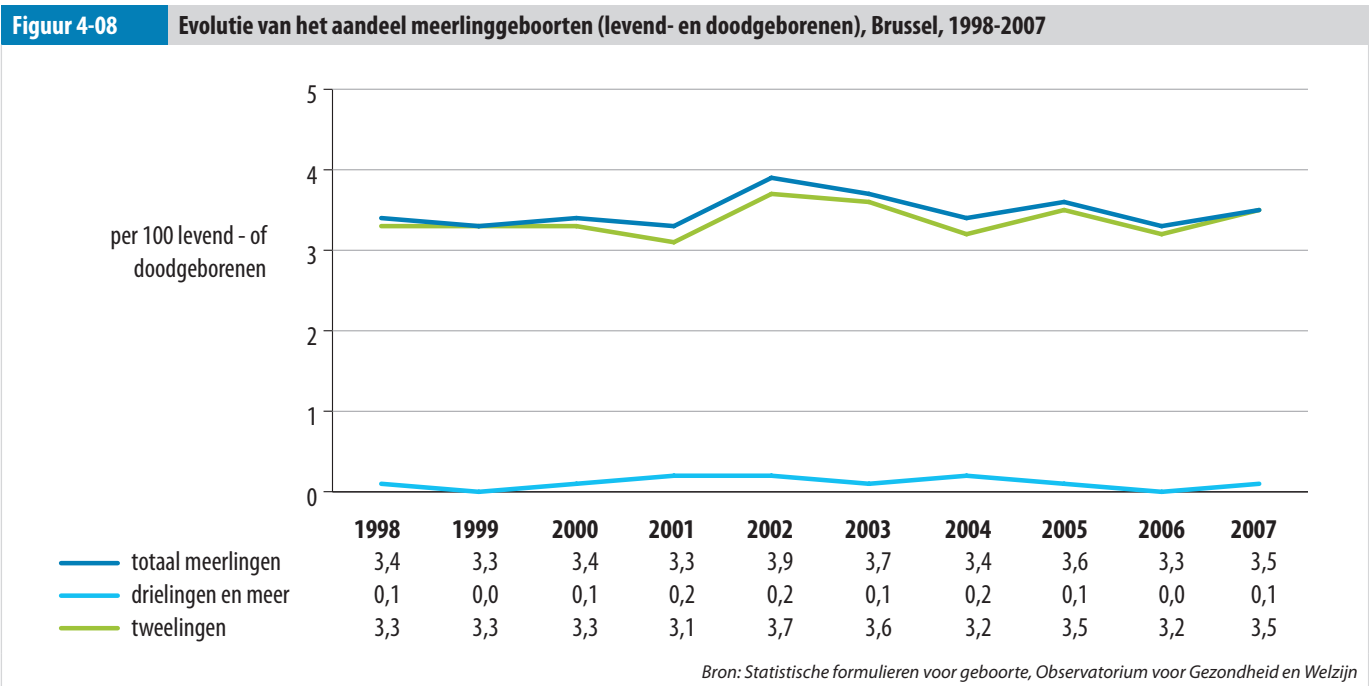
Net zoals het aantal vroeggeboorten, stijgt echter ook het absolute aantal levend geboren kinderen met een zeer laag geboortegewicht. In 2003-2007 werden 276 levendgeboren kinderen geregistreerd met een gewicht van minder dan 1 000 g (237 in 1998-2002), 771 geboorten van kinderen van minder dan 1 500 g (660 in 1998-2002) en 5 294 geboorten van kinderen van minder dan 2 500 g (4 686 in 1998-2002).



1.3.3 Meerlingzwangerschappen

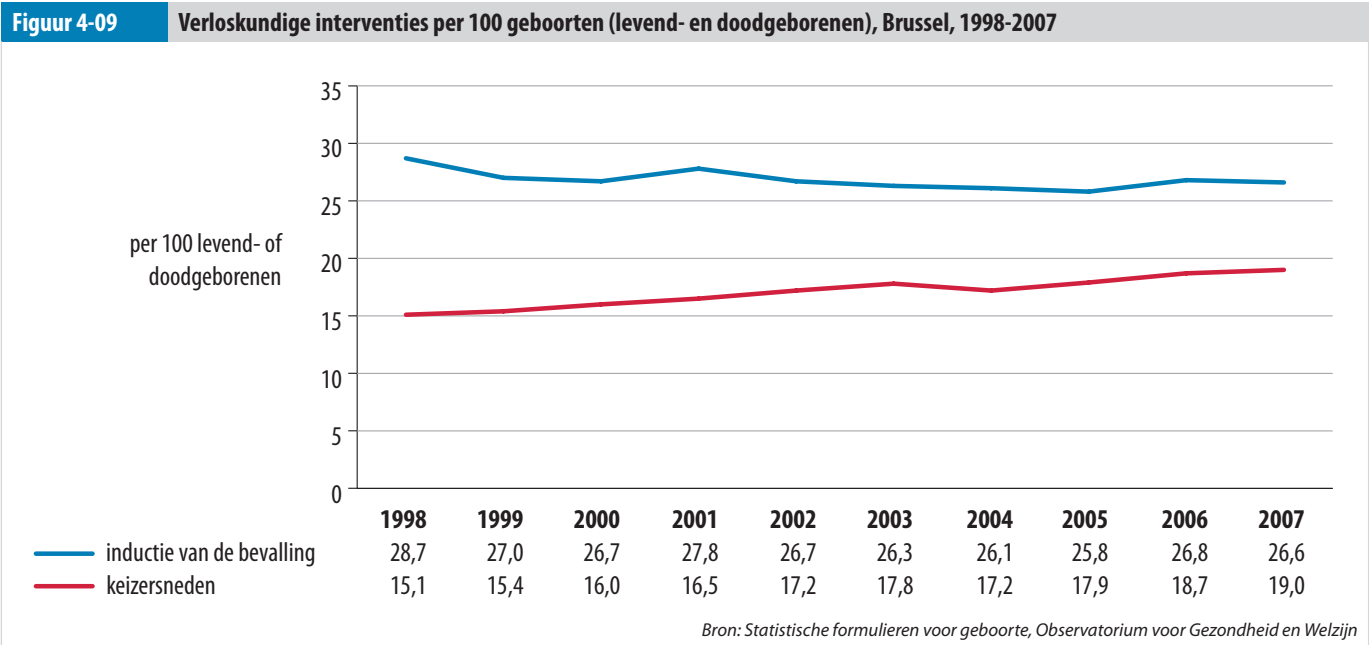
Na een zeer duidelijke stijging van het aantal meerlingzwangerschappen in de loop van de jaren 80 en 90 als gevolg van het toegenomen aanwenden van medisch

begeleide voortplantingstechnieken, werd in 2002 een piek bereikt (zie Dossier over perinataliteit). Sinds 2004 blijft het aandeel meerlinggeboorten relatief stabiel.

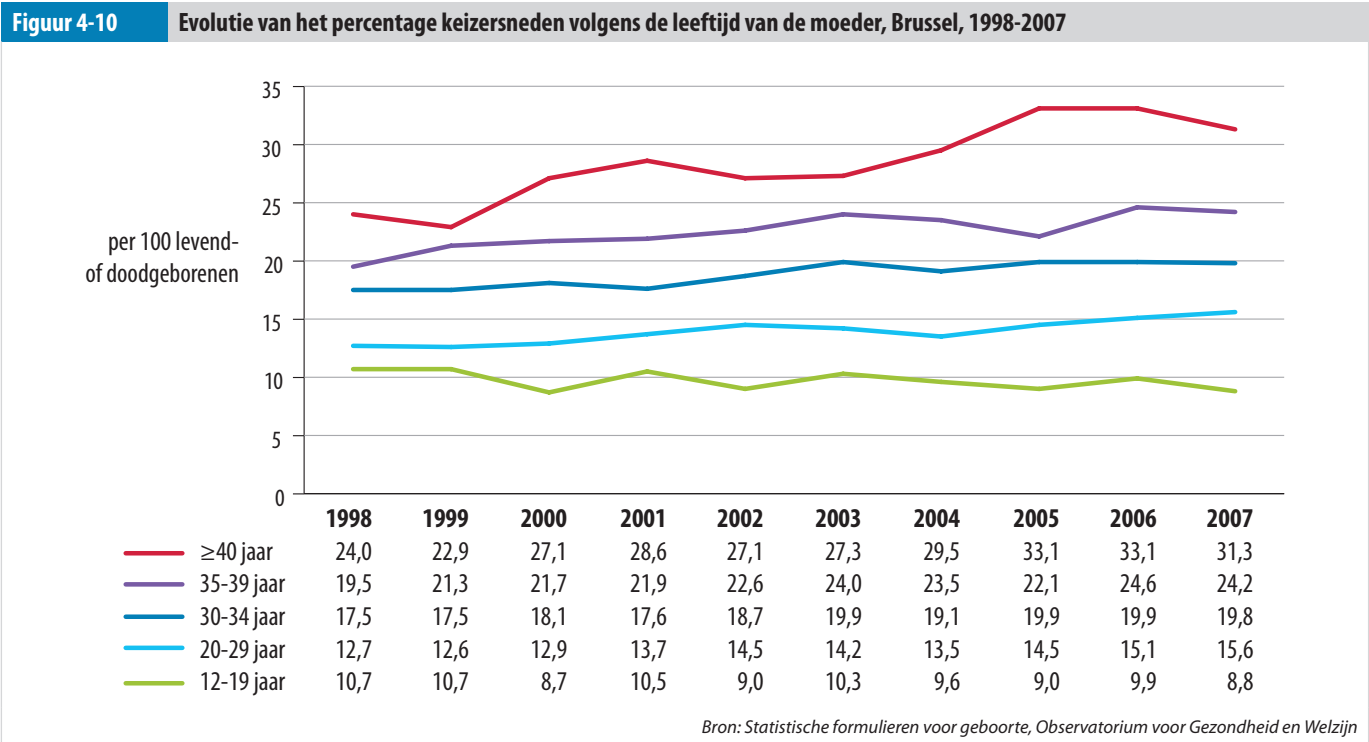


1.3.4 Verloskundige interventies

Het percentage ingeleide bevallingen blijft stabiel, het aandeel geboorten via keizersnede blijft daarentegen toenemen.



Het stijgend aandeel moeders ouder dan 35 jaar is een gedeeltelijke verklaring voor deze voortdurende stijging van het percentage keizersneden. Toch blijkt uit figuur 4-10 dat deze stijging ook wordt waargenomen bij jongere vrouwen, met uitzondering van moeders jonger dan 20 jaar.



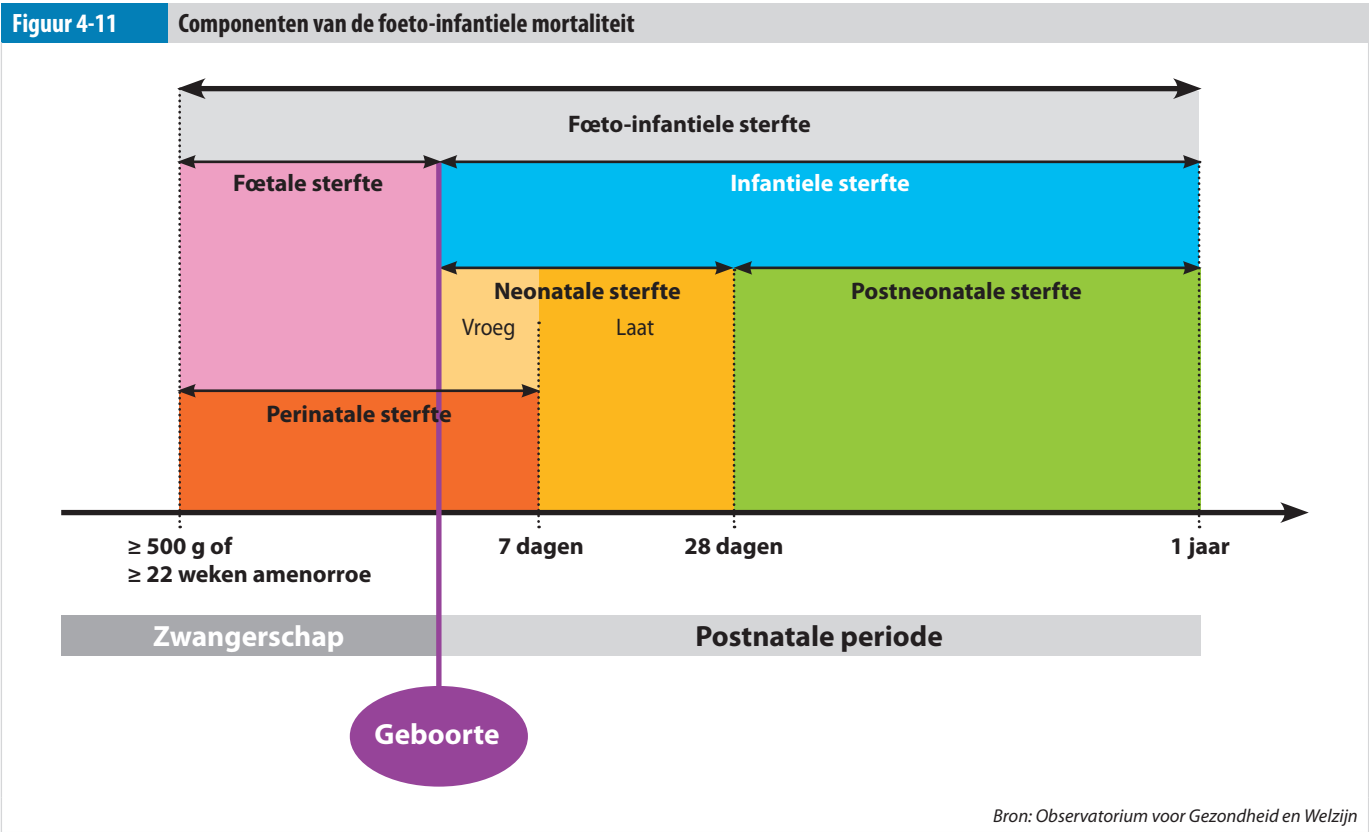
Het percentage keizersneden stijgt, vooral bij moeders van 35 jaar en ouder, maar ook bij moeders van 20 jaar en ouder.

1.3.5 Foeto-infantiele mortaliteit

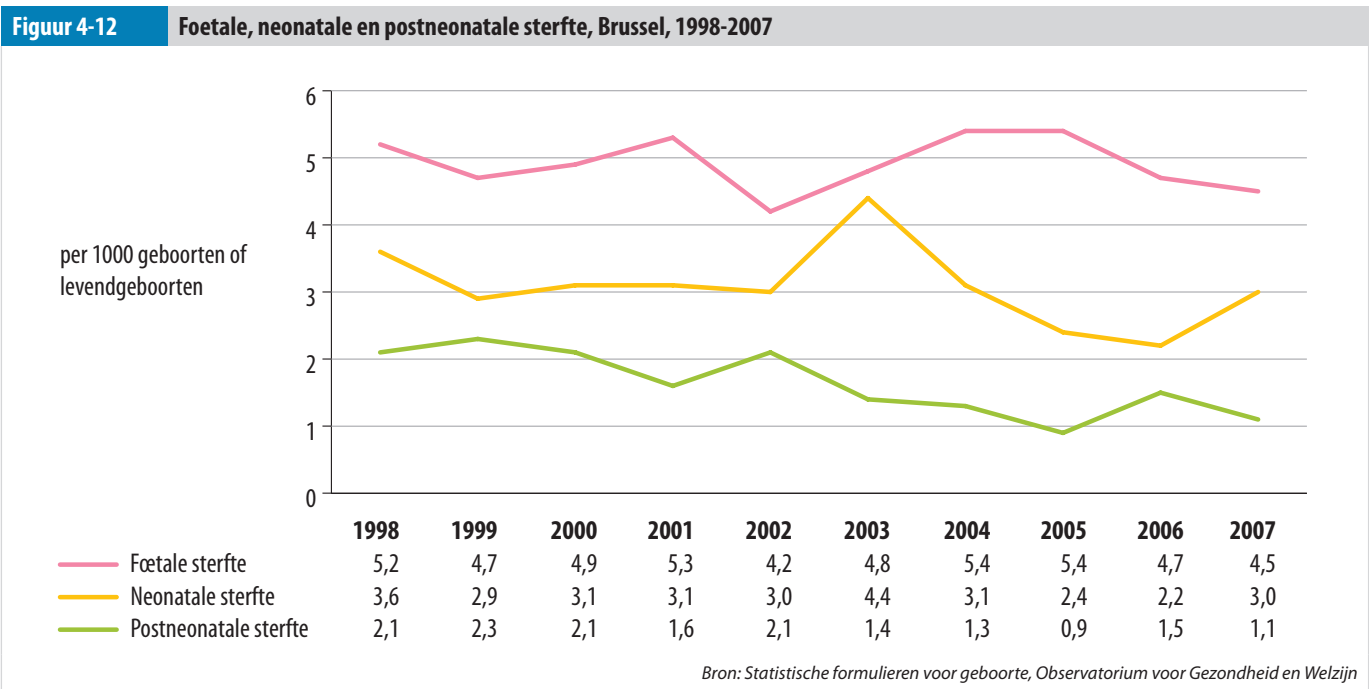
In 2007 werden 81 doodgeboren kinderen geregistreerd en 73 sterfgevallen van levendgeboren kinderen vóór de leeftijd van 1 jaar (53 sterfgevallen vóór het einde van de eerste maand en 20 sterfgevallen tussen 1 maand en 1 jaar).

De foeto-infantiele mortaliteit wordt verdeeld in drie componenten: de foetale mortaliteit of doodgeboorte, de neonatale mortaliteit en de postneonatale mortaliteit.

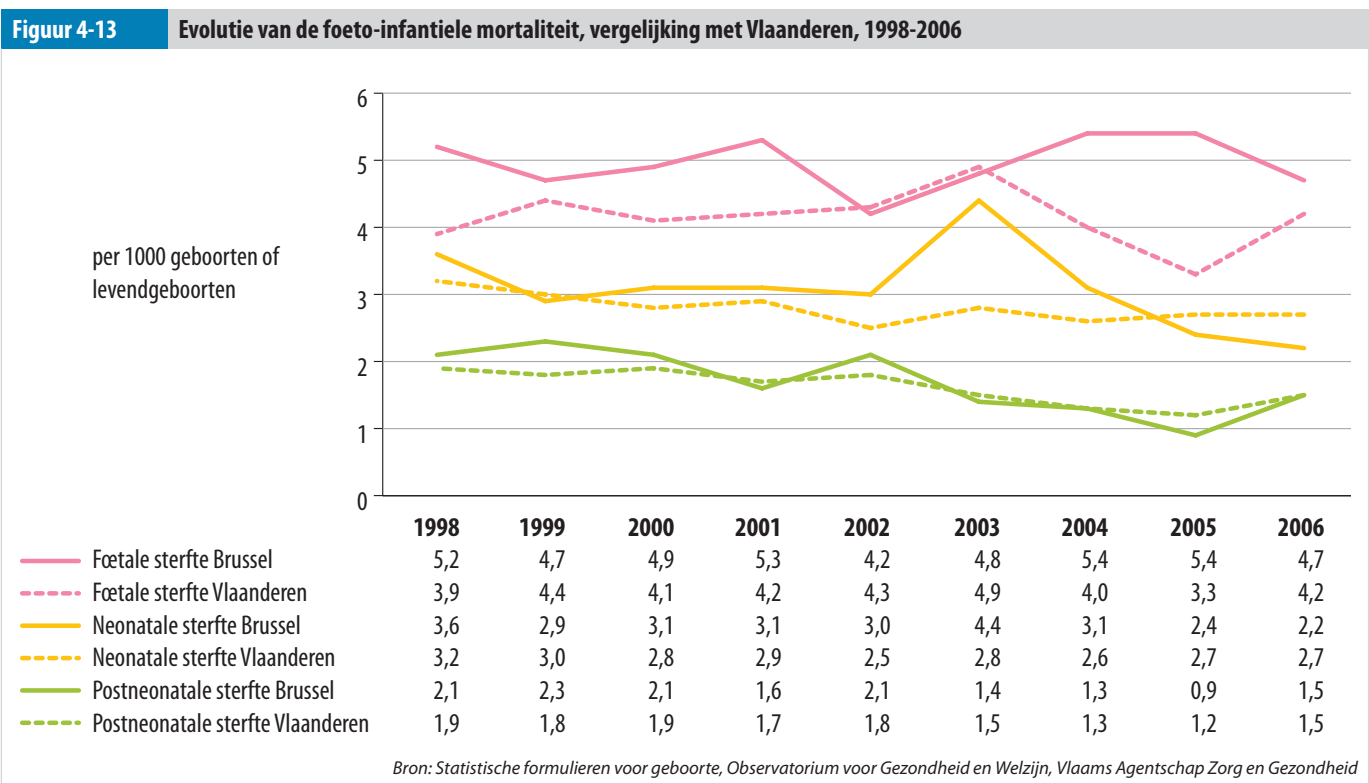
Perinatale sterfte groepeert foetale en vroegneonatale sterfte. Infantiele sterfte groepeert het geheel van sterfgevallen van levendgeborenen vóór hun eerste verjaardag (overlijden tussen 0 en 364 levensdagen). De verschillende cijfers worden uitgedrukt per 1 000 levendgeboorten (neonatale, postnatale of infantiele sterfte) of per 1 000 levend- of doodgeborenen (foetale, perinatale en foeto-infantiele sterfte).



In de loop van de laatste 10 jaar wordt een relatieve stabiliteit van de foetale en neonatale sterfte vastgesteld, terwijl de posneonatale sterfte daalt.



De evolutie van de foeto-infantiele sterftecijfers in Brussel loopt gelijk aan die van Vlaanderen. In 2006 lag de foetale sterfte gemiddeld iets hoger in Brussel, de neonatale sterfte lag er dan weer iets lager. De postneonatale sterfte is vergelijkbaar in de twee gewesten.



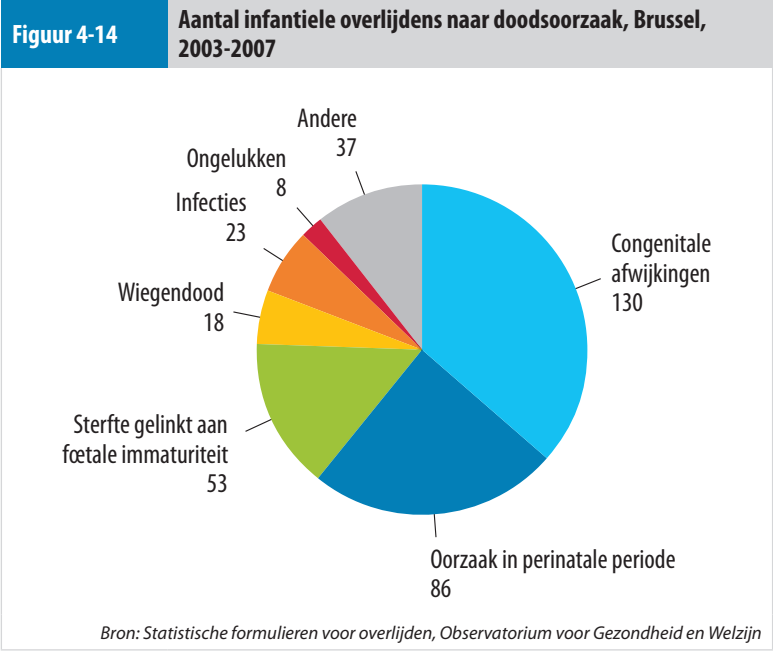
1.4 DE OORZAKEN VAN INFANTIELE STERFTE

In de periode 2003-2007 werden 355 sterfgevallen voor kinderen jonger dan één jaar geregistreerd (gemiddeld 71 sterfgevallen per jaar).

De belangrijkste oorzaken van infantiele sterfte^[4] zijn, net zoals voor de periode 1998-2002, congenitale afwijkingen, diverse pathologieën in de perinatale periode, immaturiteit en wiegendood.

Tot midden in de jaren 90 was **wiegendood** de belangrijkste oorzaak van kindersterfte en de eerste oorzaak van postneonatale sterfte^[5] (zie Dossier over perinataliteit). In de periode 2003-2007 was het de vierde oorzaak van kindersterfte en de tweede oorzaak van postneonatale mortaliteit (15 sterfgevallen), waarmee wiegendood ver achter congenitale afwijkingen (43 sterfgevallen) kwam te staan en bijna dezelfde positie bekleedt als infecties (14 sterfgevallen). Informatie- en preventiecampagnes die vanaf 1995 in België werden uitgevoerd hebben zeker bijgedragen tot de sterke daling van wiegendood.

In figuur 4-14 staat de verdeling van de oorzaken van infantiele sterfte in 2003-2007, de tabel vergelijkt de oorzaken van infantiele en postneonatale sterfte met de voorgaande periode.



Doodsoorzaken	Oorzaken van infantiele en postneonatale sterfte, Brussel, 1998-2007			
	Infantiele sterfte		Postneonatale sterfte	
	1998-2002	2003-2007	1998-2002	2003-2007
Congenitale afwijkingen	112	130	38	43
Oorzaak in perinatale periode	65	86	6	8
Sterfte gelinkt aan foetale immaturiteit	61	53	12	7
Wiegendood	41	18	38	15
Infecties	32	23	24	14
Ongelukken	13	8	11	8
Andere	46	37	16	9
TOTAAL	370	355	145	104

Bron: Statistische formulieren voor overlijden, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

Het aantal sterfgevallen ten gevolge van wiegendood is sterk afgenomen tussen 1998-2002 en 2003-2007.

4 Alle sterfgevallen van levendgeboren kinderen voor de eerste verjaardag van het kind (0 tot 364 levensdagen).

5 Sterfgevallen van kinderen tussen 28 en 364 levensdagen.

1.5 OPSPORING BIJ ZUIGELINGEN EN JONGE KINDEREN

1.5.1 Bloedstalen

Een aantal congenitale afwijkingen wordt van bij de geboorte opgespoord door middel van een bloedstaal in de kraamkliniek. Als deze aandoeningen niet vroeg worden behandeld, kunnen ze leiden tot overlijden, een mentale achterstand of andere permanente problemen.

De twee meest voorkomende zijn **fenylketonurie** en **hypothyreoïdie**. Er bestaan wettelijke kaders om de opsporing ervan te organiseren. Het aantal gevallen dat in het Brussels Gewest is opgespoord is niet bekend, maar wanneer we het aantal positieve gevallen per 100 000 tests, uitgevoerd door de drie opsporingscentra van de Franse Gemeenschap, toepassen op de Brusselse geboorten, mogen we veronderstellen dat in het Brussels Gewest jaarlijks ongeveer 2 kinderen worden opgespoord met fenylketonurie en 5 kinderen met hypothyreoïdie.

De opsporing van **hemoglobinoopathiën** (de vaakst voorkomende genetische aandoeningen) wordt in het Brussels Gewest sinds 1994 georganiseerd door de dienst voor medische chemie van het Erasmusziekenhuis ; alle kraamafdelingen mogen hun stalen naar deze dienst opsturen. Tussen december 1994 en december 2007 werden 113 gevallen van drepanocytose (meer dan 8 gevallen per jaar), 7 gevallen van ernstige bètathalassemie en 5 gevallen van hemoglobinoze H opgespoord bij 179 788 levendgeboorten ; bovendien is één levendgeborene op de 65 een gezonde drager van een hemoglobine S. In totaal, voor alle gescreende geboorten, is ongeveer 2 % van de kinderen drager van een hemoglobineafwijking en meer dan één pasgeborene op de 2 000 vertoont

een ernstige vorm (5 ; 6). Het is dus belangrijk dat er een strategie uitgewerkt wordt voor de behandeling van hemoglobinoopathiën door de behandelende artsen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Slechts 2 van de 14 sterfgevallen door hemoglobinoopathiën die werden geregistreerd voor de periode 1999-2007 hebben betrekking op kinderen (waarvan een van minder dan een jaar en een tussen 1 en 5 jaar) en zijn te wijten aan drepanocytosen.

1.5.2 Opsporing van gezichtsproblemen

Eind 2002 heeft het ONE beslist om de opsporing van gezichtsproblemen bij kinderen van 15 maanden tot 3 jaar geleidelijk aan te veralgemenen voor de hele Franse Gemeenschap [6]. Uit verschillende studies is immers gebleken dat ongeveer 10 % van de kinderen in deze leeftijdscategorie te maken heeft met gezichtsproblemen en dat de behandeling het meest doeltreffend is als het kind een diagnose en behandeling krijgt vóór de leeftijd van 3 jaar (7). In het Brussels Gewest werd met de opsporing gestart in 2006, maar is ze nog niet overal beschikbaar als gevolg van een gebrek aan voldoende gespecialiseerd personeel (11 van de 19 gemeenten organiseerden een screening in 2007). Aanvankelijk werd de gratis screening uitgevoerd in een aantal ziekenhuiscentra en nu door vier orthoptisten en een aantal geneesheren die hiervoor een opleiding hebben gevolgd. Hieronder volgen de resultaten voor de jaren 2006-2008.

Tabel 4-02 Opsporing van gezichtsproblemen in het Brussels Gewest door het ONE tussen 2006 en 2008					
	Aantal uitgevoerde onderzoeken*	Normale opsporingen	Abnormale opsporingen	Twijfelachtige opsporingen	Onuitvoerbare opsporingen
2006	3 111	2 473 (79,5 %)	270 (8,7 %)	91 (2,9 %)	277 (8,9 %)
2007	2 461	1 819 (73,9 %)	270 (11,0 %)	52 (2,1 %)	320 (13,0 %)
2008	4 701	3 262 (69,4 %)	598 (12,7 %)	156 (3,3 %)	685 (14,6 %)
* De opsporing kan worden uitgevoerd tot de leeftijd van 4 jaar. Bron: ONE, 2009					

In twee tot drie van de tien gevallen is het advies van een oftalmoloog nodig of moet de screening opnieuw worden uitgevoerd [7].

Aangezien de gegevens anoniem zijn, zijn afzonderlijke opvolgingsgegevens van Brusselaars niet beschikbaar ; wanneer echter wordt gekeken naar de 2 150 kinderen in de Franse Gemeenschap die tussen 2004 en 2007 een oftalmologisch onderzoek hebben ondergaan en waarvan

het resultaat bekend was bij het ONE, wordt de anomalie in 7 van de 10 gevallen bevestigd door de behandelende oftalmoloog.

In Vlaanderen heeft Kind & Gezin sinds 2007 twee pilootprojecten voor screening van gezichtsproblemen bij zuigelingen opgestart met het idee het programma in de toekomst te veralgemenen (8). In Brussel heeft K&G geen programma opgestart.

6 In 2007 schat men dat deze opsporing een derde van het doelpubliek in de Franse Gemeenschap heeft bereikt.

7 Aangezien er steeds meer opsporingen zijn waarbij het kind niet wil meewerken, raadt het ONE nu aan om ze niet uit te voeren vóór de leeftijd van 18 maanden.

1.5.3 Opsporing van doofheid

Gezien de prevalentie van neonatale doofheid (1 tot 4 %) en de gevolgen ervan, niet alleen voor de taalkundige en communicatieve vaardigheden van het kind, maar ook voor zijn cognitieve en psychosociale ontwikkeling, hebben de Gemeenschappen systematisch programma's opgestart om doofheid bij pasgeborenen op te sporen. Idealiter moet de diagnose vóór 3 maanden worden gesteld en moet de behandeling vóór 6 maanden worden opgestart.

In de Vlaamse Gemeenschap organiseert Kind & Gezin sinds 1998 een dergelijke opsporing ; de incidentie van doofheid voor de volledige Vlaamse Gemeenschap bedroeg 2,6 ‰ in 2006 en 3,2 ‰ in 2007 (aanpassing van het diagnose-instrument) (9). Gegevens omtrent deze screening van K&G in het Brussels Gewest zijn niet beschikbaar.

In de Franse Gemeenschap wordt sinds eind 2006 een opsporing georganiseerd bij pasgeborenen die geen risicofactoren vertonen ^[8]. Het gaat om een opsporing door "geautomatiseerde akoestische oto-emissies ^[9]" ; de kraamklinieken zijn vrij om zich al dan niet aan te sluiten bij het programma ^[10]. Op de 3^{de} levensdag wordt een eerste test uitgevoerd. Deze wordt de volgende dag herhaald indien het resultaat niet bevredigend is ; als het resultaat abnormaal blijft, wordt het kind doorverwezen naar een keel-neus-oor-arts (KNO).

Kinderen die risico's vertonen ^[11], ondergaan meteen een grondiger onderzoek door een KNO-arts.

Op 31/12/2007 ^[12] namen zeven kraamklinieken deel aan het programma in het Brussels Gewest (geleidelijke toetreding in de loop van het jaar) en werden in 2007 8 318 pasgeborenen onderzocht (ongeveer 68 % van de geboorten). Als we de "weigeringen" of "elders" (zie verder

en de eerste niet-uitgevoerde tests uitsluiten, bedraagt de vaccinatiedekking van de deelnemende kraamklinieken 78,5 % in dit eerste programmajaar. 43 ouders weigerden immers deel te nemen aan het programma (geen enkel kind behoorde tot de groep van kinderen met risicofactoren) en 316 wilden de opsporing "elders" laten gebeuren (Kind en Gezin, KNO of ander ziekenhuis).

Van de overige 7 959 kinderen, vertoonden er 214 een of meerdere van de aangehaalde risicofactoren ^[13] en dus werden zij onmiddellijk doorverwezen (2,7 %).

In het totaal werden in 2007 bij kinderen met en zonder risico zes gevallen van eenzijdige en zeven gevallen van tweezijdige doofheid opgespoord, hetgeen overeenstemt met een prevalentie van 2,1 ‰ voor alle pasgeborenen die getest werden ^[14].

De moeilijkheden bij de uitvoering van dit programma betreffen in de eerste plaats problemen bij de organisatie van het programma en bij de aanvaarding ervan (de ouders moeten worden gesensibiliseerd, en ze moeten het idee aanvaarden met hun kind naar een specialist te gaan indien de test niet bevredigend is).

Andere moeilijkheden zijn:

- het vroegtijdig ontslag (bv. in het weekend) van pasgeborenen, zodat er geen tijd is om de opsporing uit te voeren (ongeveer 1/5^{de} van de kinderen van ouders die "akkoord gaan" heeft geen test ondergaan).
- de administratieve overbelasting van de gezondheidswerkers.
- de opleiding van gezondheidswerkers op het terrein in verband met screening en diagnose.
- het hoge aantal betrokken gezondheidswerkers, dat een noodzakelijke en complexe samenwerking met zich mee brengt.

8 Door enkel de pasgeborenen met een risicofactor te onderzoeken, zou slechts 50 % van de gevallen van permanente neonatale doofheid worden geïdentificeerd.

9 Hiermee kan noch het type noch de ernst van de doofheid worden bepaald.

10 In 2008 waren er nog 2 kraamklinieken in Brussel die de overeenkomst met de Franse Gemeenschap niet wensten te ondertekenen. Dankzij deze overeenkomst moeten de ouders minder betalen (ten laste van de Franse Gemeenschap) en worden de gegevens van het programma geregistreerd en geanalyseerd.

11 Familiale antecedenten van erfelijke doofheid, bloedverwantschap in de eerste graad, infecties in de baarmoeder, verschillende intoxicaties, APGAR ≤ 6 na 5', < 36 weken of < 1 500 g, neonatale intensieve zorgen > 5 dagen, ototoxische medicatie,

exsanguinotransfusie, geassisteerde beademing > 24 u, afwijking als gevolg van hypoacousie, neurologische of endocriene aandoening.

12 Bron van de gegevens: Bénédicte Vos, coördinatrice van het programma voor het systematisch opsporen van neonatale doofheid in de Franse Gemeenschap + tijdschrift Percentile, Vol 13, nr. 4, 2008.

13 Dit is waarschijnlijk een onderschatting, aangezien de literatuur veeleer vermeldt dat 6 tot 10 % van de pasgeborenen minstens een van deze risicofactoren vertoont.

14 Er dient echter te worden opgemerkt dat er op 31/12/2007 geen definitief resultaat was voor 51 kinderen met risico en 121 kinderen zonder risico (hiertoe behoren waarschijnlijk nog lopende onderzoeken, kno-adviezen die nog niet zijn uitgevoerd of resultaten die nog niet zijn ontvangen).

1.6 BORSTVOEDING IN HET BRUSSELS GEWEST

De voordelen van borstvoeding zijn wereldwijd erkend ; zowel de internationale instellingen ^[15] als het ONE, Kind & Gezin en alle gezondheidswerkers hebben de laatste jaren talrijke inspanningen geleverd om voor moeders een gunstig klimaat te scheppen voor borstvoeding. Dit gezegd zijnde, is het soort voeding een persoonlijke keuze die sterk beïnvloed blijft door de sociale en economische kenmerken van de moeder, door haar oorspronkelijke cultuur, maar ook door die van het land van opvang. De borstvoedingsgewoonten in het Brussels Gewest konden worden bestudeerd dankzij de gegevens die werden verzameld door het ONE en Kind & Gezin (K&G) (zie kader).

Tabel 4-03	Kenmerken van de kinderen die worden opgevolgd bij preventieve raadplegingen (ONE en K&G) en van de Brusselse geboorten, Brussel, 2007		
	ONE	K&G	Brusselse geboorten
Niet-Belgische moeder	62,6 %*	41,4 %	46,0 %
Moeder < 20 jaar	1,8 %	2,8 %	2,6 %
Moeder ≥ 40 jaar	6,0 %	2,6 %**	4,8 %
< 37 weken	6,5 %	7,1 %	6,2 %
< 2 500 g	5,6 %	7,1 %	6,3 %
*50 % ontbrekende gegevens **= moeder > 40 jaar Bronnen: registratie bij de geboorte (ONE) en registratie op 6 ^{de} dag (K&G)			

Studie van de borstvoeding in het Brussels Gewest: methodologie en gegevensbronnen

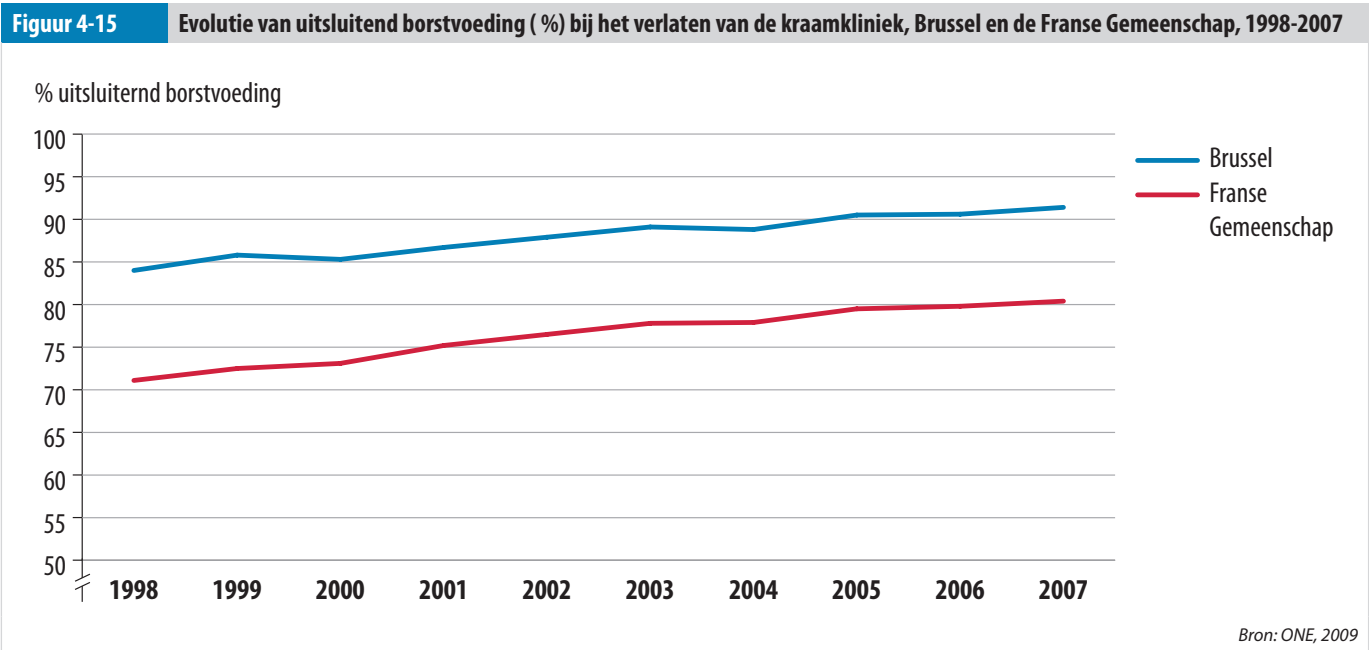
De gegevens over borstvoeding bij Brusselse baby's (= moeders die in Brussel wonen) bij het verlaten van de kraamkliniek ^[16] worden ingevuld door medisch-sociale werksters (MSW) van het ONE in de kraamkliniek en via een huisbezoek of tijdens het eerste contact door Kind & Gezin ; toch ontsnappen sommige baby's aan deze registratie ^[17]. Nadien worden de gegevens geregistreerd tijdens de raadplegingen ^[18]. Het totaal aantal registraties van de twee instellingen (bij de geboorte (ONE) en op de 6^{de} dag (K&G)) zijn in 2007 goed voor 103,8 % van het aantal levendgeboorten van Brusselse inwoners, hetgeen een aantal dubbele registraties veronderstelt (15 692 ONE-kennisgevingen en 2 382 registraties door K&G in 2007). De percentages worden berekend op basis van de bekende gegevens (uitsluiting van ontbrekende gegevens).

- 16 Op 6^{de} dag voor Kind en Gezin
- 17 Er zijn 14 kraamklinieken in het Brussels Gewest, maar die nemen niet allemaal op dezelfde manier deel aan deze inzameling van gegevens ; de gegevens voor sommige variabelen zijn dus niet exhaustief en/of onvolledig.
- 18 Punctueel door het ONE (balans op een bepaalde leeftijd) en continu door K&G. Aangezien het tijdstip en de manier van inzamelen verschillen, worden de gegevens afzonderlijk geanalyseerd.

15 De WGO en UNICEF hebben samen een label "babyvriendelijk ziekenhuis" opgericht om de kraamdiensten ertoe aan te zetten hun praktijken te verbeteren. Dit label wordt toegekend indien aan een aantal voorwaarden wordt voldaan (<http://www.infor-allaitement.be/pages/initiatives2.php>). De volgende Brusselse kraamklinieken hebben dit label gekregen: UMC Brugmann, Erasmusziekenhuis, Sint-Janskliniek, UMC Sint-Pieter, ziekenhuis Iris Zuid site Etterbeek-Elsene, Kliniek Edith Cavell.

1.6.1 Uitsluitend borstvoeding bij het verlaten van de kraamkliniek

Bij het ONE bedroeg het aandeel moeders die bij het verlaten van de kraamkliniek uitsluitend borstvoeding gaven aan hun baby 90,6 % in 2006 en 91,4 % in 2007 ; dit percentage steeg de laatste tien jaar voortdurend en ligt hoger dan dat voor de hele Franse Gemeenschap (respectievelijk 79,8 en 80,4 %).



Bij K&G bedroeg de uitsluitend borstvoeding op de 6^{de} dag 77,6 % in 2006 en 77,4 % in 2007 ; dit percentage ligt hoger dan dat voor Vlaanderen (63,7 % in 2006) en voor Antwerpen (65,0 %).

Als het gemiddelde van de cijfers van het ONE en K&G wordt berekend, gewogen naargelang hun respectieve geboortedekking, kan het borstvoedingscijfer in het Brussels Gewest worden geschat op 88,9 % in 2006 en 89,5 % in 2007, wat nog steeds hoger is dan in de Franse Gemeenschap en in Vlaanderen.

Waarschijnlijk vinden de waargenomen verschillen tussen de borstvoedingscijfers van het ONE en K&G hun oorsprong in de verschillen tussen de populaties die door beide instellingen worden gerekruteerd. Deze verschillen blijken ook wanneer de borstvoedingscijfers per gemeente en per instelling worden vergeleken.

Het percentage moeders dat hun kind bij het verlaten van de kraamkliniek uitsluitend borstvoeding geeft, blijft stijgen.

Wanneer de gemeenten volgens socio-economisch niveau in drie clusters worden gerangschikt (zie hoofdstuk 2 in deel I Algemene context), bekomt men de borstvoedingscijfers van tabel 4-04 (bekende gegevens).

Tabel 4-04 Aandeel uitsluitend borstvoeding, naar socio-economisch niveau van de verblijfsgemeente, ONE en K&G, 2006		
Socio-economisch niveau van de gemeente	ONE	K&G
laag	91,5 %	82,4 %
gemiddeld	90,9 %	78,1 %
hoog	88,4 %	79,2 % ^[19]

Bron: ONE, K&G, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, 2009

¹⁹ Voor Kind & Gezin is er geen tussenkomst (en dus geen gegevens) voor de gemeenten Ukkel en Sint-Pieters-Woluwe (die beide deel uitmaken van de cluster met hoog socio-economisch niveau).

Vroeggeboren baby's of baby's met een laag geboortegewicht krijgen relatief minder vaak uitsluitend borstvoeding bij het verlaten van de kraamkliniek. In 2007 kreeg 86,5 % van de baby's geboren voor 37 weken zwangerschap borstvoeding bij het verlaten van de kraamkliniek tegenover 91,8 % van de baby's geboren na 37 weken zwangerschap (ONE) ; 57,1 % van de baby's geboren voor 37 weken zwangerschap kregen borstvoeding op de 6e dag tegenover 80,4 % van de baby's geboren na 37 weken zwangerschap (K&G).

Het geven van uitsluitend borstvoeding bij het verlaten van de kraamkliniek neemt af naarmate de pariteit stijgt: uitsluitend borstvoeding bij het verlaten van de kraamkliniek (ONE) bedraagt 92,3 % bij primiparen (eerste bevalling) tegenover 87,9 % bij grote multiparen (4^{de} of meer) ; uitsluitend borstvoeding op de 6e dag (K&G) bedraagt 78,7 % voor de primiparen tegenover 74,4 % bij grote multiparen (2006-2007).

Dit wordt eveneens waargenomen voor de hele Franse Gemeenschap (10), Vlaanderen (11) en in andere landen (12).

De borstvoedingscijfers zijn het hoogst voor moeders tussen 20 en 40 jaar en dalen na de leeftijd van 40 jaar. Ze zijn het laagst voor zeer jonge moeders.

Het borstvoedingscijfer voor baby's van buitenlandse moeders ligt ongeveer 6 % hoger dan dat voor baby's van Belgische moeders (nationaliteit bij de geboorte van het kind). In het speciale dossier omtrent borstvoeding (10) analyseerde het ONE voor een periode van 10 jaar de borstvoedingscijfers na de bevalling van de moeders naargelang hun oorspronkelijke nationaliteit. Gemiddeld geeft slechts 70 % van de Belgische moeders borstvoeding, tegenover meer dan 90 % van de moeders van Turkse en Marokkaanse oorsprong ; enkel bij de oorspronkelijk Franse moeders lag het cijfer nog lager.

Het cijfer voor uitsluitend borstvoeding bij het verlaten van de kraamkliniek ligt beduidend hoger in het Brussels Gewest dan in de twee andere gewesten van het land.

1.6.2 Uitsluitend borstvoeding nadien^[20]

In 2007 bedroeg de gemiddelde duur van de uitsluitend borstvoeding 15 weken^[21]. Van de vrouwen die borstvoeding hebben gegeven, heeft ongeveer een derde dat minder dan drie maanden gedaan, een derde tussen 3 en 6 maanden en nog een derde 6 maanden en langer.

20 Enkel de gegevens van kinderen opgevolgd door het ONE zijn beschikbaar en weergegeven.

21 Duur berekend voor de kinderen die na 9 maanden nog steeds door het ONE worden opgevolgd (ongeveer 15 % van de bij hen geregistreerde geboorten).

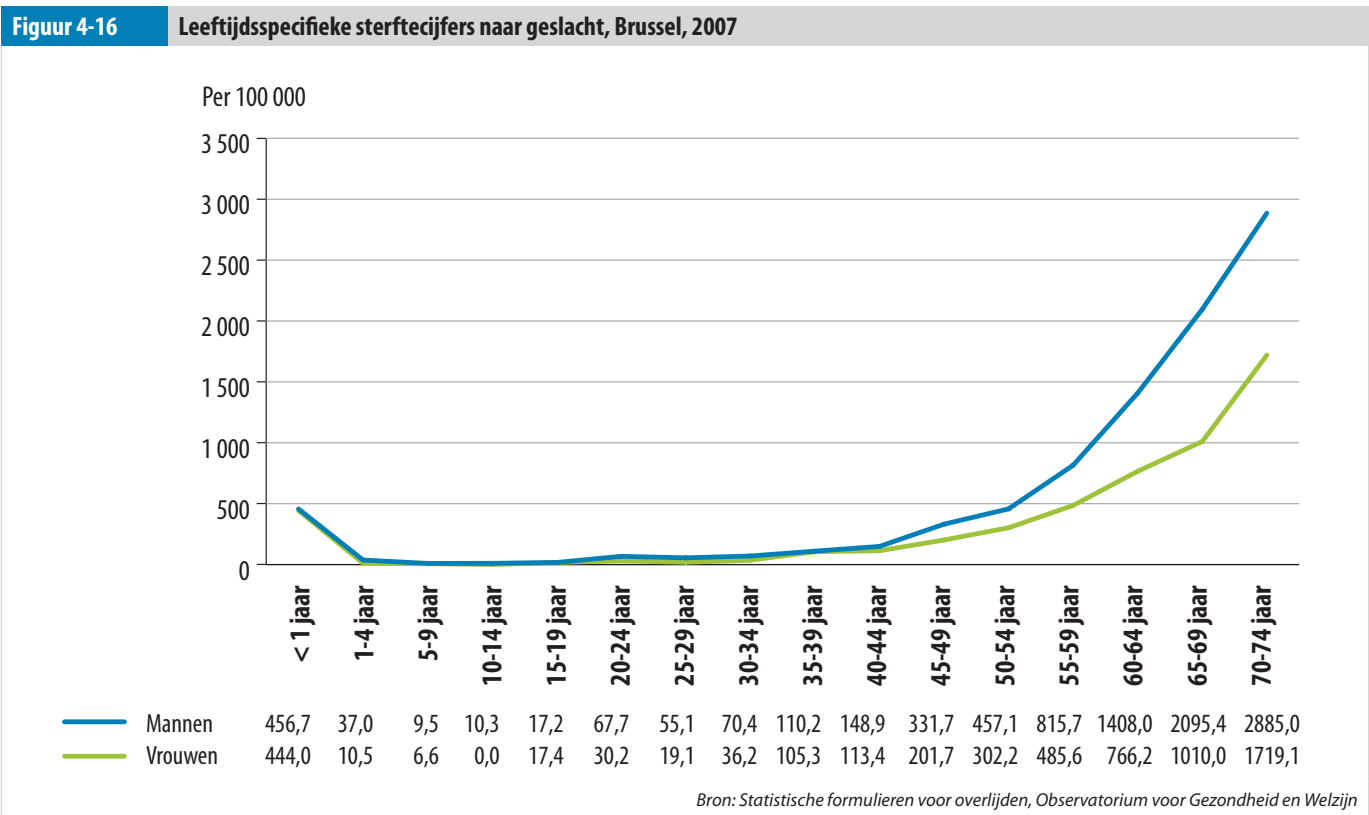
2. Kinderen van één tot negen jaar

Vanaf één jaar, de leeftijd waarop kinderen beginnen te lopen, tekent zich een evolutie af die zich tot aan de volwassen leeftijd progressief zal doorzetten: het streven naar autonomie. Het kind verruimt steeds meer zijn ontdekkingswereld en een groot deel van deze ontdekkingen voltrekken zich binnen het kader van het leven in een gemeenschap. Deze gemeenschappen zorgen echter ook voor het overdragen van infectieziektes. Op deze leeftijd wil men het kind, maar ook de toekomstige volwassene, dan ook beschermen door de toepassing van een vaccinatiekalender. Deze beoogt niet enkel de bescherming van het kind en de kindergemeenschap maar wil zo voor bepaalde ziektes ook de de hele samenleving

boven een kritieke beschermingsdrempel brengen/houden ("kritieke drempel van collectieve immuniteit").

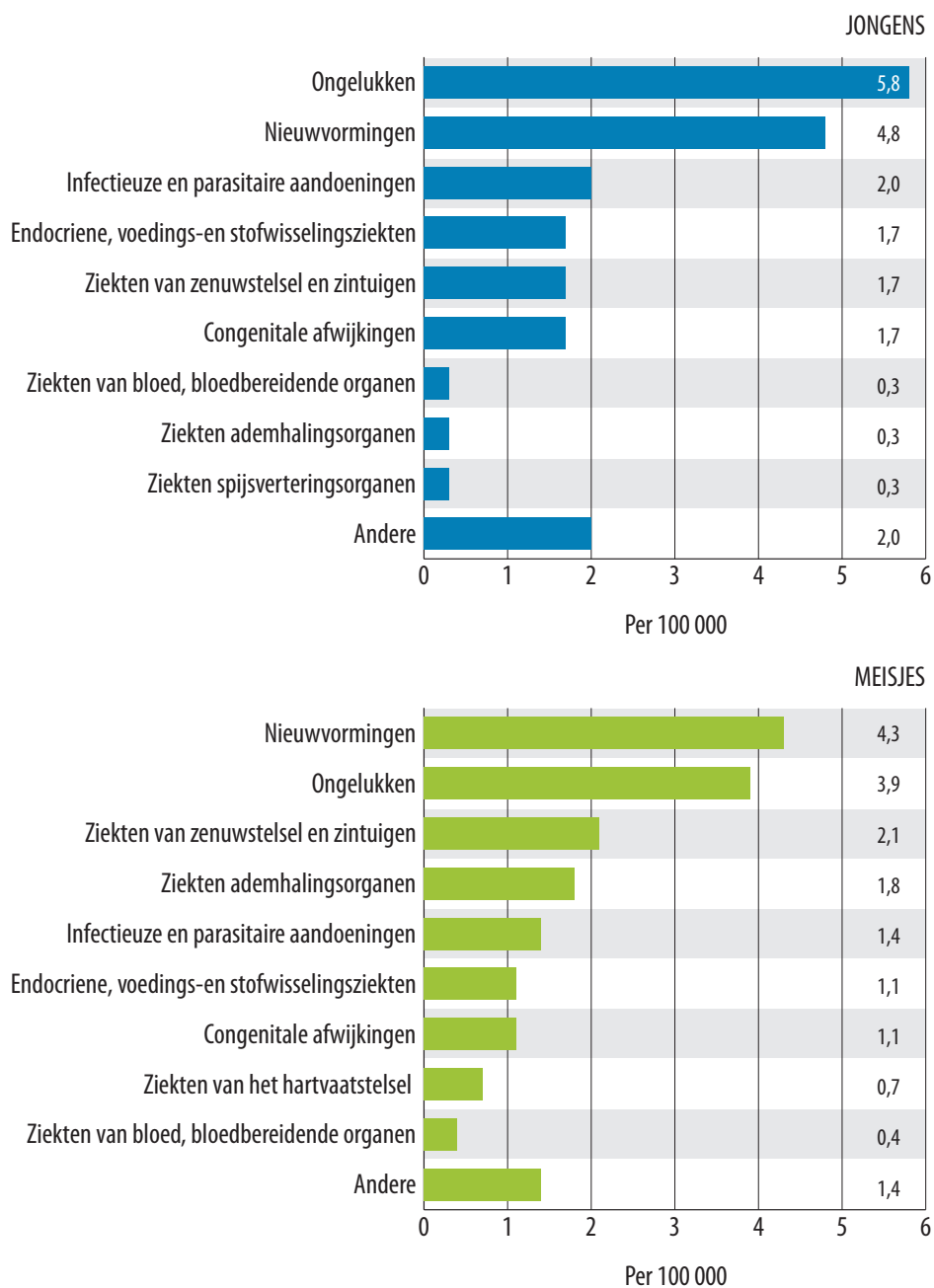
2.1 MORTALITEIT

In tegenstelling tot de groep van kinderen jonger dan één jaar, behoren de kinderen van één tot negen jaar tot de leeftijdsgroepen met de laagste sterftcijfers ; dit is nog meer uitgesproken voor de leeftijdsgroep van 5 tot 9 jaar. In 2007 bedroeg dit cijfer 23,3 per 100 000 bij de jongens en 8,5 per 100 000 bij de meisjes van 1-9 jaar. (9,5 per 100 000 bij de jongens en 6,6 per 100 000 bij de meisjes van 5-9 jaar).



De belangrijkste doodsoorzaken voor beide geslachten zijn ongevallen en tumoren, waarbij ongevallen op de eerste plaats komen bij de jongens, terwijl bij de meisjes tumoren op de eerste plaats komen.

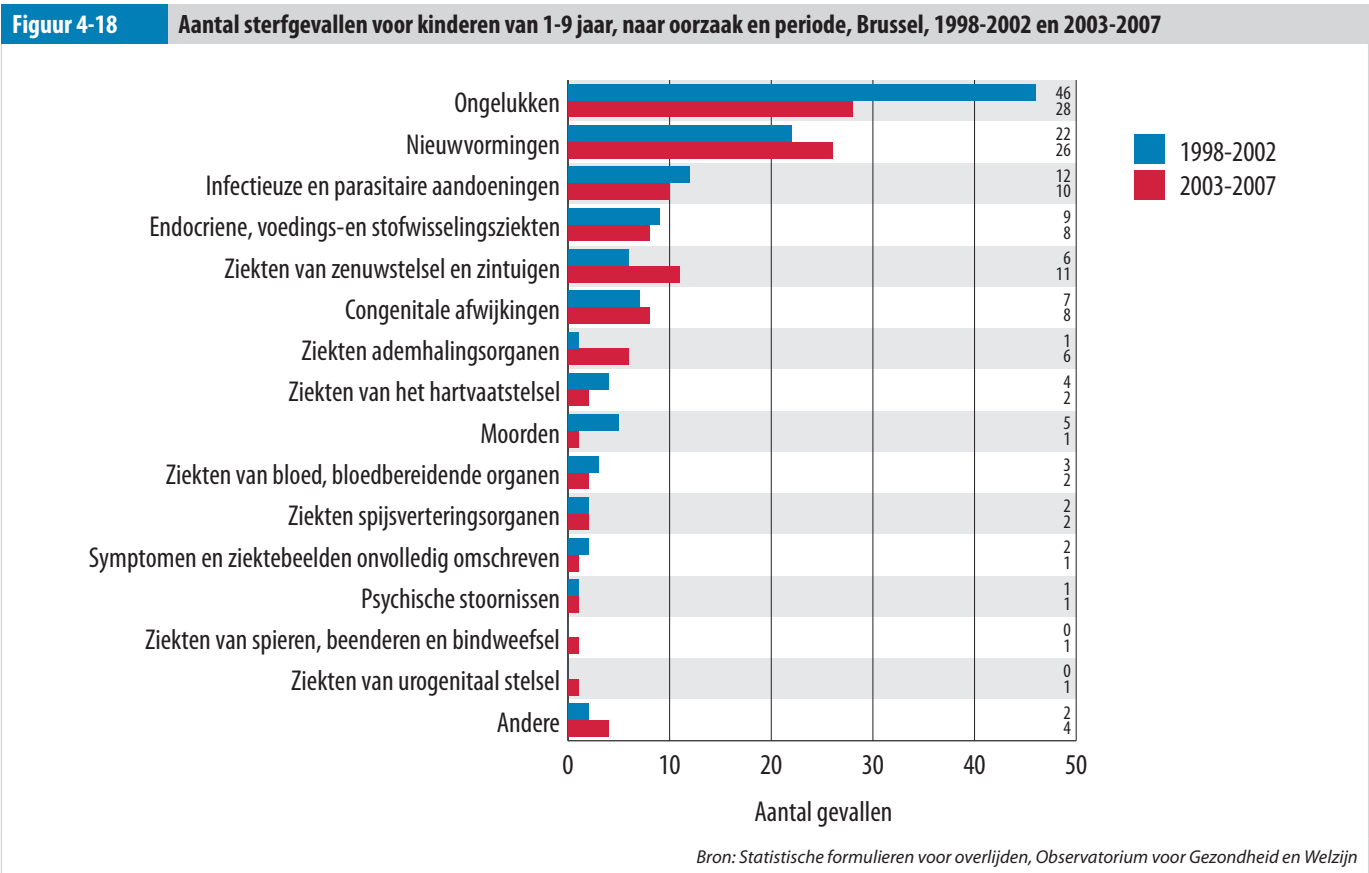
Figuur 4-17 Oorzaakspecifieke sterftcijfers bij kinderen van 1-9 jaar naar geslacht, Brussel, 2003-2007



Bron: Statistische formulieren voor overlijden, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

De mortaliteit bij kinderen van één tot negen jaar is tussen 1998 en 2007 lichtjes gedaald, van 122 sterfgevallen voor de periode 1998-2002 naar 112 voor de periode 2003-2007 (waarvan 19 in 2007). Het sterftcijfer bedraagt 19,5 per 100 000 voor de periode 2003-2007 en is lichtjes hoger bij de jongens (20,8 per 100 000) dan bij de meisjes (18,1 per 100 000).

De twee belangrijkste doodsoorzaken voor beide periodes blijven ongevallen en tumoren, met een duidelijke afname van het aantal overlijdens door ongevallen. In volgende figuur zien we het aantal sterfgevallen per groep van oorzaken voor elke periode en voor beide geslachten samen.



2.2 INFECTIEZIEKTEN

De meeste infectieziekten van het kind moeten niet verplicht worden aangegeven (of toch niet in alle gewesten van het land), maar het is toch nuttig om te proberen ze op te volgen, in het bijzonder wanneer een aanbevolen vaccin deel uitmaakt van de vaccinatiekalender. De combinatie van het PediSurv-netwerk ^[22] en het netwerk van de peil- en referentielabo's, en de verplichte aangifte van de infectieziekten door de scholen, zorgen ervoor dat de epidemiologische trends van sommige van deze ziekten kunnen worden opgevolgd.

2.2.1 Poliomyelitis

In 2007 werd geen enkel geval van acute slappe verlamming (AFP) gelinkt aan een infectie te wijten aan een poliovirus (13).

2.2.2 Mazelen

In 2007 waren mazelen geen ziekte met verplichte aangifte (behalve in het kader van de controle van overdraagbare ziekten op school), maar na het besluit van het verenigd college van 18/06/2009 zijn ze dat in Brussel wel geworden. Hoewel België zich er samen met het Europees regionaal bureau van de WGO toe heeft verbonden om de mazelen tegen 2010 te elimineren, is deze doelstelling nog niet bereikt. In 2006 slaagde geen van de drie gewesten erin 95 % van de bevolking te vaccineren met 2 doses en in 2007 zagen we een epidemie (51 gevallen) in Antwerpen in een orthodoxe joodse gemeenschap (137 gevallen van augustus 2007 tot mei 2008).

In 2007 werden in het Brussels Gewest 5 gevallen bevestigd.

22 Vrijwillige deelname aan de registratie door 452 Belgische pediaters en 359 Brusselse huisartsen in 2007 (50 % doet jaarlijks minstens 10 maal een aangifte).

2.2.3 Rubella

In 2007 behoorde rubella (rodehond) niet tot de ziekten waarvoor een aangifte verplicht is, maar na het besluit van het Verenigd College van 18/06/2009 is ook dat in Brussel veranderd. De WGO Europa wil in 2010 ook rubella elimineren om het optreden van congenitale rubella te vermijden. In 2007 werd in het Brussels Gewest geen enkel geval van het Congenitaal Rubellasyndroom aangegeven.

2.2.4 Bof

48 % van de gerapporteerde gevallen van bof in België werd in het Brussels Gewest aangegeven (34 gevallen), waarschijnlijk omdat het het enige gewest is waar huisartsen, naast pediaters, deelnemen aan de aangifte. Het aantal aangegeven gevallen is met bijna de helft gedaald tegenover 2003.

2.2.5 Kinkhoest

In tegenstelling tot de andere ziekten waarvoor kinderen worden gevaccineerd, wordt de laatste jaren, zowel in België (13) als in verschillende andere Europese landen en in de Verenigde Staten (14), ondanks een hoge vaccinatiedekking, een heropleving van kinkhoest bij jonge kinderen, adolescenten en jonge volwassenen vastgesteld (zie kader).

Kinkhoest is een ziekte met verplichte aangifte in Vlaanderen en in Brussel, maar niet in de Franse Gemeenschap. Het verschil in de praktijk van actieve opsporing van besmette personen in de omgeving van een geval kan eveneens de verschillen in incidentie tussen gewesten verklaren.

Het is moeilijk om de incidentie van kinkhoest nauwkeurig te schatten. Op basis van de gegevens van de peillabo's, de verplichte aangiften en de MKG, kan alleen een benaderende schatting worden gemaakt, die over het algemeen een onderschatting oplevert voor de incidentie in België. Rekening houdend met al de verschillende registratiesystemen lijkt er toch een toename van het aantal gevallen tussen 1999 en 2007 te zijn (met uitzondering van een onverklaarde daling in 2003). In Brussel is het aantal gevallen in 2007 gedaald, in tegenstelling tot de twee andere gewesten (35 gevallen).

2.2.6 Invasieve pneumokokkeninfecties

Streptococcus pneumoniae is een belangrijke oorzaak van pneumonieën, otitis, sinusitis, meningitis en bacteriëmie ; deze laatste twee aandoeningen zijn zogenoemde invasieve aandoeningen. Deze kiemen kunnen eveneens aan de basis liggen van andere infecties, zoals conjunctivitis en artritis, mastoïditis, peritonitis, pericarditis, onderhuidse abscessen, enz. De zogenoemde invasieve aandoeningen gaan gepaard met een hoge mortaliteit, vooral in de leeftijdscategorieën die het meest kwetsbaar zijn voor pneumokokken, namelijk jonge kinderen en bejaarden.

Kinkhoest rukt op: toelichting en strategieën

De incidentie van kinkhoest neemt toe in Europa en in de Verenigde Staten, ondanks een hoge vaccinatiedekking van de bevolking.

Hiervoor worden verschillende redenen aangehaald:

- de dalende immuniteit bij volwassenen, 30 jaar en langer, na hun vaccinatie ; dit wordt deels verklaard door het feit dat het vaccin met volledige kiemen soms hevige reacties veroorzaakte en dat in die gevallen de herhalingsinenting op 5-6 jaar niet werd toegediend (het minder reactogene acellulaire vaccin is pas sinds de jaren 90 verkrijgbaar)
- de daling van de immuniteit bij volwassenen als gevolg van minder frequente “natuurlijke immuniteitsopbouw”, gezien de lage circulatie van het virus bij een bevolking met een hoge vaccinatiedekking
- de toegenomen belangstelling voor de ziekte bij gezondheidswerkers
- een groter aandeel van aangegeven gevallen, dankzij betere diagnosemiddelen
- een wijziging van de Bordetella pertussis-stam en van de doeltreffendheid van de vaccins

De stijging van de incidentie houdt een risico op besmetting van zuigelingen door besmette adolescenten of volwassenen in. Sinds 2003 is in België een acellulair vaccin tegen difterie-tetanus-kinkhoest voor adolescenten en volwassenen verkrijgbaar. De Hoge Raad voor Gezondheid heeft in februari 2008 dan ook een strategie aanbevolen om adolescenten en volwassenen te vaccineren. Deze strategie is selectief: ze is beperkt tot personen die in contact komen met zuigelingen en die niet of onvoldoende zijn gevaccineerd.

Een andere strategie zou de algemene vaccinatie van volwassenen kunnen zijn (vervanging van de rappelvaccinatie tegen difterie-tetanus om de tien jaar door een rappelvaccinatie tegen difterie-tetanus-kinkhoest).

Naast de surveillance van de kiem door het netwerk van peillabo's van het WIV, worden de invasieve pneumokokkeninfecties (IPD) sinds 2005 ook gemonitord door het surveillancenetwerk van infectieziekten bij kinderen "PediSurv" (netwerk bestaande uit pediaters en, in het Brussels Gewest, huisartsen). In alle Belgische ziekenhuizen met een pediatrische afdeling werd een speciale oproep gelanceerd om aan de surveillance van IPD's deel te nemen (hun participatiegraad beïnvloedt dus de regionale verdeling van de gevallen) (13).

De gegevens die in Brussel werden verzameld tonen een belangrijke daling van de pneumokokkenidentificaties bij kinderen jonger dan 5 jaar (89 gevallen in 2004 tegenover 15 gevallen in 2007), met een bijzonder opmerkelijke daling voor de kinderen jonger dan 2 jaar ; het is echter moeilijk om hieruit conclusies te trekken omdat de peillabo's de analyses van ooretter sinds 2005 niet meer bijhouden.

Deze daling wordt deels verklaard door de invoering van het zeven-waardig vaccin (zie kader).

2.2.7 Diarree door rotavirus

Het rotavirus is de belangrijkste oorzaak van acute diarree bij kinderen jonger dan 5 jaar en is een van de hoofdoorzaken van nosocomiale infecties in de pediatrie ; het is een zeer besmettelijke gastro-enteritis, waarbij overdracht plaatsvindt ondanks een verbeterde hygiëne (95 % van de kinderen van 3 tot 5 jaar is reeds door het virus besmet).

Hoewel het vaccin oorspronkelijk bedoeld is om wereldwijd sterfgevallen te voorkomen, wordt het in Europa vooral toegepast om de maatschappelijke kost te verminderen (mini-epidemieën, talrijke ziekenhuisopnames en raadplegingen, werkverlet van de ouders). Het vaccin is vooral doeltreffend tegen ernstige vormen, waaronder die als gevolg van andere virussen.

Sinds november 2006 wordt een van de vaccins gedeeltelijk terugbetaald op voorschrift. Incidentiegegevens zijn niet beschikbaar.

De impact van de invoering van het zeven-waardig pneumokokkenvaccin

Hoewel het zeven-waardig vaccin in 2004 in België op de markt kwam, is het pas vanaf januari 2007 gratis.

Midden 2006 werd in het Brussels Gewest een vaccinatie-enquête gehouden bij de ouders van 533 kinderen van 18 tot 24 maanden (15).

Gemiddeld 32 % van de kinderen die in aanmerking kwamen voor het vaccin (geboren na juli 2004) was volledig gevaccineerd tegen pneumokokken en 69,3 % van de kinderen had minstens een dosis ontvangen ; deze vaccinatiedekking werd als bemoedigend beschouwd, gezien de toenmalige kostprijs van het vaccin (64 euro per dosis).

In vergelijking met andere Europese landen is de vaccinatiedekking in België zeer snel gestegen sinds de datum waarop het wordt terugbetaald (geschatte stijging: minstens 90 % op basis van het aantal verkochte doses).

Voor 2007 zien we in België een lichte daling van de incidentie van invasieve pneumokokkeninfecties bij kinderen jonger dan 5 jaar, evenals van de incidentie van infecties veroorzaakt door vaccinale serotypes.

Het aantal infecties is echter wel gestegen in de leeftijdscategorie 5 tot 15 jaar.

Bovendien blijft ook de incidentie van niet-vaccinale serotypes stijgen ; deze stijging is begonnen voor de implementering van de vaccinatie (16).

Het valt niet uit te sluiten dat de vaccinatie heeft bijgedragen tot de wijziging van de serotypeverdeling, maar andere factoren, zoals de natuurlijke serotypevarianten, de verschijning van meer virulente klonen of de "druk van de antibiotica" kunnen ook een verklaring zijn. Een gelijkaardig fenomeen werd waargenomen in de andere landen in de eerste jaren na de vaccinatie.

2.3 VACCINATIEDEKKING (KINDEREN VAN 18 TOT 24 MAANDEN)

In 2006 werd in het Brussels Gewest een vaccinatie-enquête uitgevoerd bij de ouders van 533 kinderen van 18 tot 24 maanden ^[23] (15). Sinds de vorige enquête, uit 2000, hadden verschillende veranderingen plaatsgevonden, zowel wat de vaccinatiekalender als wat de aard van de toegediende vaccins betreft (zie kader).

Vaccinatie van het kind: veranderingen sinds 2001

De laatste jaren zijn heel wat zaken veranderd in verband met de vaccinatie van kinderen, zowel wat de aanbevolen kalenders als wat de soorten gebruikte vaccins betreft.

Nieuwe vaccins:

- In 2001 werd het orale polyomyelitisvaccin (OPV) vervangen door het geïnactiveerd injecteerbaar vaccin tegen polio (IPV).
- Sinds 2001 is ook het gebruik van gecombineerde vaccins uitgebreid. Deze trend werd sterker in 2004 met de overgang van het tetravalente vaccin tegen difterie-tetanus-kinkhoest-poliomyelitis (DTPa-IPV) naar het hexavalente vaccin, door de toevoeging van het vaccin tegen haemophilus influenza B en het vaccin tegen hepatitis B (DTPa-VHB-IPV-Hib).
- In 2002 wordt het vaccin tegen meningokokken C in de kalender opgenomen.
- In 2004 wordt een vaccin tegen pneumokokken op de markt gebracht, dat echter niet door het RIZIV wordt terugbetaald ; dit vaccin is pas sinds januari 2007 gratis, waardoor in de komende jaren op een grotere dekkingsgraad mag worden gehoopt.

Kalender:

de leeftijd waarop met de vaccinatie gestart wordt, werd teruggebracht tot 2 maanden (2001) en de leeftijd van de MBR-vaccinatie (mazelen-bof-rubella) tot 12-13 maanden.

Hieronder volgt een overzicht van de vaccinatiedekking per ziekte (met inbegrip van alle vaccintypes die in België beschikbaar zijn) voor het Brussels Gewest.

Tabel 4-05	Vaccinatiedekking voor de ziekten waartegen de kinderen beschermd zijn, Brussel, 2006			
	Dosis 1	Dosis 2	Dosis 3	Dosis 4
Polio	99,4	99,4	98,6	90,0
Difterie/Tetanus/Kinkhoest	99,4	99,4	98,6	90,0
Hib	98,2	98,2	97,2	88,8
Hepatitis B	97,6	97,6	96,7	88,4
Mazelen/Bof/Rubella	91,1	/	/	/
Meningokokken C	91,7	/	/	/

Bron: Robert, E., Swennen, B., Enquête de couverture vaccinale des enfants de 18 à 24 mois en Région de Bruxelles-Capitale, ULB, 2006

We zien dat bijna 8 % afhaakt tussen de derde en de vierde dosis. Er moet dus een inspanning worden geleverd om de ouders van kinderen van 15 maanden te herinneren aan de noodzaak van deze vierde dosis voor een doeltreffende bescherming, want hoewel de kritieke drempel van

collectieve immuniteit is bereikt voor polio en difterie, is dit nog niet het geval voor kinkhoest of rubella (95 %).

De dekking tegen pneumokokken werd hierboven reeds besproken (zie kader).

23 In 95 % van de gevallen kon de onderzoeker een document met vaccinatieattesten raadplegen.

In tabel 4-06 zien we de evolutie van de vaccinatiedekking tussen de verschillende periodes van vaccinatie-enquêtes.

Tabel 4-06	Evolutie van de vaccinatiedekkingen tussen 1995 en 2006, Brussel		
	1995	2000	2006
Polio 3/4 doses	93,7 %	92,6 %	90,0 %
DTP 4 doses	75,4 %	81,1 %	90,0 %
Hib 4 doses	48,7 %	79,2 %	88,8 %
HBV 3/4 doses	-	42,1 %	88,4 %
MBR	68,1 %	74,5 %	91,1 %
Meningokokken C	-	-	91,7 %
Bron: Robert, E., Swennen, B., Enquête de couverture vaccinale des enfants de 18 à 24 mois en Région de Bruxelles-Capitale, ULB, 1995, 2000, 2006			

Met deze gegevens kan worden bevestigd dat de invoering van een hexavalent vaccin heeft geleid tot een aanzienlijke verbetering van de vaccinatiedekking voor de meeste ziektes in kwestie. Alle vaccinatiedekkingen, met uitzondering van die voor polio^[24], zijn significant gestegen. Anderzijds tonen de verschillen in dekking tussen de ziekten aan dat het gebruik van het hexavalente vaccin niet algemeen is (met name doordat sommige ouders bijvoorbeeld weigeren hun kind te laten vaccineren tegen hepatitis B).

Twee derde van de kinderen is gevaccineerd door het ONE of K&G, een derde door privépediaters (slechts 2 % door huisartsen). Voor kinderen uit een minder welstellend milieu, uit een eenoudergezin of met een buitenlandse moeder is de kans groter dat ze voor vaccinatie zullen langsgaan bij preventieve structuren als het ONE of K&G. Als de vaccinatiedekking wordt bestudeerd in functie van sociodemografische gegevens, is het duidelijk dat voor een duur en niet-terugbetaald vaccin zoals dat tegen pneumokokken, de vaccinatiedekking significant samenhangt met de studies van de moeder en het inkomen van het gezin: hoe hoger het opleidingsniveau van de moeder en hoe welstellender het gezin, hoe beter het kind is gevaccineerd. Hoewel de verschillen geen van alle statistisch significant zijn, zien we voor de andere vaccins toch eerder de omgekeerde gradiënt, hetgeen aantoont hoe belangrijk het is dat de overheid instaat voor de financiering van de vaccins en hoe belangrijk de verschillende vaccinatie-actoren zijn. De dekking van kinderen die langsgaan bij het ONE/K&G ligt overigens significant hoger voor alle vaccins (behalve tegen pneumokokken). Voor MBR en meningokokken C brengt het feit dat men een buitenlandse moeder heeft, een significant grotere vaccinatiedekking met zich mee.

In vergelijking met de twee andere gewesten zijn de vaccinatiedekkingen in het Brussels Gewest voor de laatste doses van de kalender zeer gelijkaardig. We zien echter wel een betere dekking in Wallonië voor het hexavalente vaccin (bijna 5 %, significant verschil, enquête 2006). Ook in Vlaanderen zijn de dekkingen iets beter, met name voor MBR (94 %), maar de verschillen zijn niet significant (enquête in 2005, hexavalent vaccin niet opgenomen).

In 2006 zien we een aanzienlijke verbetering van de vaccinatiedekking, met name dankzij de invoering van gecombineerde vaccins en het wegwerken van de sociale ongelijkheden, waarschijnlijk doordat de vaccins gratis zijn en door de werking van de preventieve structuren.

2.4 OPSPORING VAN KINDERMISHANDELING

Het ONE voert actie om kindermishandeling te voorkomen en aan te pakken, zowel via de medisch-sociale werkers bij de raadplegingen als via het subsidiëren en omkaderen van de 14 multidisciplinaire teams^[25] van SOS Enfants in de Franse Gemeenschap, waarvan 2 in het Brussels Gewest^[26]. In 2007 ontving deze dienst in het Brussels Gewest 1001 meldingen^[27] (tegenover 3 615 in Wallonië (ONE) en 4 704 in Vlaanderen (K&G)). In 45,1 % van de gevallen komen de meldingen niet van professionelen (52,7 % in Wallonië, 43,8 % in Vlaanderen) ; de meeste meldingen gebeuren door de moeder. Niet alle meldingen worden door het ONE behandeld: 60 % wordt, naargelang het geval, doorgestuurd naar andere betrokkenen in het netwerk, die hiervoor beter geplaatst zijn. Aangezien de gevallen steeds complexer worden, duurt de behandeling meerdere jaren ; de 821 kinderen die in 2007 in het Brussels Gewest werden behandeld, zijn dus zowel kinderen die de voorbije jaren werden opgenomen als nieuwe meldingen.

In tabel 4-07 wordt de leeftijd van de behandelde kinderen in de Franse Gemeenschap weergegeven ; in Brussel is een derde van de kinderen jonger dan 6 jaar, een derde is tussen 6 en 12 jaar en een derde is ouder dan 12 jaar (sommigen zijn ouder dan 18 maar waren minderjarig op het ogenblik van de melding).

²⁴ De dekking voor polio, die aanvankelijk zeer hoog lag, zou in zekere zin benadeeld kunnen zijn door het feit dat men is overgestapt van een schema met drie orale doses op een schema met vier injecteerbare doses ; momenteel is de vaccinatie dus pas beëindigd op de leeftijd van 15 maanden en de terugval die wordt waargenomen tussen de derde en de vierde injectie beïnvloedt de dekking tegen polio.

²⁵ Bestaande uit psychologen, maatschappelijk assistenten, psychiaters, pediaters, juristen, administratieve medewerkers.

²⁶ Kind & Gezin voert een gelijkaardige actie, maar cijfers voor Brussel zijn niet beschikbaar.

²⁷ Een melding resulteert niet automatisch in een behandeling.

Volgens de internationale statistieken worden jonge kinderen en zuigelingen het vaakst bedreigd door mishandeling en kindermoord. Het kan dan ook verbazing wekken dat deze leeftijdsgroep zo zwak vertegenwoordigd is bij de behandelde kinderen (14,3 %). Hoewel mishandeling minder goed kan worden opgespoord op die leeftijd,

aangezien het kind niet naar school gaat en doorgaans zelf niet kan communiceren over zijn mishandeling, is het ook mogelijk dat de preventie hier doeltreffend is of dat de mishandeling zo ernstig is dat het kind rechtstreeks naar de spoeddienst wordt doorgestuurd (17).

Tabel 4-07 Leeftijd van de gemelde kinderen behandeld door het ONE in de Franse Gemeenschap, 2007						
	Brussel		Wallonië		Totaal	
Jonger dan 3 jaar	117	14,3 %	233	8,1 %	350	9,4 %
3-6 jaar	147	17,9 %	420	14,5 %	567	15,3 %
6-12 jaar	264	32,2 %	1 171	40,5 %	1 435	38,7 %
Ouder dan 12 jaar	293	35,7 %	1 065	36,9 %	1 358	36,6 %
Totaal	821	100 %	2 889	100 %	3 710	100 %
Bron: ONE, 2009						

De gediagnostiseerde mishandelingen (die kunnen verschillen van de gemelde mishandelingen) zijn opgenomen in onderstaande tabel. In 8 % van de gevallen wordt de diagnose van mishandeling niet weerhouden door het team.

Tabel 4-08 Verdeling van de vastgestelde mishandelingen in de Franse Gemeenschap, 2007						
	Brussel		Wallonië		Totaal	
Lichamelijk	91	10,9 %	240	8,8 %	331	9,3 %
Seksueel	210	25,2 %	681	25,0 %	891	25,0 %
Psychologisch	36	4,3 %	252	9,2 %	288	8,1 %
Risicokinderen	187	22,4 %	651	23,9 %	838	23,5 %
Ernstige verwaarlozing	34	4,1 %	207	7,6 %	241	6,8 %
Andere	74	8,9 %	314	11,5 %	388	10,9 %
Wordt geëvalueerd	133	15,9 %	161	5,9 %	294	8,3 %
Geen mishandeling	69	8,3 %	219	8,0 %	288	8,1 %
Totaal	834	100 %	2 725	100 %	3 559	100 %
Bron: ONE, 2009						

In 60 % van de gevallen behoort de dader van de mishandeling tot de familie. Slechts in 27 % van de gevallen kent het kind de dader niet. In 0,8 % van de gevallen is het kind mishandeld in de instelling waar het verblijft.

Tabel 4-09 Verdeling van de daders van mishandeling in de Franse Gemeenschap, 2007						
	Brussel		Wallonië		Totaal	
Vader	132	15,8 %	536	17,2 %	668	16,9 %
Moeder	128	15,3 %	596	19,2 %	724	18,4 %
Familie in ruime zin	237	28,4 %	1 122	36,1 %	1 359	34,5 %
Kennissen (bekenden, buren)	29	3,5 %	122	3,9 %	151	3,8 %
Instellingen	7	0,8 %	21	0,7 %	28	0,7 %
Andere	227	27,2 %	525	16,9 %	752	19,1 %
Niet-geïdentificeerd	20	2,4 %	29	0,9 %	49	1,2 %
Ongegrond	54	6,5 %	159	5,1 %	213	5,4 %
Totaal	834	100 %	3 110	94 %	3 944	93 %
Bron: ONE, 2009						

In meer dan 60 % van de gevallen van mishandeling maakt de dader deel uit van de familie of bekenden van het kind.

3. Adolescenten van 10 tot 19 jaar

De adolescentie is een overgangleeftijd: een adolescent is geen kind meer, maar evenmin al een volwassene. Een van de grootste uitdagingen van deze periode is het progressief verwerven van autonomie. Tijdens de adolescentie wordt het gedrag van de jongeren steeds minder beïnvloed door hun ouders en steeds meer door hun leeftijdsgenoten (18 ; 19).

3.1 DE GEZONDHEID VAN ADOLESCENTEN

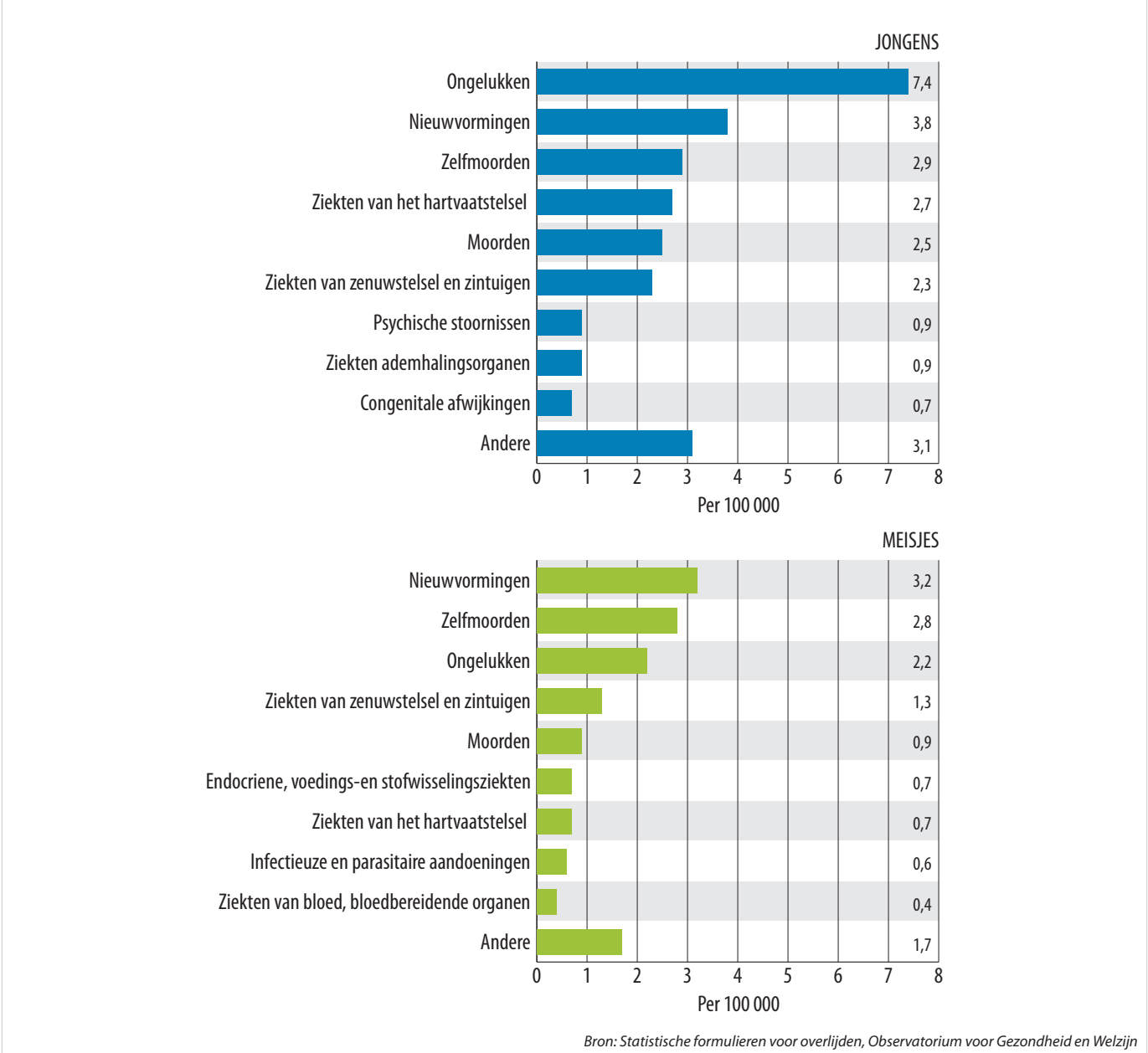
3.1.1 Mortaliteit bij adolescenten

Zoals blijkt uit figuur 4-16 (hoofdstuk 2.1) vormen adolescenten van 10-19 jaar de leeftijdsgroep met de laagste sterftcijfers na de groep van 5-9 jaar, met in 2007

een specifiek sterftcijfer van 13,7 per 100 000 bij de jongens en 8,9 per 100 000 bij de meisjes. Deze cijfers zijn nog lager indien enkel de groep van 10- tot 14-jarigen wordt beschouwd, met respectievelijk 10,3 per 100 000 bij de jongens en geen enkel overlijden bij de meisjes. Het totale aantal sterfgevallen tussen 1998 en 2007 bedraagt 151 voor de jongens en 78 voor de meisjes.

De sterftcijfers per doodsoorzaak bij de 10-19-jarigen verschillen naargelang het geslacht. Ongevallen (inclusief verkeersongevallen) zijn veruit de belangrijkste doodsoorzaak bij de jongens voor de periode 1998-2007. Bij de meisjes komen ongevallen pas op de derde plaats en vormen kwaadaardige tumoren de belangrijkste doodsoorzaak.

Figuur 4-19 Oorzaakspecifieke sterftcijfers bij adolescenten van 10-19 jaar, naar geslacht, Brussel, 1998-2007



Net als voor de hele Brusselse bevolking is de mortaliteit bij adolescenten tussen 1998 en 2007 gedaald, van 134 sterfgevallen voor de periode 1998-2002 tot 95 sterfgevallen voor de periode 2003-2007.

Globaal genomen is het aantal sterfgevallen bij adolescenten van 10 tot 19 jaar tussen beide periodes voor de verschillende doodsoorzaken gedaald (met name voor ongevallen), maar de drie belangrijkste oorzaken blijven ongevallen, kwaadaardige tumoren en zelfmoord.

Tabel 4-10

Aantal sterfgevallen en oorzakspecifiek sterftecijfer voor adolescenten van 10-19 jaar per periode, Brussel, 1998-2002 en 2003-2007

Doodsoorzaken	1998-2002		2003-2007	
	Aantal	/100 000	Aantal	/100 000
Ongevallen	35	6,4	18	3,3
Tumoren	20	3,6	18	3,3
Zelfmoord	16	2,9	15	2,7
Moord	12	2,2	7	1,3
Ziekten van het zenuwstelsel	10	1,8	10	1,8
Ziekten van het hartvaatstelsel	10	1,8	9	1,6
Mentale en gedragsproblemen	5	0,9	2	0,4
Infectieuze en parasitaire aandoeningen	4	0,7	0	0,0
Endocriene en voedingsziekten	4	0,7	0	0,0
Ziekten van de ademhalingswegen	0	0,0	3	0,5
Bloedziekten	0	0,0	2	0,4
Andere	18	3,3	11	2,0
Totaal	134	24,4	95	17,4

Bron: Statistische formulieren voor overlijden, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

3.1.1 Morbiditeit bij adolescenten

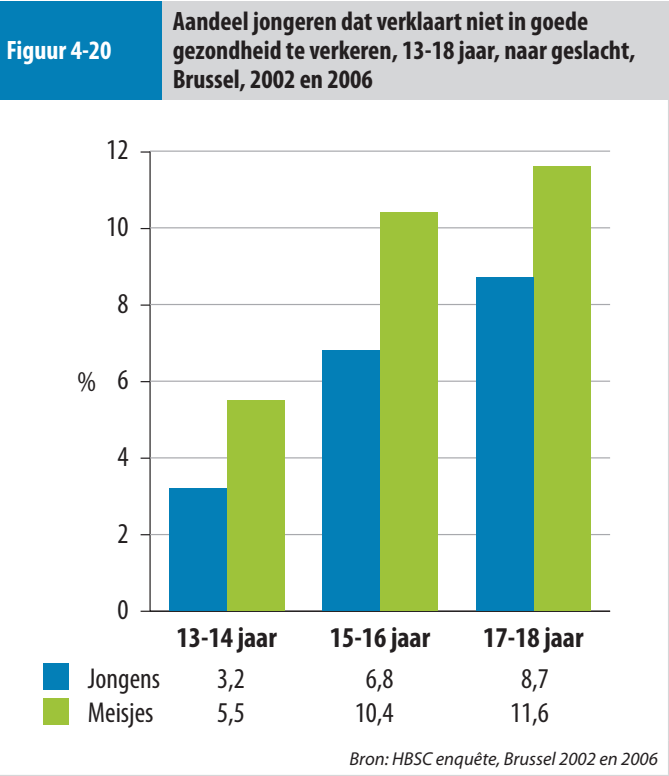
De meeste gegevens over de gezondheid en het gedrag van adolescenten zijn afkomstig uit de gegevens die zijn verzameld in het kader van de internationale studie “Health Behaviour in School-aged Children”, ondersteund door het Europees Bureau van de Wereldgezondheidsorganisatie²⁸. Enkel de gegevens van 2002 en 2006 van het Franstalig Brussels onderwijs zijn hier weergegeven²⁹. In deze analyse werden alleen de adolescenten van 13 tot 18 jaar opgenomen.

De gezondheidstoestand kan worden geschat via het eigen oordeel van de jongere over zijn gezondheid (inschatting van de eigen gezondheid of **subjectieve gezondheid**). Het betreft het antwoord op de vraag “Hoe is uw algemene gezondheidstoestand?”. Er werden drie antwoordcategorieën voorgesteld: “Heel goed”, “Redelijk goed” en Niet heel goed”.

6,1 % van de jongens en 9,3 % van de meisjes in de Brusselse scholen meenden dat hun gezondheid niet goed was. Meisjes beweren dus meer dan jongens dat hun gezondheid niet goed is, maar de meeste adolescenten stellen het naar eigen zeggen dus uiteindelijk “goed”.

Het percentage jongeren dat beweert in slechte gezondheid te verkeren, neemt toe met de leeftijd.

Het ligt hoger in het Brussels Gewest dan in de rest van het land (Welzijns- en gezondheidsatlas, p. 115).



28

Voor meer informatie, zie www.hbsc.org.

29

Studie die sinds 1986 wordt uitgevoerd door de Ecole de Santé Publique van de Université Libre de Bruxelles (PROMES).

De onderwijsvorm is een goede indicator van de toekomstige sociale status van de jongere (jongeren uit het algemeen secundair onderwijs komen vaker in een gegoede sociale categorie terecht omdat ze hogere studies kunnen volgen), maar ook van de huidige status van de jongere (jongeren uit het algemeen secundair onderwijs zijn vaker kinderen van gegoede ouders dan jongeren uit het beroepsonderwijs). We zien grote gezondheidsverschillen naargelang de onderwijsvorm: jongeren uit het technisch en beroepsonderwijs zeggen vaker dan jongeren uit het algemeen secundair onderwijs dat ze een slechte gezondheid hebben (12,6 % en 13,0 % tegenover 7,6 %).

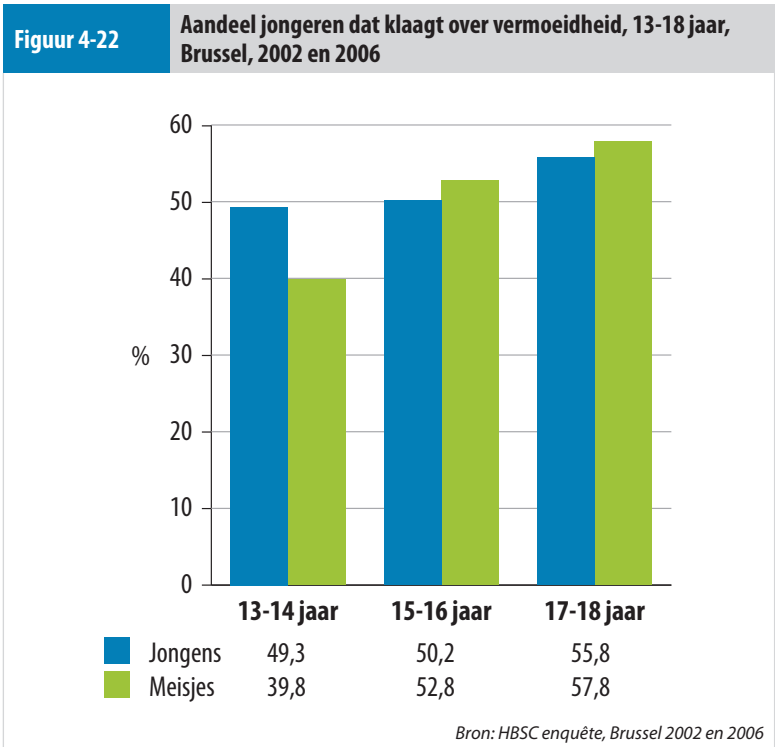
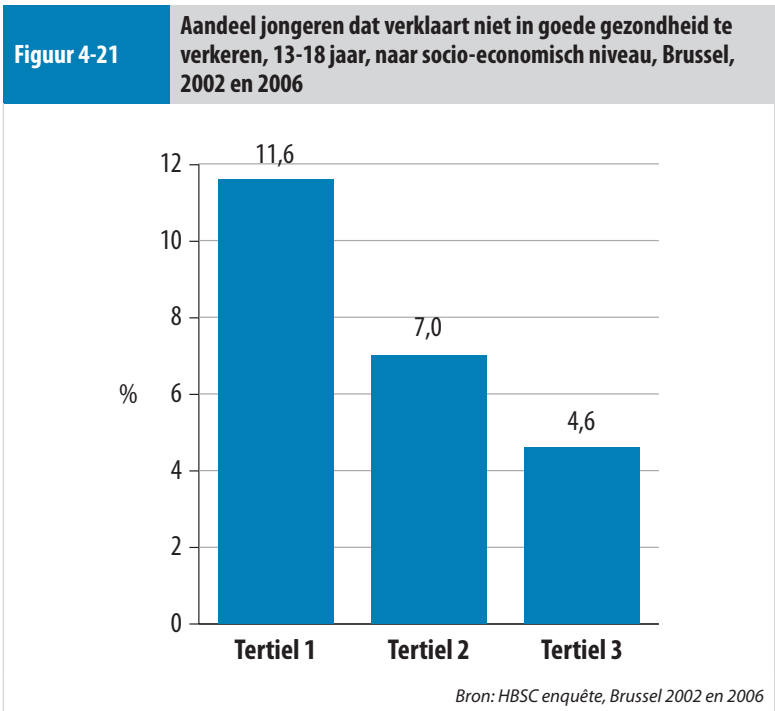
Leerlingen afkomstig uit een minder gegoed sociaal milieu verklaren ook vaker een slechte gezondheid te hebben ^[30].

De adolescentie is dus doorgaans een periode van goede gezondheid, maar het lijden kan zich uiten in vage symptomen waaronder hoofdpijn, buikpijn, vermoeidheid,...

Vermoeidheid is het symptoom bij uitstek waar velerlei problematieken elkaar ontmoeten. Vermoeidheid kan te wijten zijn aan een gebrek aan slaap, aan een groeischeut, aan een tekort in het energie-evenwicht,... ("fysiologische" vermoeidheid), maar ze kan ook wijzen op bepaalde somatische pathologieën en psychisch lijden ("pathologische" vermoeidheid) (18).

Een groot aandeel adolescenten klaagt over vermoeidheid: 51,5 % van de jongens en 50,7 % van de meisjes die in Brussel naar school gaan, hebben de afgelopen 6 maanden meer dan eenmaal per week geklaagd over ochtendlijke vermoeidheid. Dit aandeel stijgt met de leeftijd (figuur 4-22).

Het percentage jongeren dat klaagt over ochtendlijke vermoeidheid verschilt niet significant naargelang de onderwijsvorm (niet geïllustreerd).



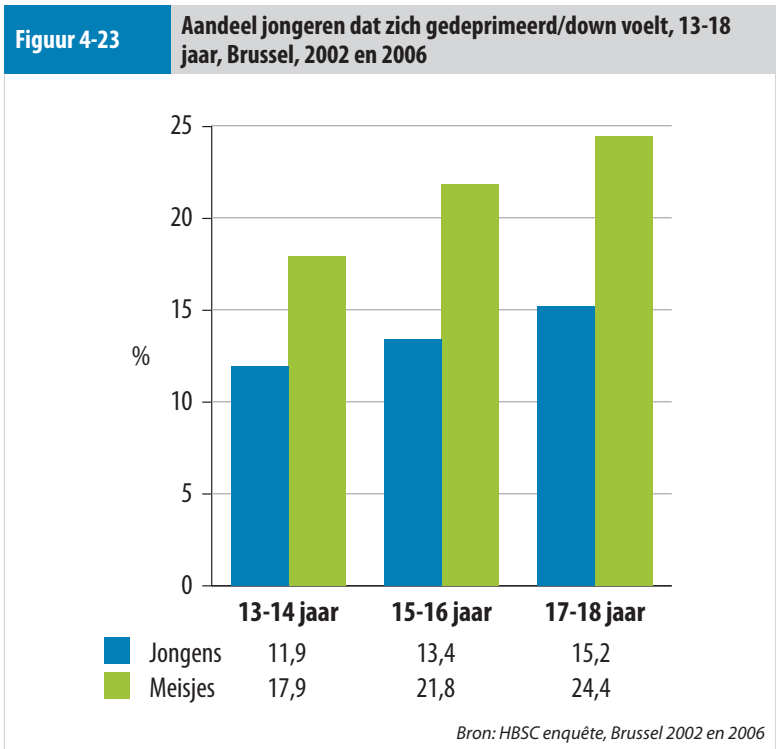
30 De ondervraagde populatie werd onderverdeeld in drie groepen (drie tertielen) met een stijgend socio-economisch niveau. Het socio-economische niveau van het gezin van de jongeren werd gemeten aan de hand van een score met vijf variabelen: bezit men een wagen, het aantal keren dat het gezin het afgelopen jaar op vakantie is geweest, het aantal computers in het gezin, de activiteitsstatus van de ouders en de waargenomen materiële welstand.

13,4 % van de jongens en 21,5 % van de meisjes die in Brussel naar school gaan, hebben zich de afgelopen 6 maanden meer dan eenmaal per week **gedepimeerd**, down gevoeld. Dit aandeel neemt toe met de leeftijd.

Het beroeps- en technisch onderwijs telt meer jongeren die zich gedepimeerd, down voelen dan het algemeen secundair onderwijs (20,6 % en 24,9 % tegenover 16,6 %).

Deze klachten getuigen niet per sé van een echte depressie maar kunnen het symptoom zijn van het geheel van psychologische taken die een adolescent opneemt. Wanneer een adolescent droeve emoties ervaart of zich verveelt, hoeft dit dus niet noodzakelijk negatief te worden gelabeld (18).

Uiteindelijk voelt de grote meerderheid van de jongeren zich gelukkig of zeer gelukkig (83,3 % van de jongens en 73,5 % van de meisjes). Meer dan 70 % van de jongens en meer dan 50 % van de meisjes hebben (altijd of vaak) voldoende zelfvertrouwen. Leerlingen van het algemeen secundair onderwijs voelen zich gelukkiger en hebben meer zelfvertrouwen dan leerlingen uit het technisch en beroepsonderwijs.



Eén adolescent op 6 voelt zich meer dan een keer per week gedepimeerd of neerslachtig.

3.2 HET GEDRAG VAN ADOLESCENTEN

3.2.1 Verslavingen

De adolescentie is de leeftijd waarop vaak wordt geëxperimenteerd met tabak, alcohol en drugs. Wanneer het gebruik evenwel verder gaat dan experimentatie en als doel heeft om andere persoonlijke moeilijkheden te verzachten of verdoezelen, wordt het een “problematisch gebruik”.

Leeftijdsgenoten en media spelen een belangrijke rol in de wereld van de adolescenten. Hierdoor nemen ze vaak risicogedragingen (tabak, alcohol, drugs,...) over wanneer ze omgaan met hun leeftijdsgenoten. Een adolescent rookt zijn eerste sigaret zelden alleen. De jongere kiest immers vaak voor de groep waarin hij zich kan gedragen zoals hij zelf wil, met of zonder risico. Jongeren met problemen zijn nog kwetsbaarder tegenover deze peer-groep (18). De houding

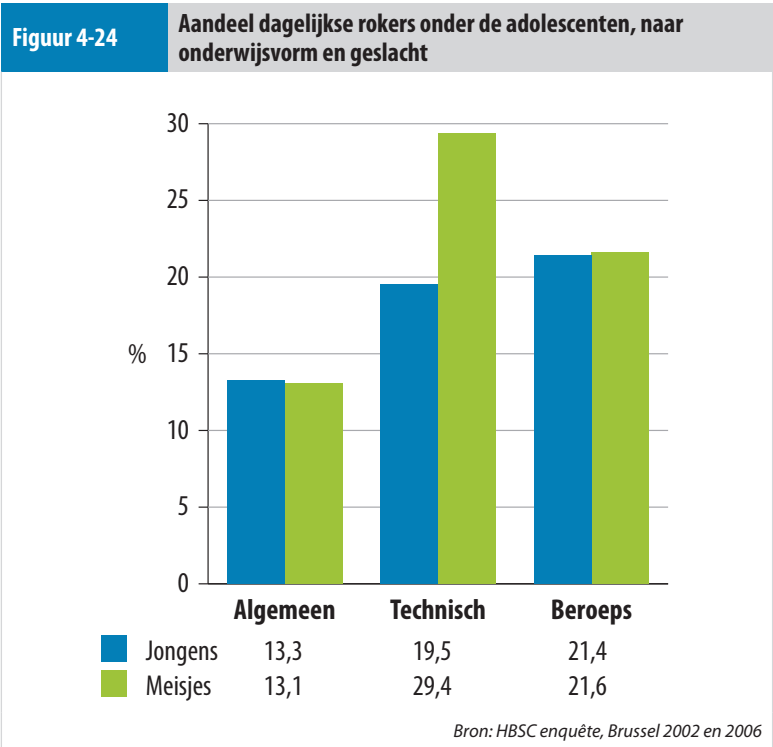
van de familie (ouders en broers en zussen) tegenover tabak en alcohol heeft eveneens een invloed (19).

Bepaalde auteurs beschrijven hoe jongeren die een bepaald risicogedrag aannemen (alcohol, tabak, geen veiligheidsgordel dragen, cannabis, onbeschermd geslachtsverkeer,...), proportioneel meer geneigd blijken te zijn om nog meerdere vormen van risicogedrag aan te nemen (18). Omgekeerd hebben jongeren die een bepaald risicogedrag niet aannemen ook minder de neiging om andere vormen van risicogedrag aan te nemen. Zo zijn bijvoorbeeld jongeren die niet buitensporig veel drinken ook vaker niet-roker (20).

Tabaksgebruik

10,7 % van de jongens en 13,6 % van de meisjes tussen 13 en 18 jaar die in Brussel naar school gaan, verklaren dagelijks te roken. Volgens de HBSC-enquête stijgt het aandeel adolescenten die dagelijks roken geleidelijk met de leeftijd: van 1,4 % op 13-14 jaar naar 21,3 % op 17-18 jaar voor de jongens en van 3,4 % naar 23,4 % bij de meisjes. We zien ook weer grote verschillen naargelang de onderwijsvorm: bij de jongens is het tabaksgebruik het grootst bij leerlingen van het beroepsonderwijs, bij de meisjes is dit het geval bij leerlingen uit het technisch onderwijs (fig 4-24).

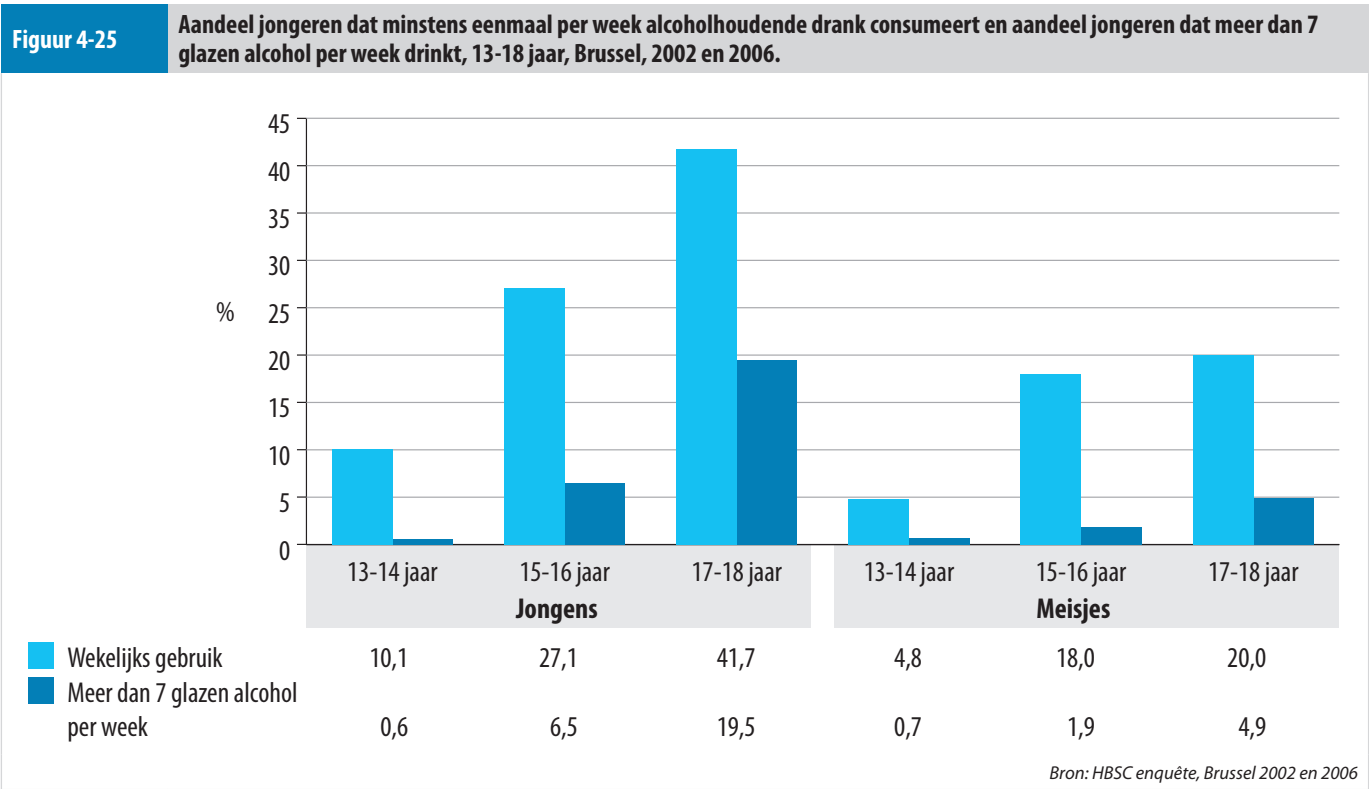
Bijna 30 % van de meisjes in het technisch onderwijs rookt dagelijks.



Alcoholgebruik

Bij adolescenten in Brusselse scholen verklaren 25,4 % van de jongens en 14,7 % van de meisjes minstens eenmaal per week alcohol te drinken. Een deel van hen drinkt grote hoeveelheden alcohol: 8,2 % van de jongens en 2,5 % van de meisjes verklaren meer dan 7 glazen alcohol per week te drinken. Wekelijks alcohol gebruiken komt vaker voor bij jongens dan bij meisjes. De verschillen zijn nog duidelijker

wanneer we de consumptie van grote hoeveelheden bekijken: het risico is minstens driemaal groter bij jongens dan bij meisjes. Deze twee gedragingen nemen sterk toe met de leeftijd. Het aandeel grote drinkers bij de wekelijkse drinkers stijgt eveneens met de leeftijd. (HBSC-enquête)



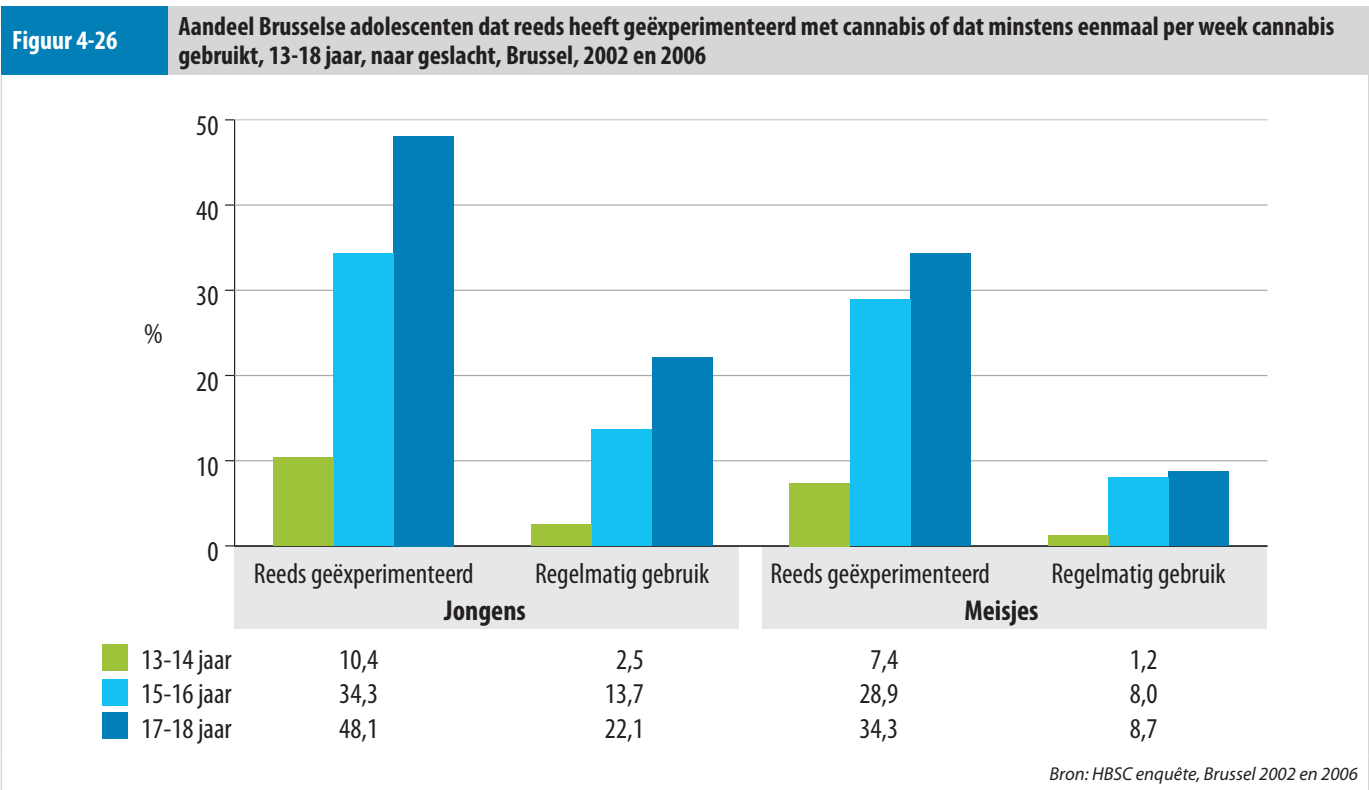
“Binge drinking” houdt in dat men grote hoeveelheden alcoholhoudende drank drinkt in een korte tijdspanne, om snel dronken te worden. In de HBSC-enquête werd dit gemeten aan de hand van het aandeel jongeren die in de 30 dagen voorafgaand aan de enquête driemaal of meer minstens 5 glazen hadden gedronken na elkaar. Deze manier van drinken komt vaak voor bij Brusselse jongeren en stijgt met de leeftijd. Zo hebben 31 % van de

jongens en 12,5 % van de meisjes in de leeftijdscategorie 17-18 jaar in de loop van de voorgaande maand minstens driemaal minstens vijf glazen gedronken na elkaar. Deze aandelen zijn al beduidend bij de jonge adolescenten: 5 % van de adolescenten van 13-14 jaar, 13 % van de jongens en 9 % van de meisjes van 15-16 jaar.

Ander druggebruik

Het **cannabisgebruik** van adolescenten wordt beïnvloed door dat van hun leeftijdsgenoten. Het experimenteren met en het gebruik van cannabis bij jongeren worden met name verklaard door nieuwsgierigheid en het zoeken naar gezelligheid. Ze nemen vaak af bij het begin van het volwassen leven (21). De HBSC-enquête geeft enkele schattingen van het gebruik van illegale drugs bij adolescenten. 30,1 % van de Brusselse jongens en 24,2 % van de Brusselse meisjes verklaren reeds cannabis te hebben gebruikt. Dit verschil is statistisch niet significant.

Regelmatig cannabisgebruik (minstens éénmaal per week) wordt evenwel dubbel zo vaak teruggevonden bij jongens dan bij meisjes: 12,3 % van de Brusselse jongens en 6,2 % van de Brusselse meisjes. De prevalentie van experimentatie en van regelmatig gebruik van cannabis stijgt met de leeftijd (figuur 4-26). Ze is significant groter bij jongeren uit het algemeen secundair onderwijs dan bij jongeren uit het technisch of beroepsonderwijs.



Cannabisgebruik komt vaker voor bij jongeren uit het algemeen secundair onderwijs dan bij jongeren uit het technisch of beroepsonderwijs.

Ecstasy is een synthetische drug afgeleid van amfetamines. Ecstasy is voornamelijk een psychostimulantium en zorgt voor een ontremmend effect. Het gebruik ervan is het laatste decennium sterk toegenomen. Ecstasy wordt vaak gebruikt op technofuiven of tijdens discotheekbezoeken (21).

Slechts 3,6 % van de Brusselse jongens en 3,4 % van de Brusselse meisjes verklaren reeds ecstasy te hebben gebruikt. Dit verschil is niet significant.

3.2.2 Voedingsgewoonten van adolescenten

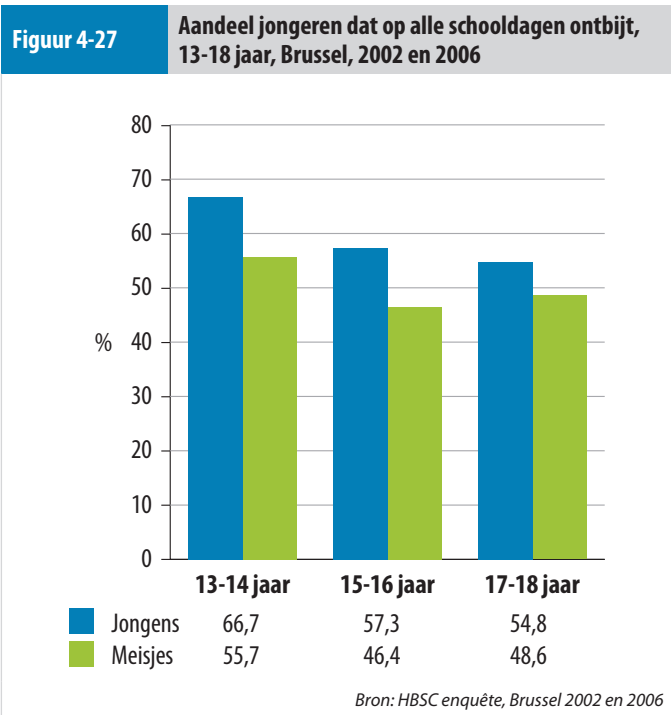
De voedingsgewoonten van adolescenten worden nog sterk beïnvloed door familiale en culturele modellen (18). De invloed van leeftijdsgenoten lijkt minder groot te zijn dan voor alcohol en tabak, omdat voedingsgewoonten gedeeltelijk al in de kindertijd worden verworven (10). De sociale ongelijkheden op het vlak van voeding verschijnen al in de kindertijd en blijven bestaan in de adolescentie (22).

Regelmatig ontbijten

Jongens nemen vaker dan meisjes een ontbijt op schooldagen: 59,8 % van de Brusselse jongens en 49,9 % van de Brusselse meisjes verklaren alle schooldagen te ontbijten.

Regelmatig ontbijten daalt met de leeftijd. Meer dan 60 % van de jongeren van 13-14 jaar verklaart op alle schooldagen te ontbijten, tegenover ongeveer 50 % bij de 15-16-jarigen en de 17-18-jarigen.

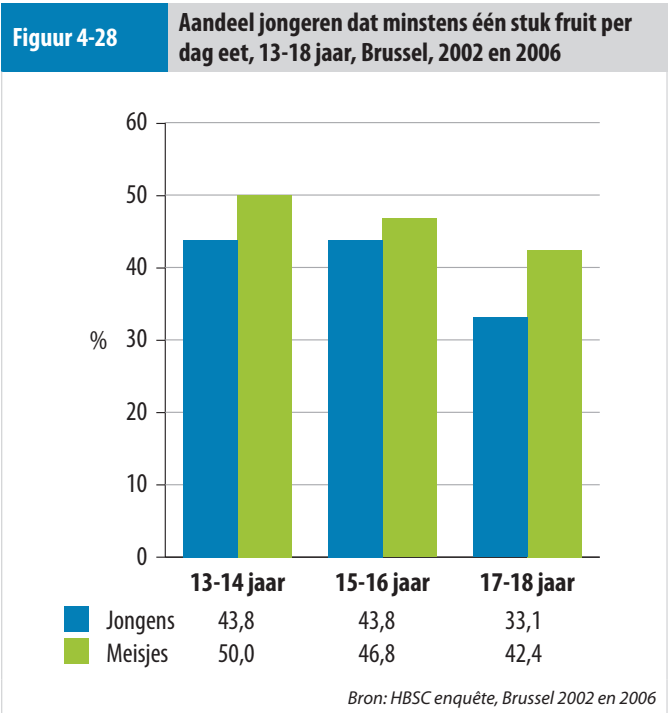
Dit aandeel varieert eveneens naargelang de onderwijsvorm: 61 % van de jongens en 56 % van de meisjes van het algemeen secundair onderwijs verklaren dagelijks te ontbijten, tegenover 49,5 % van de jongens en 30,1 % van de meisjes van het beroepsonderwijs.



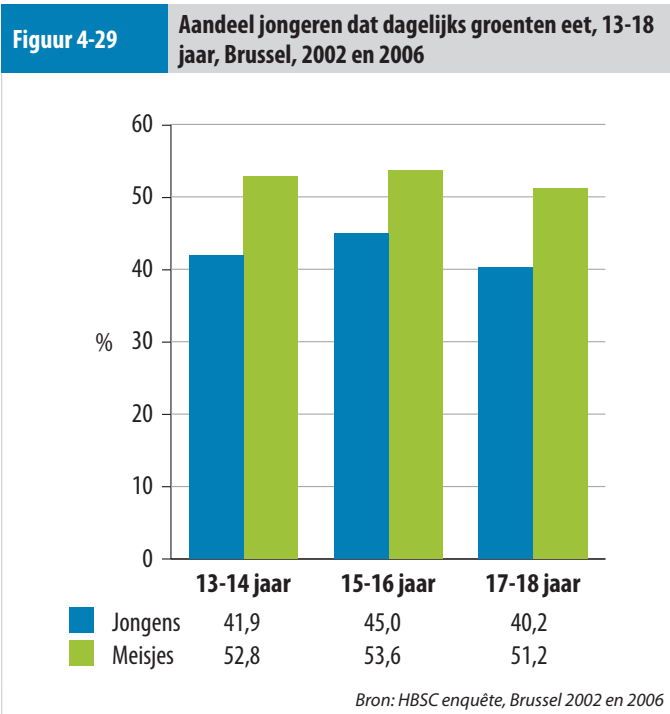
Regelmatige consumptie van fruit en groenten

40,8 % van de Brusselse jongens en 46,2 % van de Brusselse meisjes verklaren dagelijks fruit te eten. De dagelijkse consumptie van fruit daalt met de leeftijd.

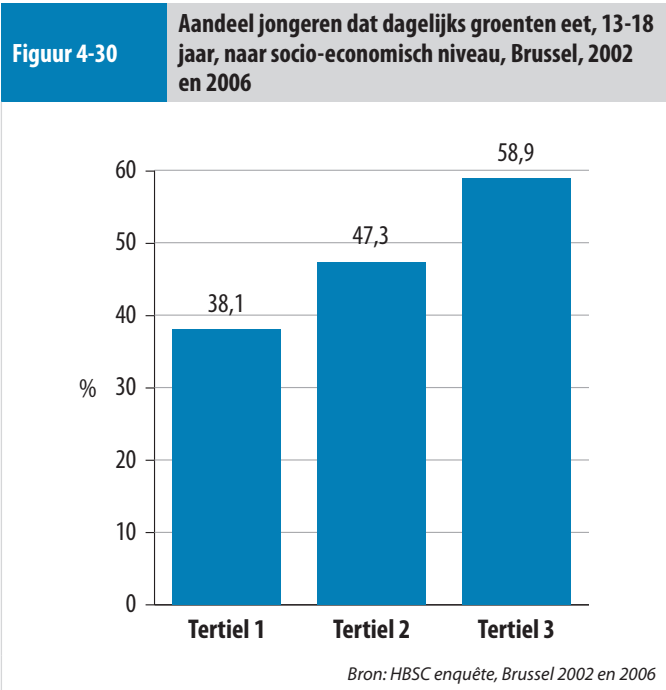
De dagelijkse consumptie van fruit varieert eveneens naargelang de socio-economische status: 48,6 % van het meest gegoede tertiair verklaart dagelijks minstens één stuk fruit te eten, tegenover 38,7 % van het armste tertiair.



42,5 % van de Brusselse jongens en 52,6 % van de Brusselse meisjes verklaren dagelijks groenten te eten.



De dagelijkse consumptie van groenten blijft stabiel met de leeftijd. Hoe welstellender het sociale milieu, hoe hoger evenwel ook de consumptie van groenten.

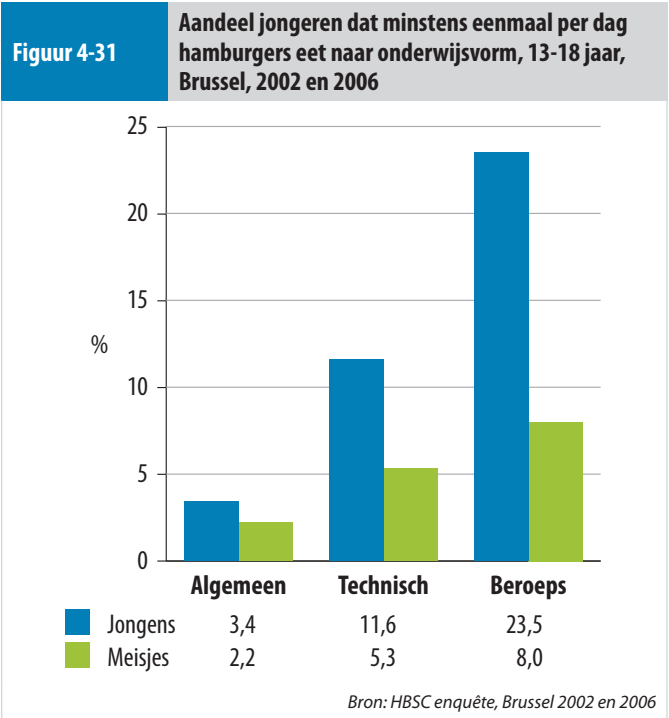


Regelmatische consumptie van fastfood

De consumptie van hamburgers is een indicator van de consumptie van “fastfood”. 7,7 % van de Brusselse jongens en 3,5 % van de Brusselse meisjes zeggen dagelijks hamburgers te eten.

De dagelijkse consumptie van hamburgers varieert niet significant naargelang de leeftijd.

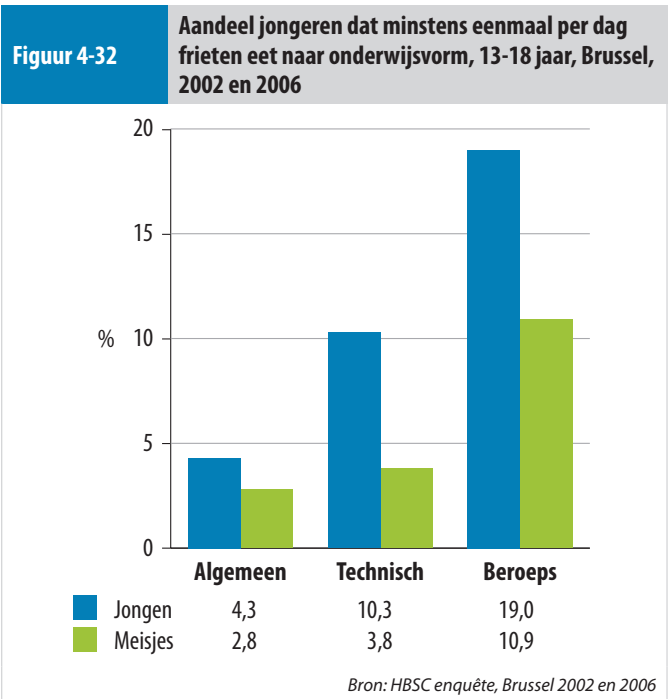
Ze varieert echter wel naargelang de onderwijsvorm: 3,4 % van de jongens en 2,2 % van de meisjes van het algemeen secundair onderwijs verklaren minstens eenmaal per dag hamburgers te eten, tegenover 11,6 % van de jongens en 5,3 % van de meisjes in het technisch onderwijs en 23,5 % van de jongens en 8,0 % van de meisjes in het beroepsonderwijs (figuur 4-31). Ze varieert ook naargelang de socio-economische status: 2,4 % van het meest gegoede tertiël verklaart minstens eenmaal per dag hamburgers te eten, tegenover 7,0 % van het armste tertiël.



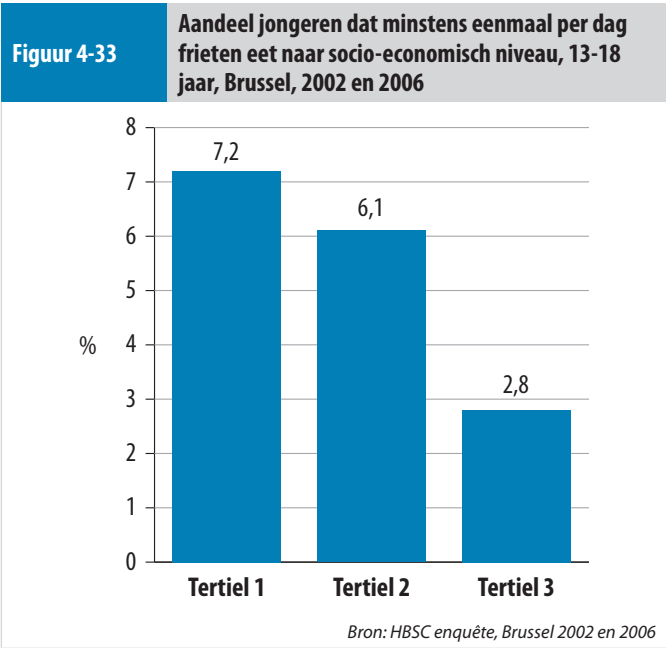
7,9 % van de Brusselse jongens en 4,0 % van de Brusselse meisjes eten elke dag frieten.

Net als bij de dagelijkse consumptie van hamburgers varieert de dagelijkse consumptie van friet niet significant naargelang de leeftijd, maar wel naargelang de onderwijsvorm: 4,3 % van de jongens en 2,8 % van de meisjes in het algemeen secundair onderwijs verklaren minstens eenmaal per dag friet te eten, tegenover 10,3 % van de jongens en 3,8 % van de meisjes in het technisch onderwijs en 19,0 % van de jongens en 10,9 % van de meisjes in het beroepsonderwijs (figuur 4-32).

De dagelijkse consumptie van friet varieert eveneens naargelang de socio-economische status: 2,8 % van het meest gegoede tertiël verklaart minstens eenmaal per dag friet te eten, tegenover 7,2 % van het armste tertiël (figuur 4-33).



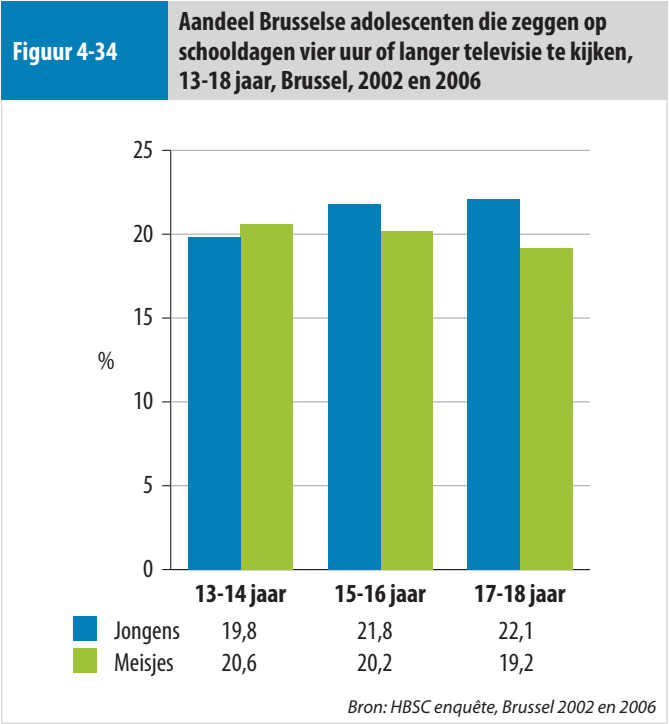
Er worden dus voortdurend sociale ongelijkheden genoteerd (zowel op basis van de onderwijsvorm als van het socio-economisch niveau) op het vlak van de voedingsgewoonten van adolescenten. Het is belangrijk hiermee rekening te houden tijdens de uitwerking van gezondheidsmaatregelen. Deze mogen zich niet beperken tot het aanmanen van het individu om de eigen verantwoordelijkheid op te nemen en het eigen gedrag te veranderen.



Bijna een kwart van de jongens in het beroepsonderwijs eet minstens eenmaal per dag hamburgers ; een vijfde van deze jongens eet dagelijks friet.

3.2.3 Overmatig televisie kijken

21,2 % van de Brusselse jongens en 20,0 % van de Brusselse meisjes verklaren op schooldagen minstens vier uur televisie te kijken. Dit verschil tussen jongens en meisjes is niet significant.



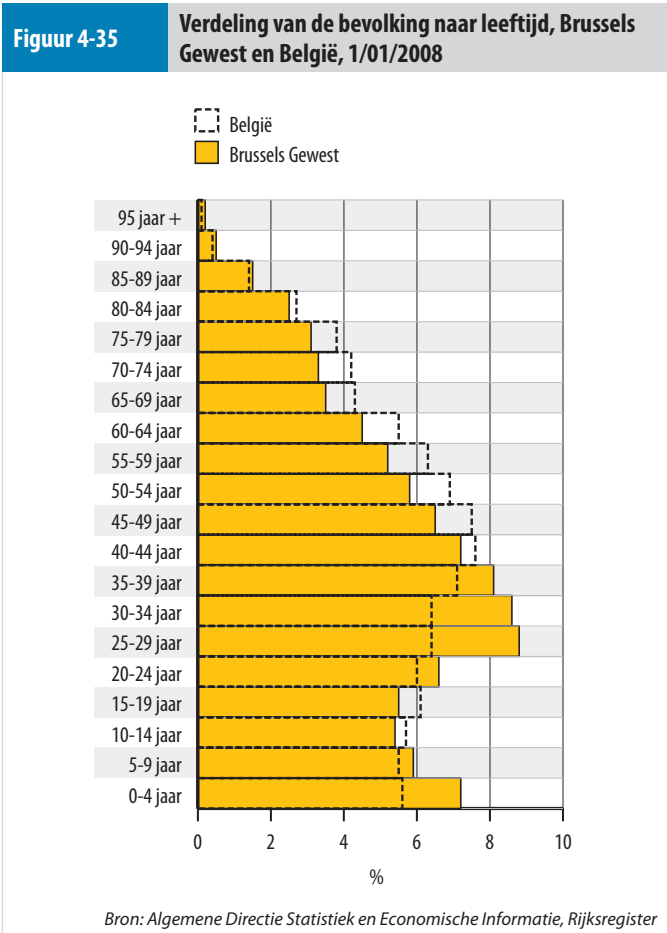
Dit hoofdstuk omtrent de adolescenten kan enigszins beperkt overkomen ten opzichte van de reële rijkdom van de adolescentie. De klemtoon op het gezondheidsgedrag is gerechtvaardigd in een publicatie van gezondheidsindicatoren maar het gebrek aan beschikbare gegevens over de jonge Brusselaars verhindert een beschrijving van de complexiteit van deze levensperiode.

4. Volwassenen

Volwassenen zijn personen op “actieve leeftijd”, algemeen tussen 18 en 64 jaar. Hieronder wordt nog een verder onderscheid gemaakt tussen twee leeftijdsgroepen: jongvolwassenen en volwassenen van middelbare leeftijd.

4.1 SOCIODEMOGRAFISCHE KENMERKEN

De categorie van de **jongvolwassenen** (25-34 jaar) is steeds oververtegenwoordigd in stedelijke bevolkingen. Het Brussels Gewest ontsnapt niet aan deze regel en vertoont een belangrijke oververtegenwoordiging van jongvolwassenen tegenover het land in zijn geheel (figuur 4-35). Deze oververtegenwoordiging is nog meer uitgesproken dan tien jaar geleden als gevolg van een daling van het aantal personen in deze leeftijdscategorie in het hele land en een stijging in het Brussels Gewest.



De aanvang van het volwassen leven wordt gekenmerkt door belangrijke beslissingen op verschillende domeinen van het leven: de jongvolwassenen betreden de arbeidsmarkt, gaan samenwonen, krijgen kinderen (zie pag. 38-39 van “Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Welzijns- en Gezondheidsatlas, 2006”, beschikbaar op www.observatbru.be) en ze betreden eveneens de huisvestingsmarkt, wat vaak samengaat met een verhuizing

of migratie. Veel Brusselaars van die leeftijd verlaten immers de stad op zoek naar een betaalbare woning die voldoet aan hun behoeften, terwijl anderzijds een zeker aantal jongvolwassenen uit het buitenland zich in Brussel komt vestigen (zie figuur 1.2.9 in “BISA, Statistische indicatoren, 2008”).

De economische kenmerken van veel Brusselse jongvolwassenen zijn eerder verontrustend: een laag opleidingsniveau, een hoge werkloosheid, sterk afhankelijk van maatschappelijke hulpverlening,... (zie “Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Welzijnsbarometer 2009”, beschikbaar op www.observatbru.be).

Hoewel het begin van het volwassen leven doorgaans overeenkomt met het begin van het vruchtbare leven, zien we de laatste tien jaar echter dat de leeftijd van de moeders stijgt, waarmee de evoluties die al in de jaren 80 begonnen, worden voortgezet: er zijn naar verhouding minder moeders jonger dan 20, terwijl er een toename is van het aandeel moeders tussen 35 en 39 jaar (+27 %) en ouder dan 40 jaar (+55 %). In Brussel is deze toename wellicht het gevolg van het uitstellen van de zwangerschap tot op latere leeftijd, maar tegelijk ook van een groter aantal multipare moeders (die reeds meerdere kinderen hebben gebaard). Dit aspect mag niet worden verwaarloosd omdat de zwangerschappen in deze leeftijdscategorieën een groter risico inhouden: vanaf de leeftijd van 35 jaar stijgt het risico op prematuriteit, perinataal overlijden en verloskundige interventies (voor meer informatie zie Deel 4 van het dossier: “Perinatale gezondheidsindicatoren in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 1998-2004”, beschikbaar op www.observatbru.be). Er worden hieromtrent verschillen vastgesteld binnen het Brussels Gewest: in de meer welstellende gemeenten zien we meer moeders van 40 jaar en ouder (zie “Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Fiches per gemeente - analyse van de lokale statistieken in het Brussels Gewest, 2010”, beschikbaar op www.observatbru.be).

Volwassenen van middelbare leeftijd (45-54 jaar) trekken de aandacht omdat de mortaliteit in deze leeftijdsgroep gevoelig begint te stijgen, in elk geval bij de mannen (zie figuur 4-16). Ze zijn ondervertegenwoordigd in het Brussels Gewest in vergelijking met het land in zijn geheel (figuur 4-35).

Deze ondervertegenwoordiging is de afgelopen 10 jaar groter geworden omdat het aandeel personen in deze leeftijdsgroep in België sterker is gestegen dan in het Brussels Gewest. Bovendien verliest het Brussels Gewest in deze leeftijdsgroep inwoners die zich elders in het land gaan vestigen ; een verlies dat wordt gecompenseerd door migranten uit het buitenland, zij het in veel minder grote getale (zie figuur 1.2.9 in “BISA, Statistische indicatoren, 2008”).

Het gemiddelde opleidingsniveau van de Brusselse volwassenen van middelbare leeftijd is vergelijkbaar met dat van alle Belgen in deze leeftijdscategorie, maar hun participatie op de arbeidsmarkt is lager dan de participatie die gemiddeld in het land wordt gemeten (zie “Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Welzijnsbarometer 2009”, beschikbaar op www.observatbru.be).

Bij de volwassenen worden relatief de meeste **mantelzorgers** teruggevonden, dit zijn mensen (huisgenoten, familieleden, burens of kennissen) die onbezoldigde zorg verlenen aan naasten die moeilijkheden hebben in het dagelijkse leven. Volgens de gegevens uit de Socio-economische enquête van 2001 (23) verleende 9 % van de Brusselaars mantelzorg, wat evenveel is als het Belgische gemiddelde en in tegenspraak is met het imago van de anonimiteit van een grootstad. Vrouwen verlenen vaker mantelzorg dan mannen, vooral in de

leeftijdscategorie van 50 tot 64 jaar (17 % van de vrouwen in deze leeftijdsgroep, een percentage dat in sommige wijken in Brussel kan oplopen tot 29 %) ; in relatieve cijfers ligt het aandeel mannelijke mantelzorgers ouder dan 80 evenwel hoger dan het aandeel bij vrouwen.

Volgens dezelfde enquête verleent 3,0 % van de Brusselaars mantelzorg aan gezinsleden, 4,2 % aan familieleden buiten het gezin en 3,1 % aan burens, vrienden of kennissen.

De ruimtelijke spreiding van de mantelzorgers binnen de Brusselse bevolking is ongelijk en weerspiegelt de leeftijdsstructuur van de wijken en de gezondheid van de bewoners. (Voor meer informatie verwijzen wij naar Deel 3 van ons dossier: “Thuiswonen na je 65ste, Atlas van de behoeften en de actoren in Brussel”, beschikbaar op www.observatbru.be).

De jongvolwassenen zijn oververtegenwoordigd in het Brussels Gewest.

4.2 DE GEZONDHEID VAN JONGVOLWASSENEN EN VOLWASSENEN VAN MIDDELBARE LEEFTIJD

4.2.1 De inschatting van de eigen gezondheid

Het aandeel personen met een slechte subjectieve gezondheid stijgt met de leeftijd. 13,5 % van de mannelijke en 13,6 % van de vrouwelijke jongvolwassenen in Brussel zijn van mening dat hun gezondheid niet goed is (middelmatica, slecht of zeer slecht). Bij de volwassenen van

middelbare leeftijd is dit aandeel vrijwel verdubbeld bij de mannen (25,6 %) en verdrievoudigd bij de vrouwen (31,8 %). Na 35 jaar stellen vrouwen meer dan mannen dat ze niet in goede gezondheid verkeren.

Tabel 4-11 Aandeel Brusselaars die verklaart niet in goede gezondheid te verkeren, naar geslacht en leeftijd, Brussel, 2004					
	15-24 jaar	25-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar
Mannen	6,4 %	13,5 %	22,1 %	25,6 %	31,0 %
Vrouwen	15,2 %	13,6 %	26,0 %	31,8 %	32,2 %

Bron: WIV, Gezondheidsenquête 2004

4.2.2 Mortaliteit bij jongvolwassenen en volwassenen van middelbare leeftijd

De vroegtijdige mortaliteit ligt voor elke leeftijd hoger bij mannen als bij vrouwen, en dus ook bij de volwassenen (tabel 4-12). De sterftcijfers voor mannen stijgen vanaf 40 jaar en vooral na 50 jaar, waardoor het verschil in mortaliteit tussen volwassen mannen en vrouwen toeneemt. Bij de vrouwen gaat de stijging van de mortaliteit immers geleidelijker en is ze meer uitgesproken vanaf 69 jaar (figuur 4-16).

Dit verschil in mortaliteit tussen mannen en vrouwen is de laatste jaren kleiner geworden (zie figuur 1-19, Deel I). De vroegtijdige mortaliteit bij zowel mannen als vrouwen daalt sinds 1990. Deze daling is evenwel groter voor mannen (daling van de vroegtijdige mortaliteit door verkeersongevallen, alcohol en longkanker) dan voor vrouwen (stijging van de vroegtijdige mortaliteit door longkanker).

Tabel 4-12 Sterftcijfer per 100 000, naar geslacht en leeftijd, Brussel, 2007								
	25-29 jaar	30-34 jaar	35-39 jaar	40-44 jaar	45-49 jaar	50-54 jaar	55-59 jaar	60-64 jaar
Mannen	55,1	70,4	110,2	148,9	331,7	457,1	815,7	1 408,0
Vrouwen	19,1	36,2	105,3	113,4	201,7	302,2	485,6	766,2

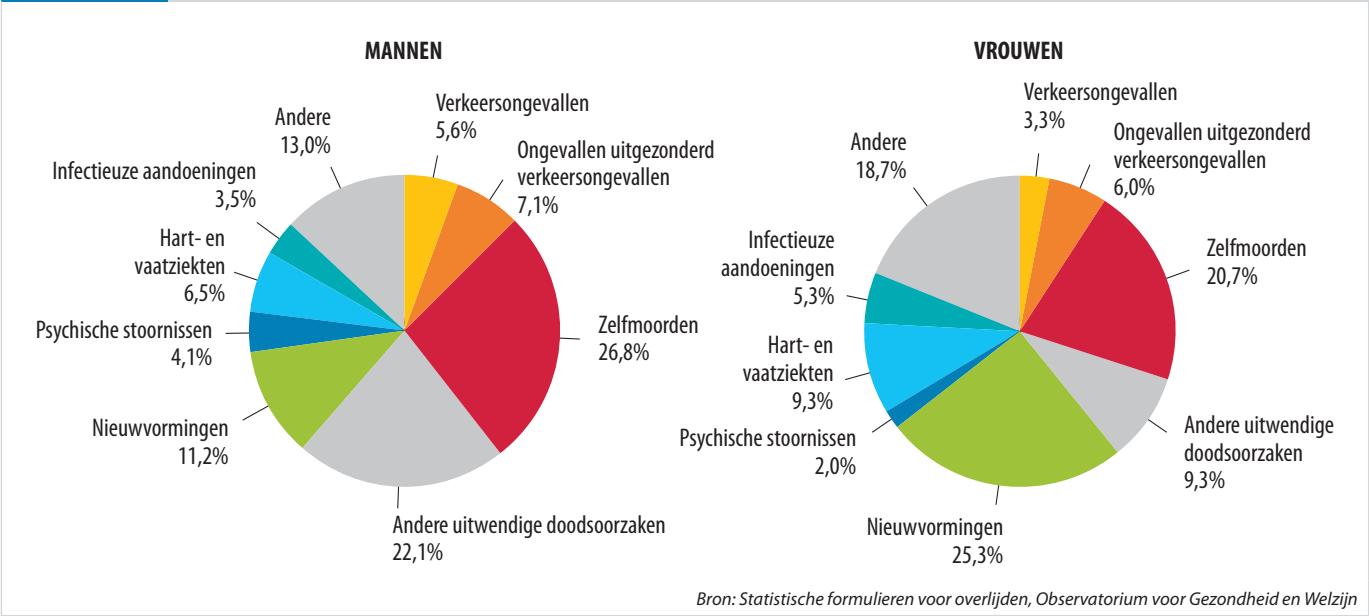
Bron: Statistische formulieren voor overlijden, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

Mortaliteit bij jongvolwassenen (25-34 jaar)

Voor de periode 2003-2007 werden 339 sterfgevallen van mannen tussen 25 en 34 jaar en 150 sterfgevallen van vrouwen in dezelfde leeftijdsgroep geregistreerd.

Bij de mannen zijn meer dan 6 op de 10 sterfgevallen het gevolg van externe oorzaken, waaronder voornamelijk zelfmoord en ongevallen (in het verkeer of thuis). Bij de vrouwen zijn bijna 4 op de 10 sterfgevallen te wijten aan externe oorzaken en bijna 1 op de 4 aan kanker.

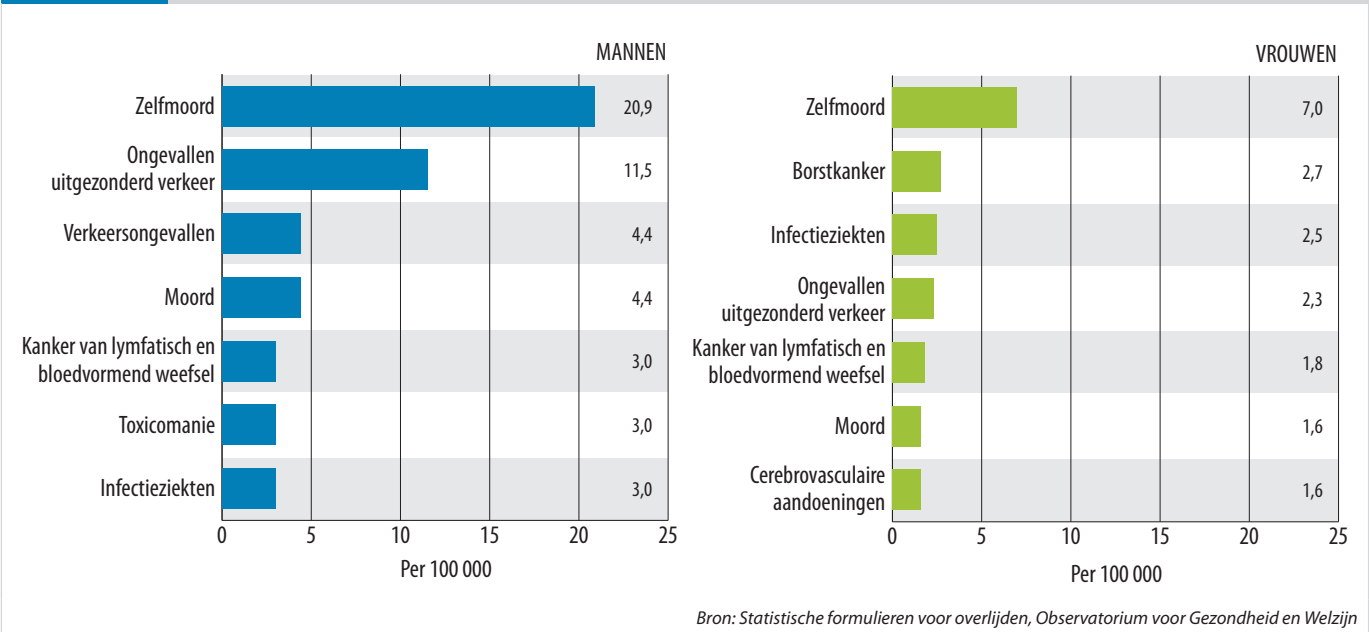
Figuur 4-36 Verdeling van de doodsoorzaken in de leeftijdscategorie 25-34 jaar, naar geslacht, Brussel, 2003-2007



In de top 5 van de doodsoorzaken bij mannen van 25 tot 34 jaar staat zelfmoord bovenaan, gevolgd door ongevallen (verkeersongevallen niet inbegrepen). Moord en verkeersongevallen komen op de derde plaats.

Voor vrouwen van 25 tot 34 jaar is de belangrijkste doodsoorzaak eveneens zelfmoord, gevolgd door borstkanker, infecties en ongevallen (uitgezonderd verkeersongevallen). Mannen van 25 tot 34 jaar sterven vaker aan verkeersongevallen dan vrouwen.

Figuur 4-37 Specifieke sterftecijfers bij volwassenen van 25 tot 34 jaar, naar oorzaak en geslacht, Brussel, 2003-2007



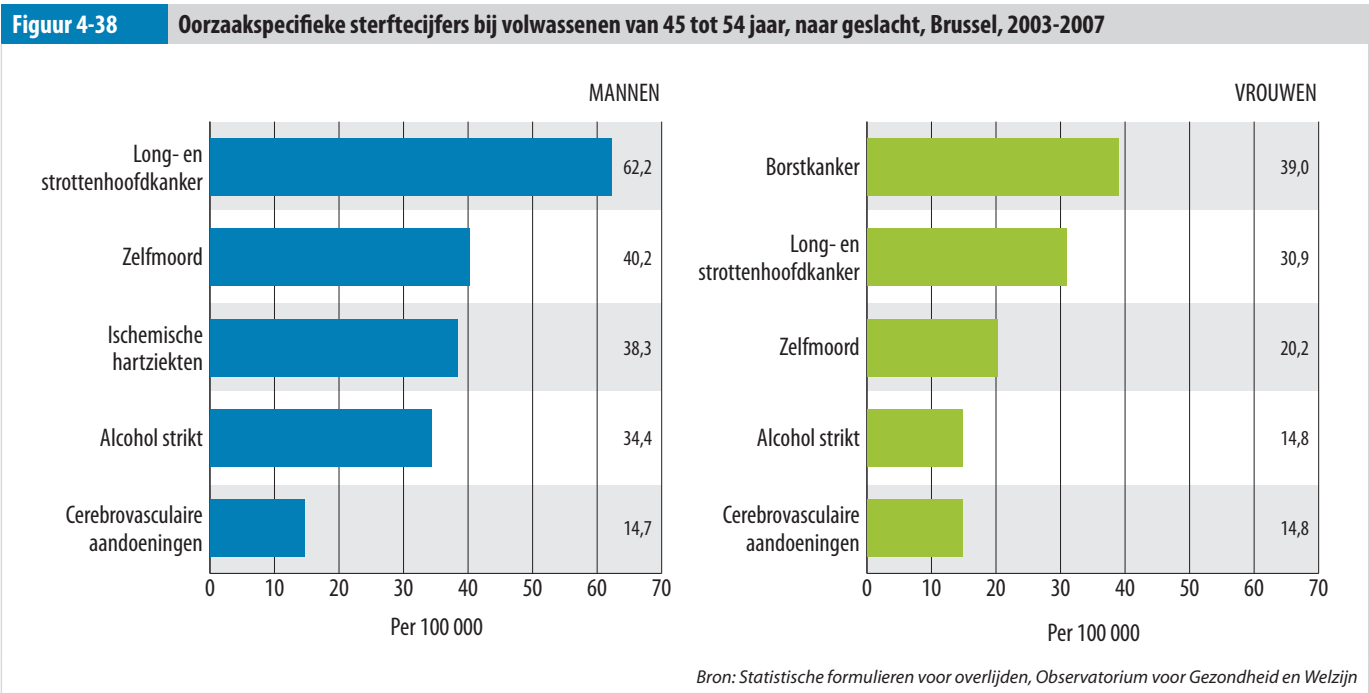
Zelfmoord is de belangrijkste doodsoorzaak bij volwassenen van 25 tot 34 jaar (ongeveer 25 overlijdens per jaar).

Mortaliteit bij volwassenen van middelbare leeftijd (45-54 jaar)

Voor de periode 2003-2007 werden 1 432 sterfgevallen van mannen tussen 45 en 54 jaar en 915 sterfgevallen van vrouwen in dezelfde leeftijdsgroep geregistreerd. De belangrijkste doodsoorzaken bij volwassenen van middelbare leeftijd verschillen van die bij jongvolwassenen.

Bij mannen wordt long- en keelkanker de belangrijkste doodsoorzaak, gevolgd door zelfmoord. Ischemische hartziekten komen op de derde plaats en alcoholgerelateerde aandoeningen in de strikte definitie, op de vierde.

Bij vrouwen is borstkanker de belangrijkste doodsoorzaak, gevolgd door long- en strottenhoofdkeelkanker, zelfmoord en alcoholgerelateerde aandoeningen in de strikte definitie.



4.2.3 Morbiditeit bij jongvolwassenen en volwassenen van middelbare leeftijd

Chronische aandoeningen

De prevalentie van chronische aandoeningen wordt geschat op basis van de Gezondheidsenquête 2004.

13,3 % van de mannelijke en 13,5 % van de vrouwelijke Brusselse jongvolwassenen (25-34 jaar) verklaren te lijden aan een of meerdere langdurige ziekten, kwalen

of handicaps. Bij de volwassenen van 45 tot 54 jaar is dit aandeel verdubbeld bij de mannen (28,9 %) en vrijwel verdrievoudigd bij de vrouwen (36,7 %). De eigen perceptie van de gezondheid naargelang de leeftijd (par. 4.2.1) moet dus ook in het licht van de prevalentie van chronische aandoeningen naar leeftijd worden bekeken.

Tabel 4-13	Aandeel Brusselaars die verklaren te lijden aan minstens een chronische ziekte, een langdurige aandoening of een handicap, naar geslacht en leeftijd, 2004				
	15-24 jaar	25-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar
Mannen	11,5 %	13,3 %	23,4 %	28,9 %	44,9 %
Vrouwen	13,3 %	13,5 %	22,2 %	36,7 %	39,2 %

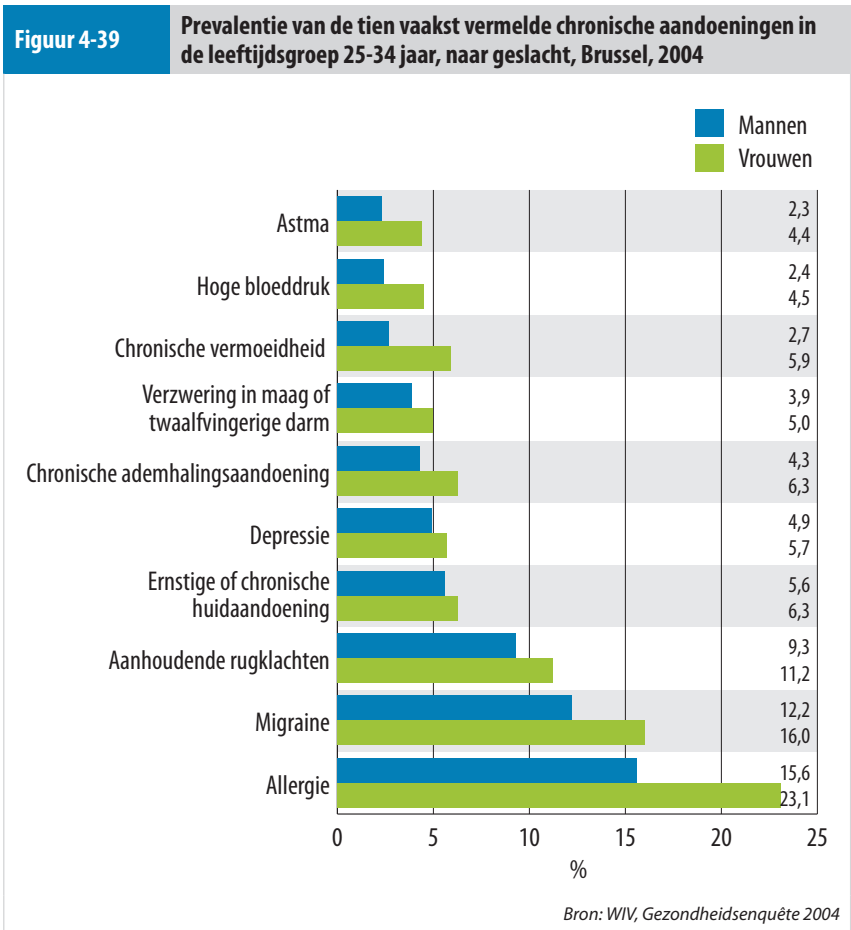
Bron: WIV, Gezondheidsenquête 2004

Bij **jongvolwassenen** (25-34 jaar) wordt allergie in de Gezondheidsenquête het vaakst vermeld als chronische ziekte. Meer dan een op de vijf vrouwen in deze leeftijdscategorie en ongeveer een op de zes mannen vermelden een allergie.

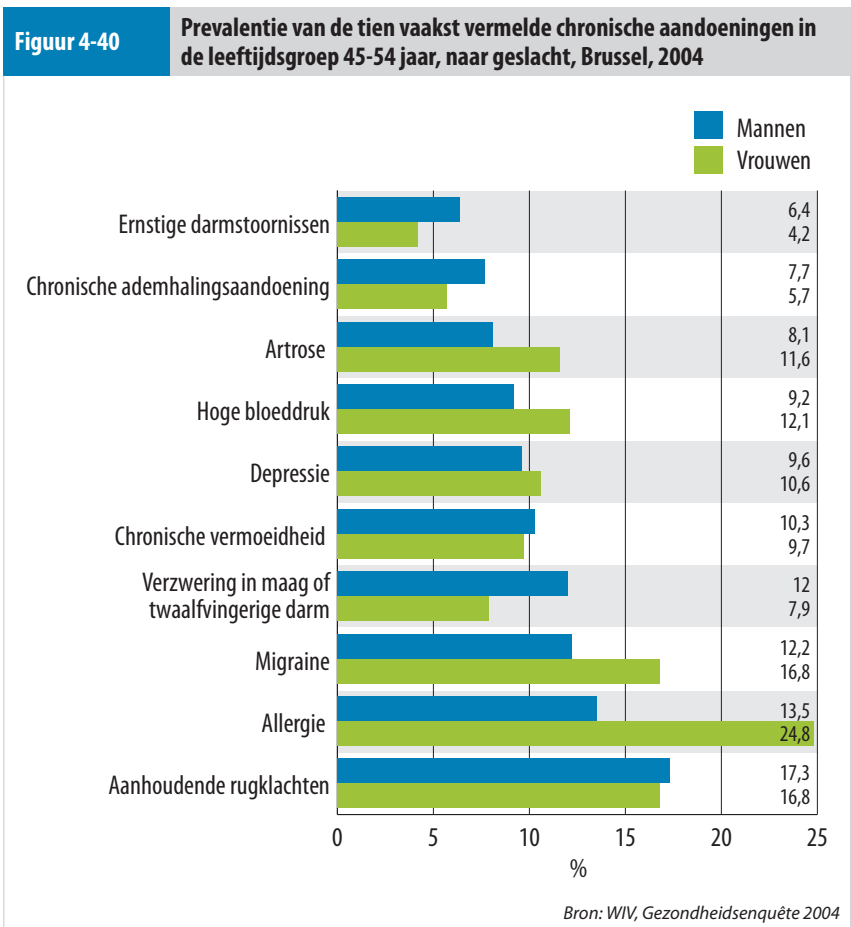
De tweede door jongvolwassenen vaakst vermelde ziekte is migraine, bijna een op de zes vrouwen en een op de acht mannen heeft last van deze aandoening.

Daarna komen aanhoudende rugklachten: meer dan een op de tien jongvolwassenen in Brussel verklaart regelmatig rugklachten te hebben.

Depressie komt op de vijfde plaats bij mannen (bijna een op de 20 jongvolwassenen) en op de zesde plaats bij vrouwen (voorafgegaan door chronische ademhalingsaandoeningen, maar toch nog opgegeven door meer dan een op de 20 jonge vrouwen).



Bij **volwassenen** van middelbare leeftijd zijn de drie vaakst genoemde chronische aandoeningen dezelfde als bij jongvolwassenen (aanhoudende rugklachten, allergie, migraine), zij het in een andere volgorde. Bij vrouwen van 45 tot 54 jaar staat depressie op de vijfde plaats (een op de tien vrouwen) en bij de mannen van deze leeftijdsgroep op de zesde plaats (bijna een op de tien mannen). Chronische vermoeidheid komt op de zesde plaats bij de vrouwen en op de vijfde plaats bij de mannen.



Vrouwen lopen al jonger **het risico om kanker te ontwikkelen** dan mannen (bron: Kankerregister). Vanaf 50 jaar begint de incidentie evenwel toe te nemen bij de mannen om die van de vrouwen te overstijgen. De verdeling van de verschillende kankertypes verschilt naargelang de leeftijd ; in tabel 4-14 staan de vijf

vaakst voorkomende kankers op volwassen leeftijd, per leeftijdscategorie en per geslacht (24). Bij vrouwen treedt bijna een op de vier borstkankers op vóór de leeftijd van 50 jaar en iets minder dan de helft tussen 50 en 69 jaar.

Tabel 4-14 Top 5 van de invasieve tumoren bij volwassenen, naar leeftijd en geslacht, Brussel, 2004-2005					
	1	2	3	4	5
Mannen					
15-29 jaar	Testikels (19 %)	NH-lymfoom (17 %)	Leukemie (15 %)	H-lymfoom (11 %)	Hersenen (7 %)
30-44 jaar	Melanoom (19 %)	Longen (17 %)	Hoofd en hals (15 %)	Testikels (11 %)	Colorectaal (7 %)
45-59 jaar	Longen (19 %)	Prostaat (17 %)	Hoofd en hals (15 %)	Colorectaal (11 %)	Oorspronkelijke localisatie niet bekend (7 %)
Vrouwen					
15-29 jaar	Melanoom (20 %)	Thyreoïde (14 %)	Leukemie (12 %)	Borst (11 %)	H-lymfoom (9 %)
30-44 jaar	Borst (14 %)	Thyreoïde (14 %)	Melanoom (12 %)	Baarmoederhals (11 %)	NH-lymfoom (9 %)
45-59 jaar	Borst (14 %)	Longen (14 %)	Colorectaal (12 %)	Melanoom (11 %)	Thyreoïde (9 %)
Bron: Stichting Kankerregister, 2008					

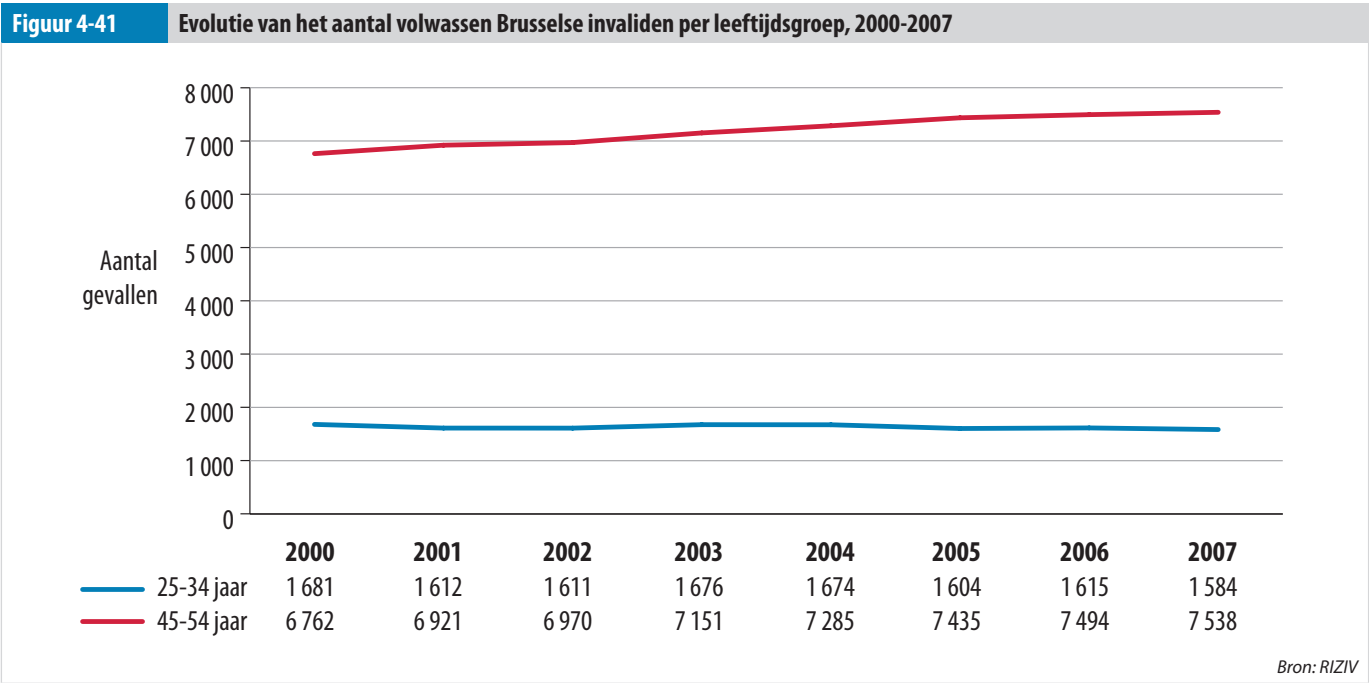
Aangaande **de mortaliteit door kanker** wordt vastgesteld dat het overlijdensrisico bij mannen vanaf 40 jaar groter wordt dan bij vrouwen en dat het verschil daarna alsmaar groter wordt. Bij mannen is vanaf 40 jaar longkanker verantwoordelijk voor de hoogste sterftecijfers. Bij vrouwen is dit borstkanker

vanaf 35 jaar, maar vanaf 40 wordt een snelle stijging van de sterftecijfers door longkanker bij vrouwen genoteerd. Tussen 60 en 64 jaar overstijgen deze de sterftecijfers door borstkanker (zie Deel II Gezondheidstoestand).

Invaliditeit

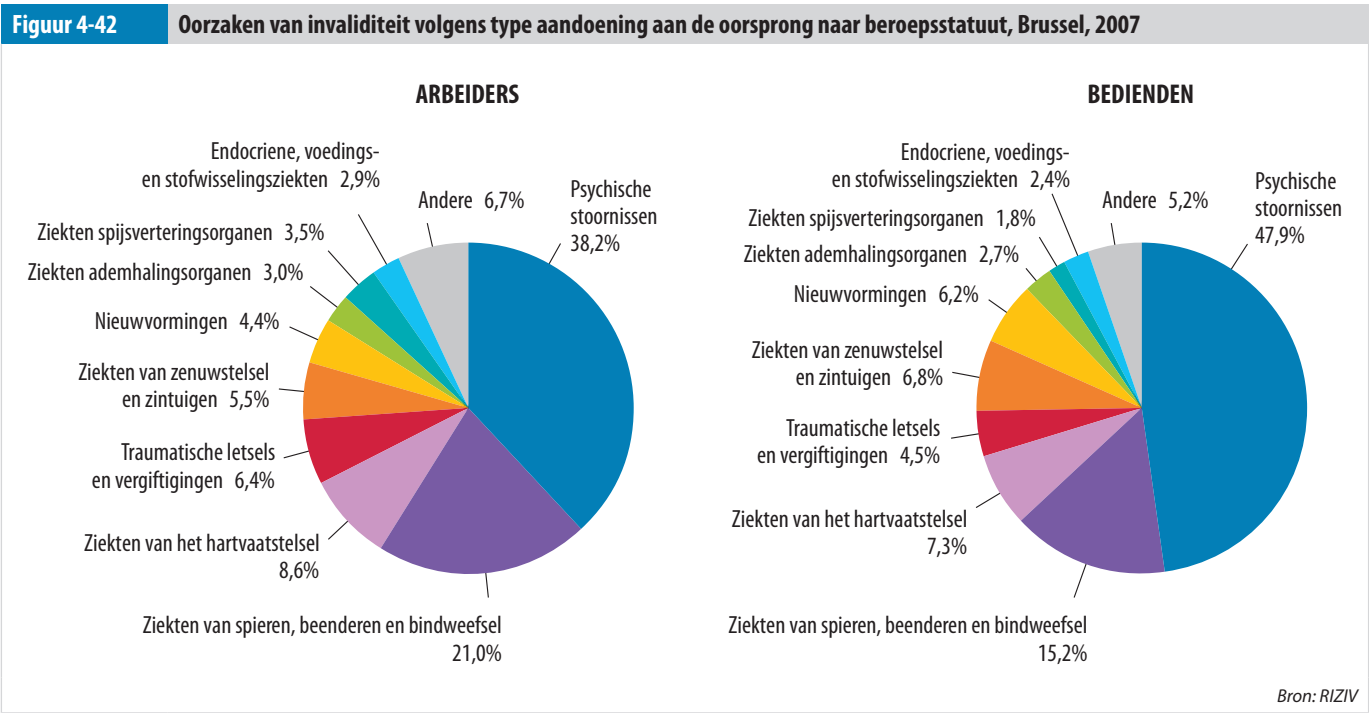
In “Deel II Gezondheidstoestand” werden de cijfers en oorzaken van invaliditeit per geslacht gepresenteerd. Over het algemeen zijn de invaliditeitscijfers in Brussel tussen 2000 en 2007 stabiel gebleven ; terwijl ze stabiel gebleven zijn voor de leeftijdscategorie 25-34 jaar zijn ze

evenwel gestegen bij 45 tot 54 jarigen (figuur 4-41). De leeftijdscategorie 25-34 jaar vormt 7,7 % van de aangegeven en vergoede invaliditeiten voor de hele periode, terwijl een derde 45-54-jarigen betreft.



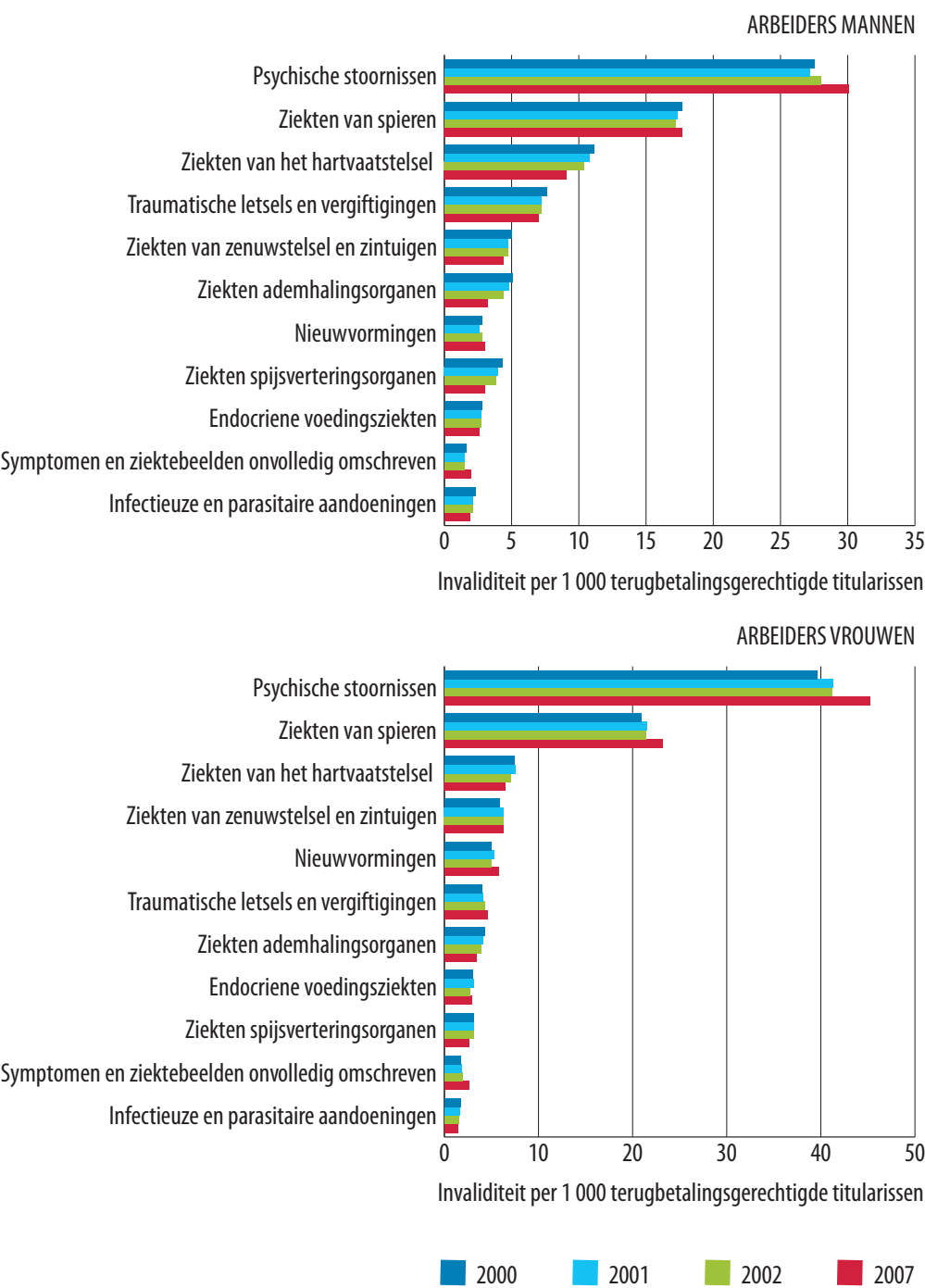
De aandelen en oorzaken verschillen naargelang het uitgeoefende beroep. Hoewel zowel bij bedienden als bij arbeiders psychische problemen, musculoskeletale aandoeningen en stoornissen in de bloedsomloop de drie belangrijkste oorzaken van invaliditeit zijn (behalve

bij vrouwelijke bedienden waar tumoren op de derde plaats komen), komen psychische problemen vaker voor bij bedienden (bijna een op de twee invaliden) en musculoskeletale aandoeningen bij arbeiders (een op de vijf invaliden).



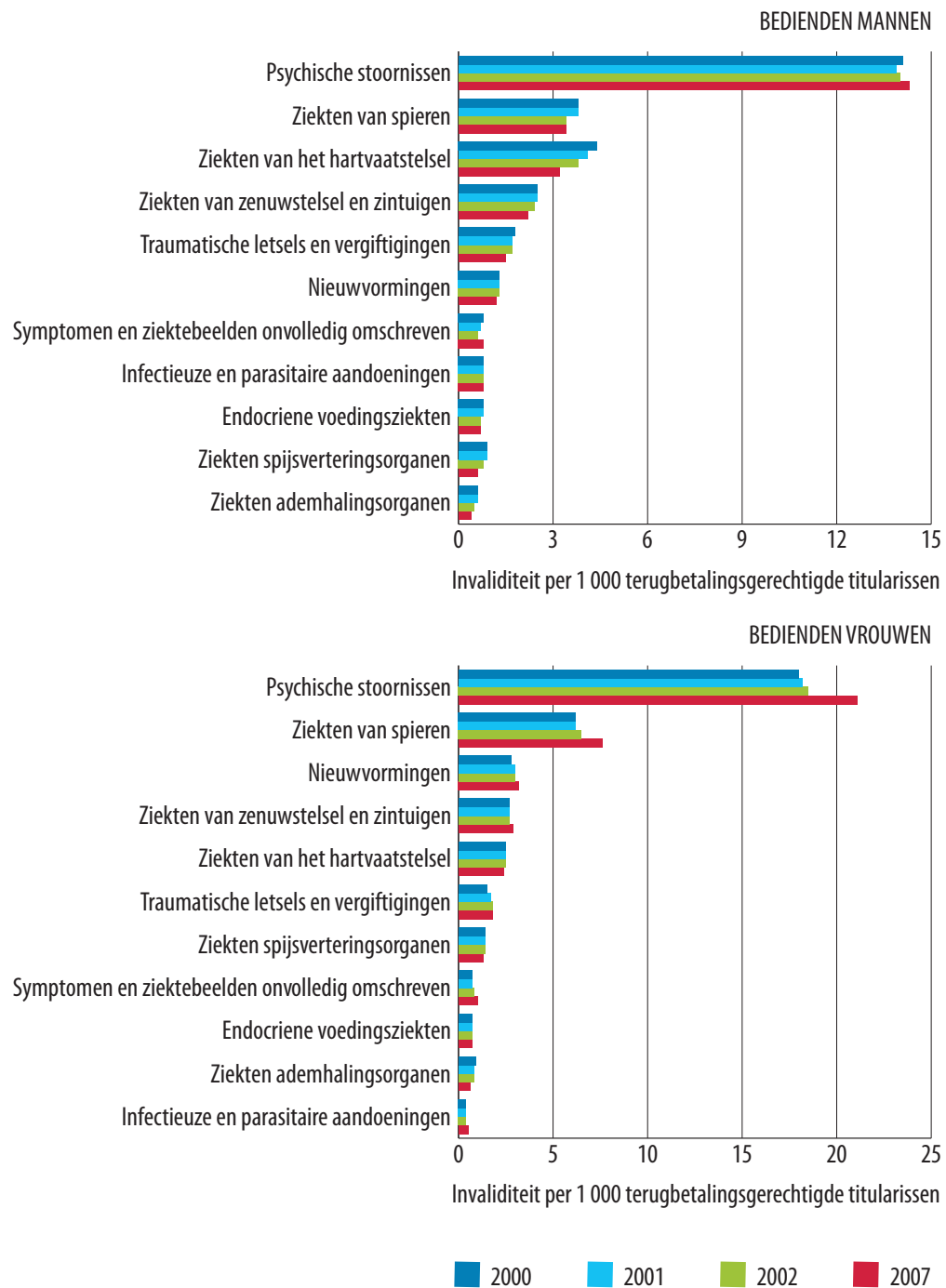
De evolutie van de invaliditeitscijfers varieert naargelang het geslacht en het beroepsstatuut. Zowel voor arbeiders als voor bedienden is de invaliditeit als gevolg van psychische stoornissen tussen 2000 en 2007 evenwel toegenomen.

Figuur 4-43 Evolutie van de oorzaakspecifieke invaliditeitscijfers naar geslacht en beroepsstatuut, Brusselaars, 2000-2007



Bron: RIZIV

Figuur 4-43 Evolutie van de oorzaakspecifieke invaliditeitscijfers naar geslacht en beroepsstatuut, Brusselaars, 2000-2007



Bron: RIZIV

Mentale gezondheidsproblemen zijn bij volwassenen verantwoordelijk voor een groot aandeel van de chronische ziekten en de belangrijkste oorzaak van invaliditeit.

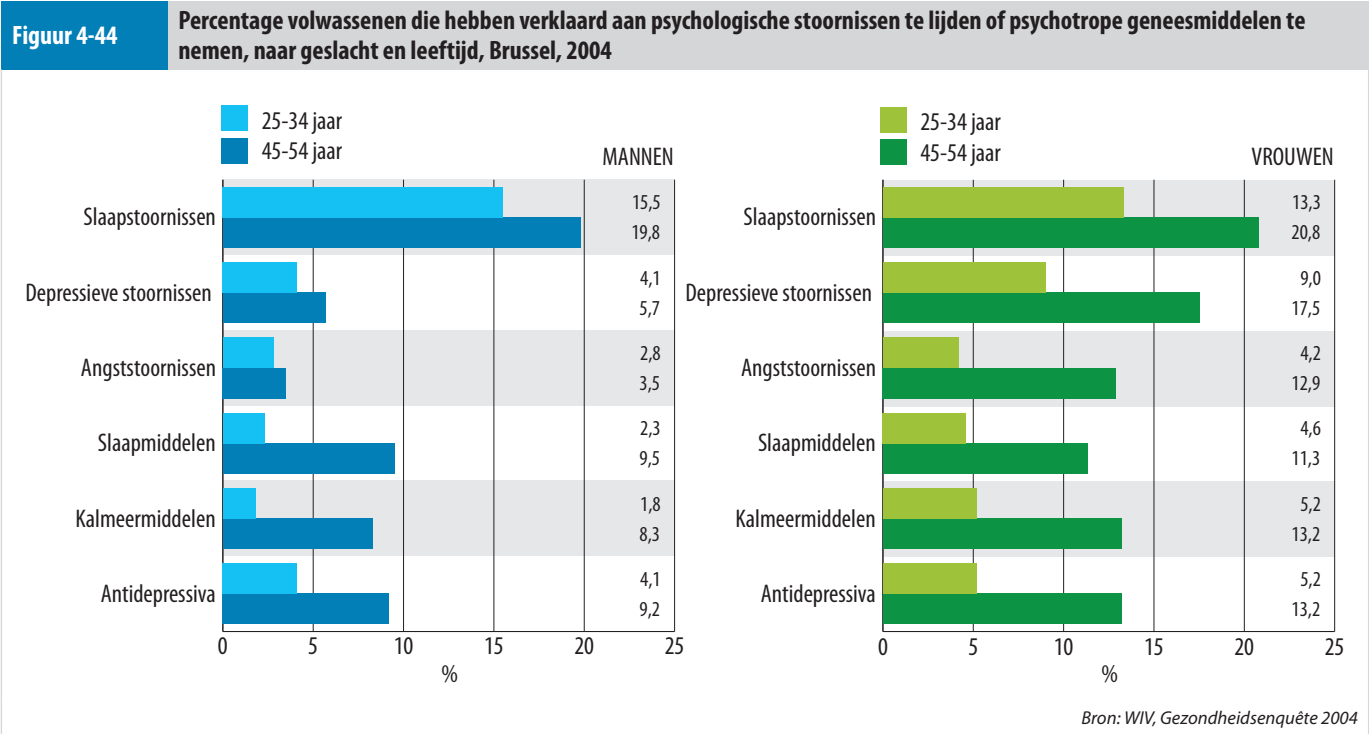
Aanpassingsproblemen zijn een belangrijke oorzaak van psychologische ontreddering bij de jongvolwassenen. Toch vormen de 25-34-jarigen geen homogene groep. Sommige jongeren integreren zonder al te veel moeilijkheden in de actieve samenleving, terwijl anderen te kampen hebben met grote problemen op het vlak van socioprofessionele integratie: onzekere tewerkstelling, lage lonen, werkloosheid,... Daarenboven kunnen andere maatschappelijke veranderingen – zoals de evoluties die hebben geleid tot de herverdeling van maatschappelijke en familiale taken tussen de geslachten - bijdragen tot hun gevoel van ontreddering (25).

De frequentie van **depressieve stoornissen** neemt toe met de leeftijd, maar er wordt een piek waargenomen rond 35-44 jaar bij mannen en 45-54 jaar bij vrouwen (zie figuur 2-90 in Deel II Gezondheidstoestand). Globaal genomen kan de evolutie van depressie volgens leeftijd worden gekoppeld aan verschillende “belangrijke

levensgebeurtenissen” die elkaar kunnen opvolgen (verandering van de huwelijksstatus, van de beroepsstatus, van het economisch niveau,...) en die maken dat men op bepaalde momenten kwetsbaarder is voor een depressie, vooral wanneer de levensloop heeft verhinderd om de nodige “(hulp)bronnen” te vergaren om moeilijkheden beter de baas te kunnen. Zo kan bijvoorbeeld het verlies van een baan, gevolgd door een lange periode van werkloosheid, eindigen in een depressie als men niet over een sociaal netwerk en voldoende financiële middelen beschikt (26). Het aandeel ziekenhuisopnamen voor depressies is voor beide geslachten het hoogst in de leeftijdsgroep van 40-49 jaar (zie figuur 2-91 in Deel II Gezondheidstoestand).

Wat schizofrenie en **psychotische stoornissen** betreft, zien we een piek in de ziekenhuisopnamen bij mannen van 20 tot 29 jaar (zie figuur 2-93 in Deel II Gezondheidstoestand).

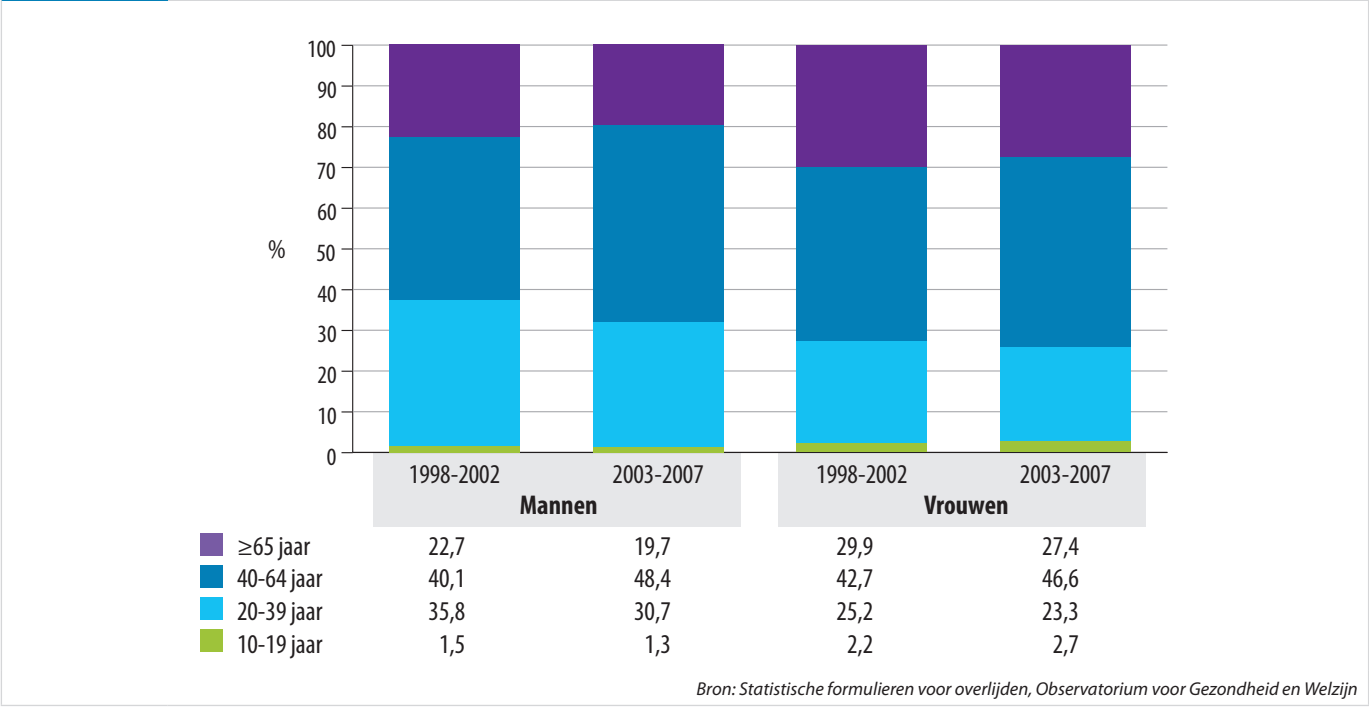
In figuur 4-44 zien we voor de twee leeftijdscategorieën het percentage personen dat heeft verklaard aan een **psychologische stoornis** te lijden of psychotrope geneesmiddelen te nemen. Alle cijfers zijn hoger voor de 45-54 jarigen in vergelijking met de 25-34 jarigen.



De mortaliteit door **zelfmoord**, de weerspiegeling van ernstig psychologisch lijden waarbij men tot deze daad overgaat, blijft een belangrijke doodsoorzaak bij mannen en vrouwen van deze leeftijdscategorieën. Bijna de helft van de zelfmoorden wordt gepleegd in de leeftijdscategorie 40-64 jaar (figuur 4-45). Het aandeel zelfmoorden in deze

leeftijdscategorie is tussen de twee bestudeerde periodes gestegen. Bij de volwassenen van 20 tot 39 jaar is zelfmoord verantwoordelijk voor een op de vier sterfgevallen bij mannen en een op de vijf bij vrouwen, zonder merkbare evolutie in de tijd (niet geïllustreerd, zie tabel 2-14 in Deel II Gezondheidstoestand).

Figuur 4-45 Verdeling van de zelfmoorden naar leeftijdscategorie, per periode en geslacht, Brussel, 1998-2002 en 2003-2007

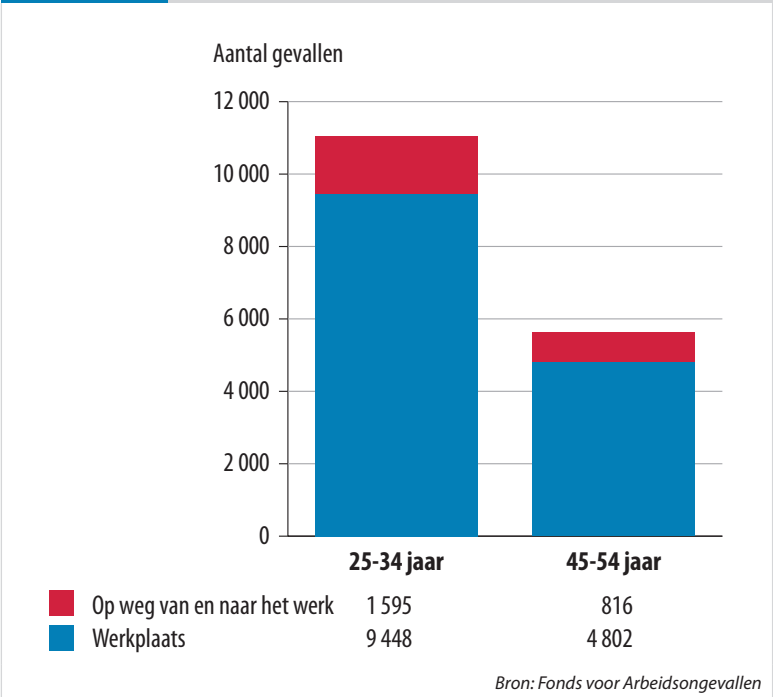


4.2.4 Arbeidsongevallen

In de periode 2005-2007 hadden jongvolwassenen tweemaal meer arbeidsongevallen dan volwassenen van middelbare leeftijd. Zowel voor de groep van 25-34-jarigen als voor de 45-54-jarigen gebeurt 14 % van de ongevallen op weg van en naar het werk (figuur 4-46).

Drie van de 17 dodelijke ongevallen onder de actieve bevolking tussen 2005 en 2007 deden zich voor bij werknemers van 25 tot 34 jaar en 8 bij werknemers van 45 tot 54 jaar (allemaal mannen).

Figuur 4-46 Aantal arbeidsongevallen bij Brusselaars van 25-34 jaar en 45-54 jaar naar de plaats van het ongeval, 2005-2007



4.3 HET GEZONDHEIDSGEDRAG VAN VOLWASSENEN

4.3.1 Verslavingen (tabak, alcohol, drugs)

Tabaksgebruik

Roken vormt een grote risicofactor voor de ontwikkeling van cardiovasculaire aandoeningen, chronische ademhalingsziekten en longkanker, en op langere termijn ook voor de sterfte door deze aandoeningen.

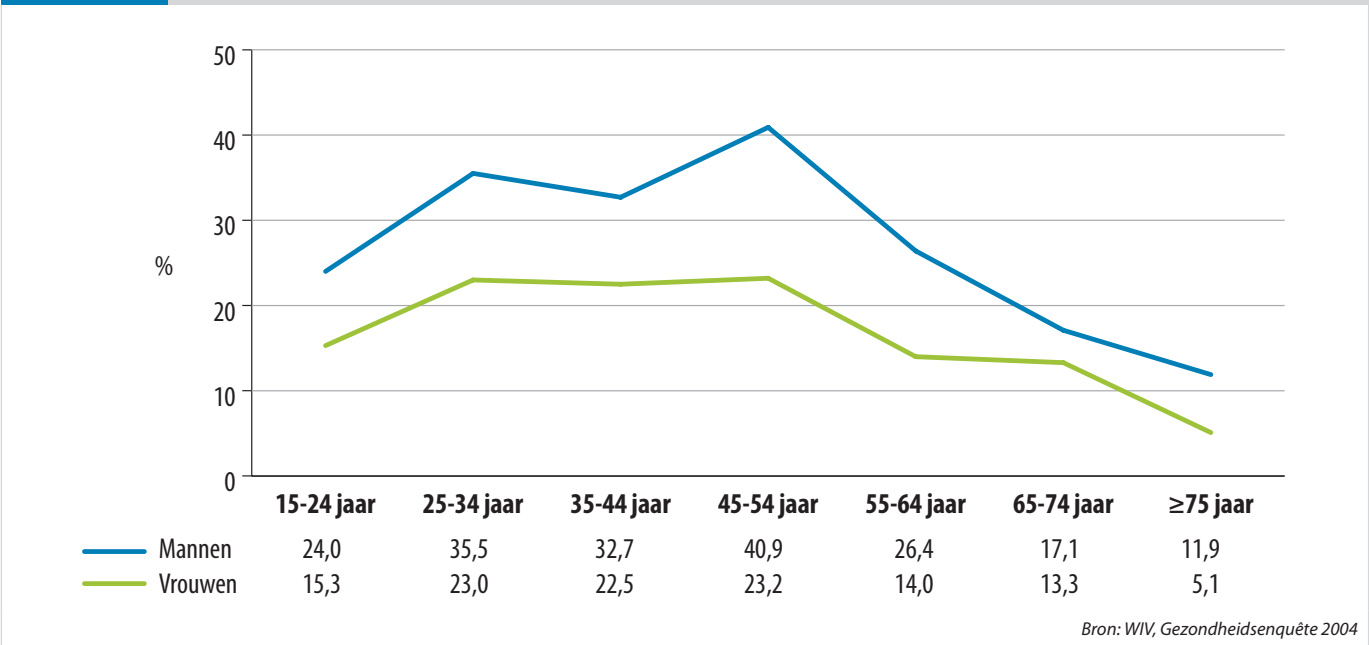
Verschiedende longitudinale onderzoeken hebben de factoren geanalyseerd die zouden kunnen bijdragen tot het stoppen met roken. Het belang van de roekomgeving wordt in verschillende onderzoeken benadrukt ; zo is bijvoorbeeld het feit dat men met een niet-roker is getrouwd, significant gunstig om te stoppen met roken. Het aantal niet-rokende

vrienden van een jonge roker verhoogt eveneens zijn of haar kansen om te stoppen met roken (27).

In de leeftijdscategorie 25-54 jaar worden de hoogste aandelen dagelijkse rokers teruggevonden: ongeveer een derde van de mannen en een vijfde van de vrouwen rookt dagelijks (figuur 4-47).

Het aandeel zware rokers, namelijk diegenen die dagelijks meer dan 20 sigaretten roken, stijgt met de leeftijd, tot rond de leeftijd van 50 jaar. Meer dan een op de vijf mannen tussen 45 en 54 jaar is een zware roker (niet geïllustreerd).

Figuur 4-47 Aandeel dagelijkse rokers, naar leeftijd en geslacht, Brussel, 2004



Alcoholgebruik

Het is belangrijk een analyse te maken van het overmatig alcoholgebruik bij jongvolwassenen en volwassenen van middelbare leeftijd, niet enkel omwille van de bijdrage aan de mortaliteit door alcoholgerelateerde ziekten, maar ook omdat het een van de belangrijkste determinanten van verwondingen en gewelddadige sterfgevallen blijft. Beide oorzaken samen verklaren in grote mate de vastgestelde oversterfte bij jongvolwassenen. Vermeende verantwoordelijken voor dodelijke verkeersongevallen hebben vaak een te hoog alcoholgehalte

in het bloed. De rol van alcohol bij zelfmoorden is eveneens gekend, met name in de mate dat alcoholconsumptie de overgang tot de daad vergemakkelijkt, maar alcohol kan ook de familiale of sociale omgeving van de betrokkenen aantasten (28 ; 29).

Het risico op punctueel overmatig alcoholgebruik is het grootst bij jongvolwassenen. Het risico op chronisch overmatig alcoholgebruik bij mannen neemt gelijkmatig toe van 25 tot 64 jaar.

De consumptie van andere psychotrope substanties

De consumptie van andere psychotrope substanties (psychotrope geneesmiddelen en illegale drugs) heeft een impact op de mortaliteit, ook al is deze minder groot dan voor alcohol en tabak. De mortaliteit als gevolg van het misbruik van psychotrope geneesmiddelen treft vooral een bevolking die gemiddeld ouder is dan diegene die overlijdt ten gevolge van het gebruik van illegale drugs (zie par. 1.5 van Deel III Determinanten van gezondheid).

De consumptie van **slaap- of kalmeermiddelen** is hoger bij de 45-54-jarigen dan bij de 25-34-jarigen, en hoger bij vrouwen dan bij mannen (zie figuur 2-95 in Deel II Gezondheidstoestand) (bron Gezondheidsenquête 2004).

De hoogste prevalentiecijfers voor **cannabisgebruik tijdens de levensloop** werden in 2004 waargenomen in de

leeftijdsgroep van 25 tot 34 jaar, nl. 28,9 % bij vrouwen en 43,5 % bij mannen. In deze leeftijdsgroep wordt echter ook het hoogste percentage (20 %) mensen geteld die wel al met cannabis experimenteerden maar het laatste jaar geen cannabis meer gebruikten.

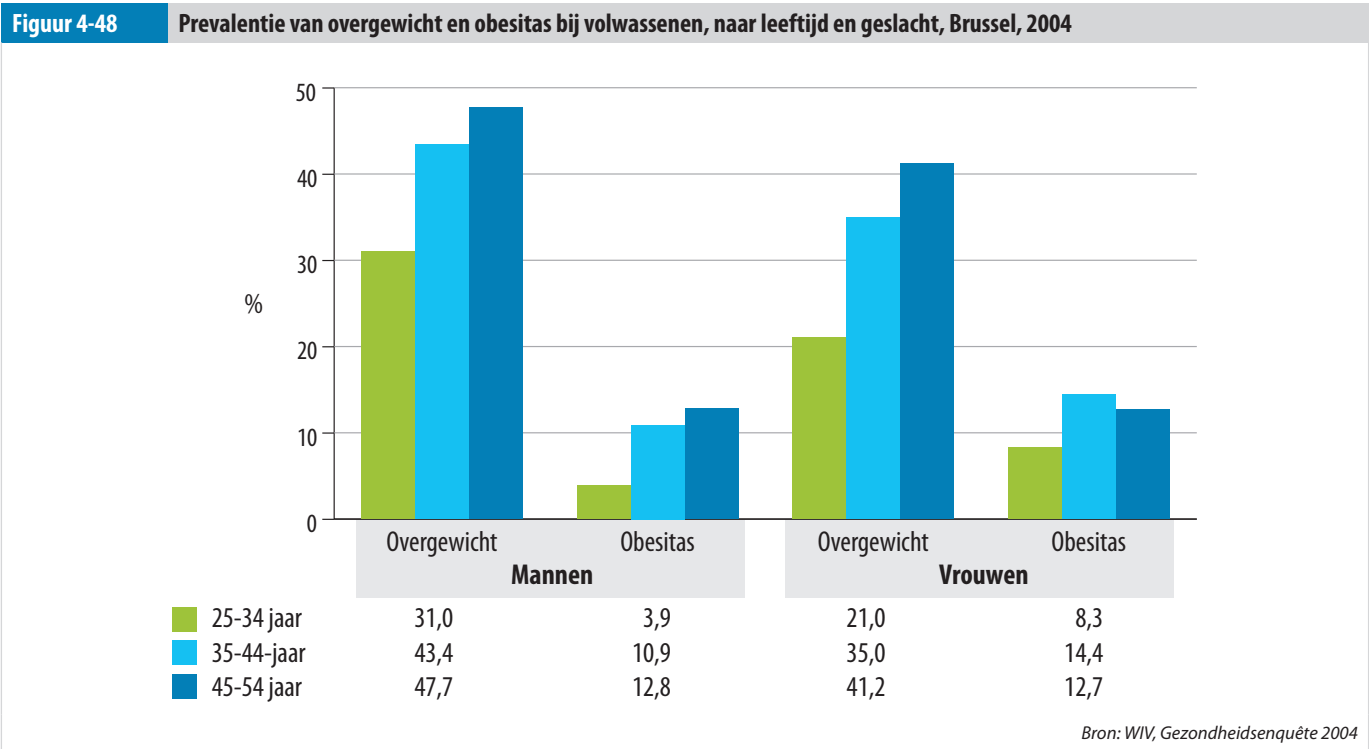
Het hoogste cannabisgebruik **gedurende het laatste jaar** zien we bij mannen in de leeftijdsgroep 25-34 jaar (20,6 %), en bij vrouwen in de groep 15-24 jaar (17,1 %). Het gebruik stijgt parallel met het opleidingsniveau.

Voor het gebruik **gedurende de laatste maand** ten slotte (occasionele gebruikers niet inbegrepen) zien we een hogere prevalentie tussen 15 en 34 jaar. Ook hier stijgt het aandeel gebruikers met het opleidingsniveau. (Bronnen: Gezondheidsenquête en ODB, Addibru 2008 <http://www.ctb-odb.be/nl/epidemiologie>).

4.3.2 Obesitas en de voedingsgewoonten van volwassenen

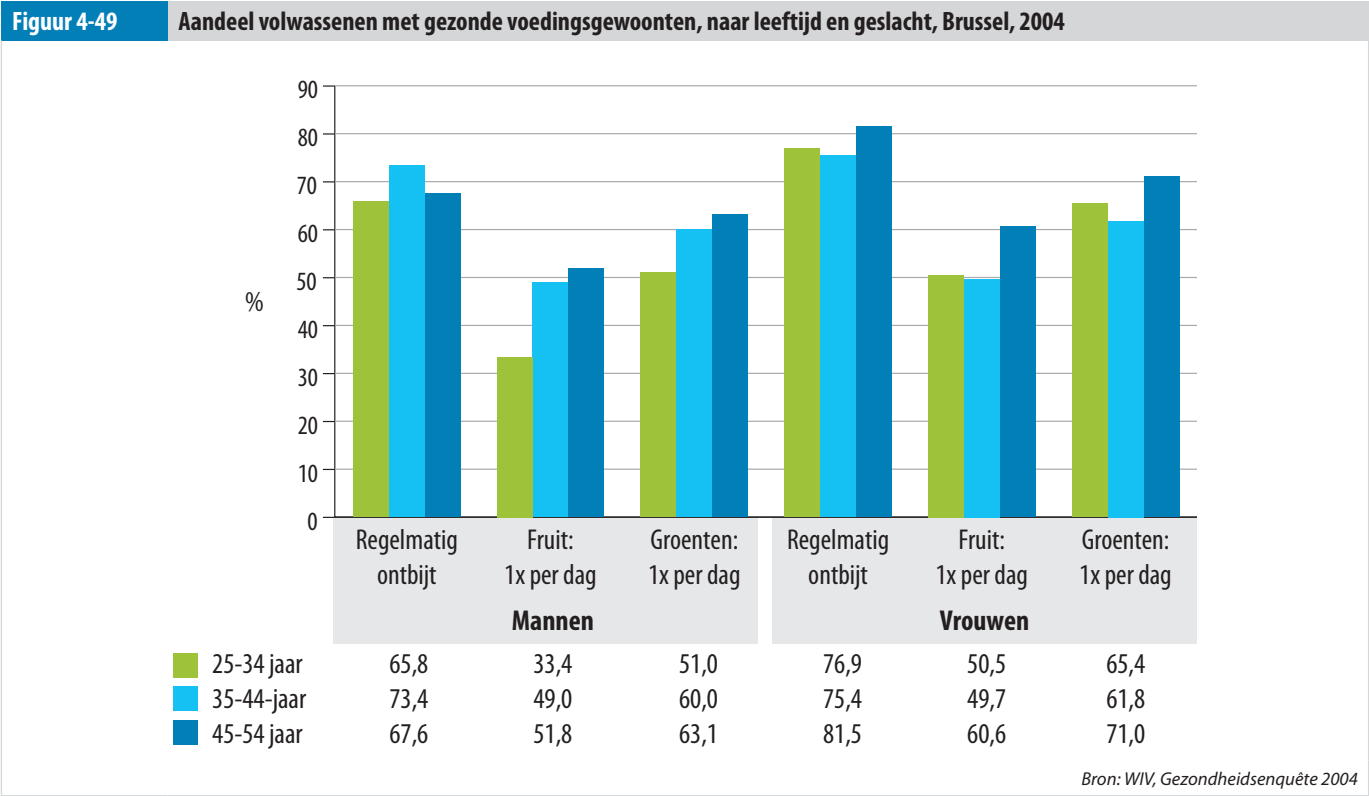
Overgewicht en obesitas

De prevalentie van overgewicht (BMI tussen 25 en 30) en obesitas (BMI > 30) stijgt sterk tussen de leeftijdscategorieën 25-34 en 45-54 jaar (figuur 4-48). Deze stijging is deels te wijten aan de wijzigingen met de leeftijd van de voedingsgewoonten en van de lichaamsbeweging, zowel professioneel als in de vrije tijd.



Voedingsgewoonten

Gezonde voedingsgewoonten komen het minst vaak voor bij de mannelijke jongvolwassenen. De dagelijkse consumptie van fruit en van groenten neemt toe tussen de leeftijdscategorieën 25-34 jaar en 45-54 jaar. In het algemeen koken oudere volwassenen meer en eten ze vaker thuis dan de jonge generaties die meer de neiging hebben buitenshuis te eten of voedingsmiddelen te gebruiken die weinig bereiding vergen.



5. Ouderen

In 2007 publiceerde het Observatorium een dossier over de behoeften van ouderen en het aanbod aan sociale diensten (31); in deze paragraaf beperken we ons tot het actualiseren of aanvullen van bepaalde gegevens.

Hoewel de Brusselse bevolking verjongt, neemt het aandeel van de hoogbejaarde bevolking toe (zie lager). De aanzienlijke stijging van de levensverwachting in goede gezondheid gedurende de laatste jaren zal de 65-plussers zeker in staat stellen een actief leven te blijven leiden, maar deze bevolking zal onvermijdelijk nood hebben aan meer hulp en verzorging naarmate ze ouder wordt. De levensloop van iedere persoon (rekening houdend met zijn opleidingsniveau, zijn arbeidsomstandigheden, inkomen en huisvesting) heeft zowel een invloed op zijn “gezondheidskapitaal” als op de “(hulp)bronnen” die hij zelf zal moeten aanwenden om zijn gezondheidsproblemen aan te pakken (30). De Brusselse bevolking die gaat “toetreden” tot de oudste leeftijdscategorieën verschilt bovendien van de vorige: minder welstellend en multicultureler, hetgeen andere uitdagingen met zich zal meebrengen.

5.1 KENMERKEN VAN DE OUDERE BEVOLKING

5.1.1 Evolutie

Zoals getoond in Deel I “Algemene context”, daalt de gemiddelde leeftijd van de Brusselse bevolking, en dit in tegenstelling tot wat in de rest van het land wordt waargenomen: het aandeel Brusselaars ouder dan 65 jaar daalt, zowel in absolute cijfers (van 168 275 in 1989 naar 152 045 in 2008) als in relatieve cijfers (van 17,3 % in 1989 naar 14,5 % in 2008) ((31) en Rijksregister). Aangezien terzelfdertijd het aantal jongeren jonger dan 20 jaar blijft toenemen (figuur 1-05), wordt een voortdurende daling van de verouderingsindex (≥ 65 jaar/0-19 jaar) gemeten, van 74 % in 1998 naar 60 % in 2008. Het aandeel hoogbejaarden (85 jaar en ouder) neemt evenwel toe en de index van intensiteit van de veroudering (≥ 80 jaar/ ≥ 65 jaar) stijgt voortdurend, van 26,3 % in 1998 naar 32,4 % in 2008 (figuur 1-06, Deel I). Tussen 1989 en 2006 is het aantal Brusselaars van 85 jaar en ouder gestegen met 1 464 personen. Op pagina 79 van de atlas “Thuiswonen na je 65ste” wordt een bevolkingsprognose gemaakt voor de oudere bevolking in het Brussels Gewest tot 2041.

5.1.2 Geografische verdeling

De gemiddelde leeftijd van de Brusselaars verschilt sterk van de ene Brusselse gemeente tot de andere: Ganshoren blijft de “oudste” gemeente, gevolgd door Watermaal-Bosvoorde, terwijl Sint-Joost-ten-Node de “jongste” is. De gemiddelde leeftijd daalt in alle gemeenten, behalve in de gemeenten van het zuidoostelijke kwadrant: de gemiddelde leeftijd blijft stabiel in de gemeenten Sint-Lambrechts-Woluwe en

Ukkel, en stijgt zelfs in Watermaal-Bosvoorde en Sint-Pieters-Woluwe (figuur 1-03, Deel I).

De ouderen zijn oververtegenwoordigd in de tweede kroon. In het stadscentrum en binnen de 19^{de}-eeuwse ring daarentegen zijn de aandelen van ouderen doorgaans relatief laag (kaart 5-03, Deel V). Toch vormen enkele wijken van de vijfhoek in dit opzicht een uitzondering: hoewel ze er maar een klein deel van de totale bevolking uitmaken, leeft een groot aantal ouderen, in absolute cijfers, in de dichtbevolkte wijken van de meest achtergestelde zones van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (Atlas Thuiswonen na je 65ste, 2007, pag. 23).

5.1.3 Geslachtsverhouding

Zoals beschreven in Deel I is de structuur van de Brusselse bevolking van 65 jaar en ouder verschillend voor mannen en vrouwen: terwijl het aantal mannen voortdurend blijft dalen naarmate de leeftijd stijgt, is deze daling bij de vrouwen pas voelbaar vanaf de leeftijd van 80 jaar of ouder (figuur 1-02, Deel I). De vroegtijdige mortaliteit van de mannen verklaart dit overschot aan vrouwen vanaf 60 jaar, met een percentage van 70 % vrouwen in de leeftijdscategorie 85-89 jaar in 2008. Dit heeft als resultaat dat alleenstaande hoogbejaarden vooral vrouwen zijn en dat zij dus ook oververtegenwoordigd zijn in rust- en verzorgingstehuizen (31).

5.1.4 Multiculturaliteit

Uit de socio-economische enquête van 2001 bleek dat er bij de 50-54-jarigen 34 % niet-Belg was bij de geboorte en bij de 80-84-jarigen zowat 13 %. In de veronderstelling dat er niets verandert (levensverwachting enz.), zal er in 2011 dus een groot aandeel 60-plussers uit migratie afkomstig zijn, te meer daar uiteindelijk weinig mensen, in weerwil van hun vroegere plannen, daadwerkelijk terugkeren naar hun land van oorsprong aan het einde van hun actieve leven. In 2007 boog een seminarie, georganiseerd door de Koning Boudewijnstichting, zich over de uitdagingen van de vergrijzing van de migrantenpopulaties en over de pistes voor de begeleiding van deze evoluties (32).

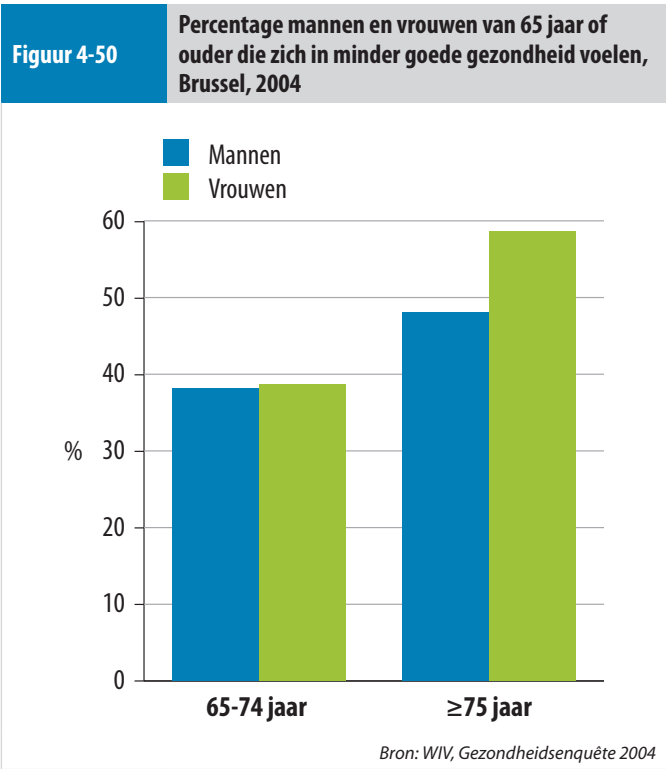
Of het nu te wijten is aan verschillen in levensloop of zorgtraject, de gezondheidsproblemen en de behoeften aan hulp en verzorging van personen van buitenlandse origine kunnen zich op verschillende manieren aandienen. Bijzondere aandacht is nodig voor oudere migrantenvrouwen, die sterk geïsoleerd en vaak in armoede leven, en die vaak in stilte aan geestelijke gezondheidsproblemen, zoals angst en depressie, hebben geleden. Terwijl ouderen vroeger in de brede familiekring werden opgevangen of konden rekenen op andere vormen van familiale solidariteit, zijn de jongere generaties nu niet altijd meer in staat ouderen op dezelfde manier op te vangen, gezien hun eigen woonomstandigheden, inkomens en de evolutie van de normen inzake levenskwaliteit. Er moet worden nagedacht over de opvang in rusthuizen en RVT's, ook al is een globale verbetering van de opvang in

deze instellingen (wat betreft de uurroosters, de kwaliteit en het aantal personeelsleden, het respect voor de wensen van de bewoners, de zelfstandigheid, enz.) waarschijnlijk meer aan de orde dan een “ethnificering” van de leefregels (32).

5.2 GEZONDHEIDSTOESTAND

5.2.1 De inschatting van de eigen gezondheid

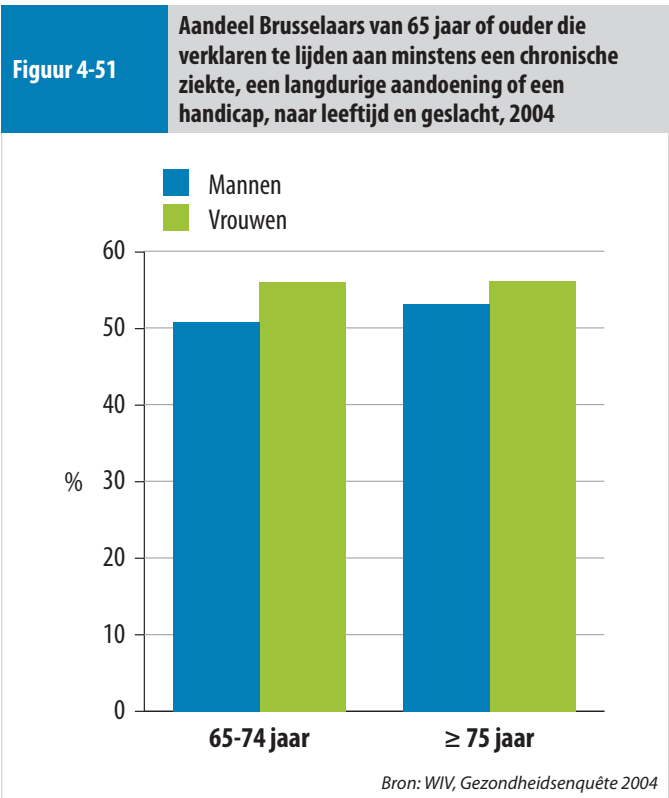
In de Nationale Gezondheidsenquête van 2004^[31] bevonden 38 % van de 65-plussers hun eigen gezondheid niet goed. Op 75 jaar bedroeg dit percentage 48 % voor de mannen en 58 % voor de vrouwen.



5.2.2 Morbiditeit

Chronische aandoeningen

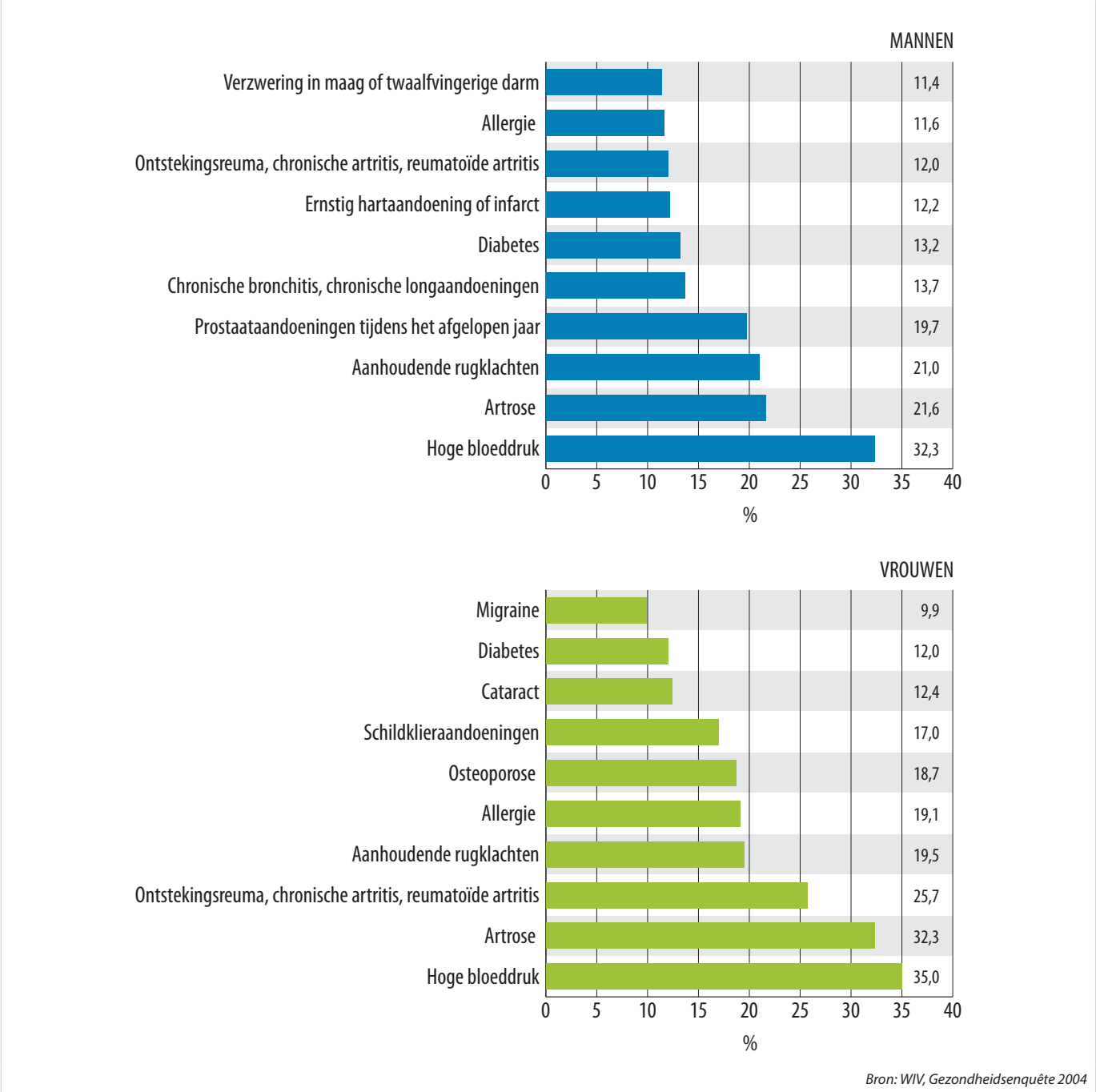
51,8 % van de mannelijke en 56,1 % van de vrouwelijke Brusselse 65-plussers verklaren te lijden aan een of meerdere langdurige ziekten, langdurige aandoeningen of handicaps.



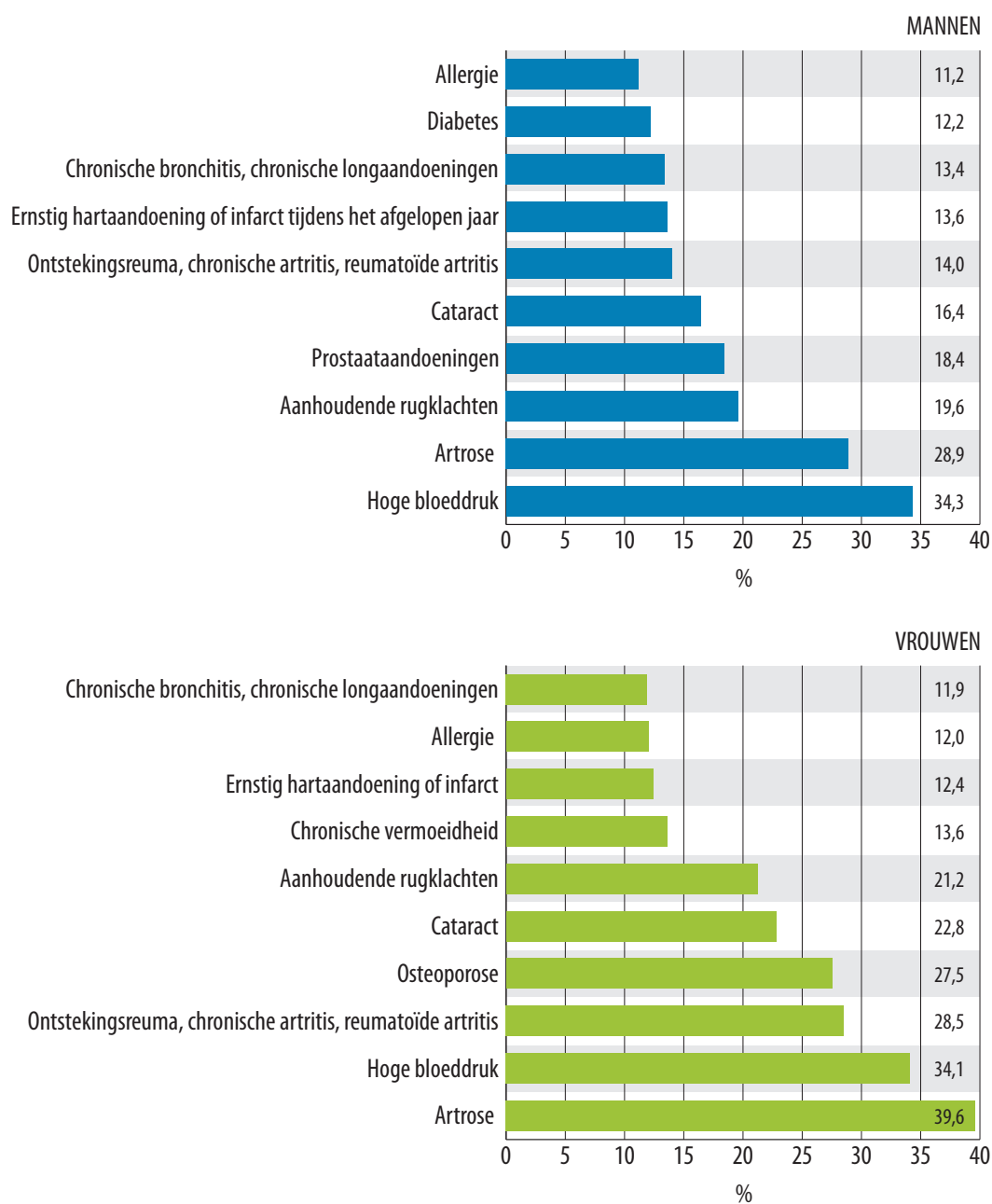
31 968 personen ouder dan 65 jaar hebben aan de Gezondheidsenquête 2004 deelgenomen ; aangezien het aantal deelnemers in elke leeftijdscategorie relatief laag lag, moeten deze resultaten met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

De “top 10” van de in de Gezondheidsenquête door 65-plussers opgegeven chronische ziekten wordt weergegeven in de figuren 4-52 en 4-53. Hoge bloeddruk staat op de eerste plaats, onmiddellijk gevolgd door spier- en gewrichtsproblemen.

Figuur 4-52 **Prevalentie van de tien meest genoemde chronische aandoeningen bij 65-74 jarigen, per geslacht, Brussel, 2004**



Figuur 4-53 Prevalentie van de tien meest genoemde chronische aandoeningen bij 75-plussers, per geslacht, Brussel, 2004

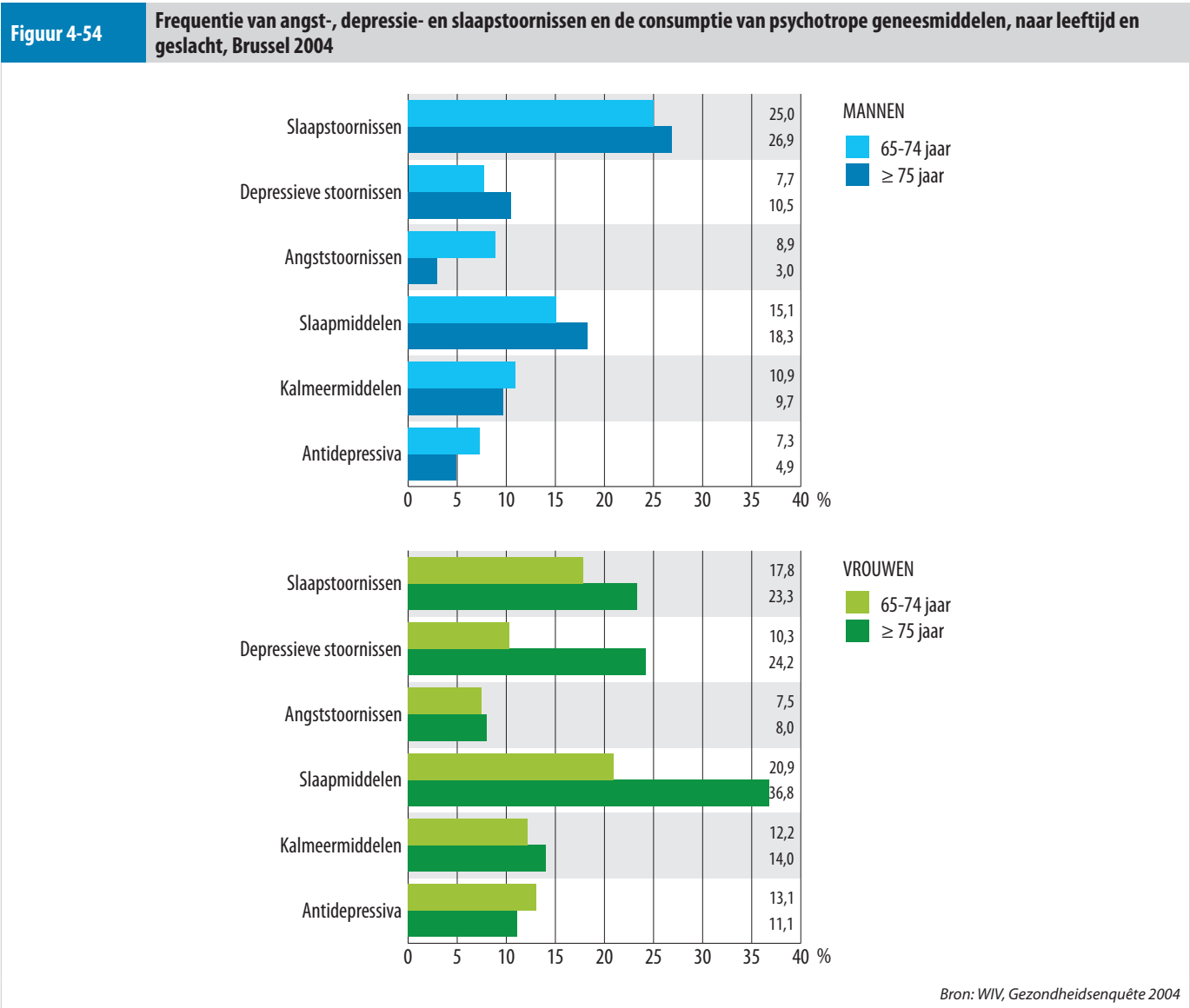


Bron: WIV, Gezondheidsenquête 2004

Zoals in Deel II gepresenteerd, is er, naast de piek rond 40 jaar (voor mannen) of 50 jaar (voor vrouwen), een toename met de leeftijd van de frequentie van depressieve stoornissen die werden opgegeven in de Gezondheidsenquête (figuur 2-90, Deel II). De consumptie van slaap- en kalmeermiddelen stijgt eveneens met de leeftijd (figuur 2-95, Deel II).

Volgens de Gezondheidsenquête 2004 verklaart ongeveer een kwart van de Brusselse vrouwen van 75 jaar of ouder te kampen met depressieve stoornissen en verklaart meer dan een kwart van de mannen aan een slaapstoornis te lijden.

Hoewel vrouwen van 65 jaar of ouder minder vaak verklaren aan slaapstoornissen te lijden dan mannen, is de frequentie van het gebruik van slaapmiddelen bij oudere vrouwen frappant, vooral vanaf de leeftijd van 75 jaar (figuur 4-54). De frequentie van angst- en depressiestoornissen bij bejaarden kan met name worden verklaard door het lichamelijke verval, waardoor men in zijn dagelijkse activiteiten wordt beperkt, hetgeen vaak negatief wordt ervaren door de persoon in kwestie. Daarbovenop komen, vooral bij hoogbejaarde vrouwen, eenzaamheid en isolement vaak voor. Dit fenomeen komt sterk tot uiting in de grote steden.

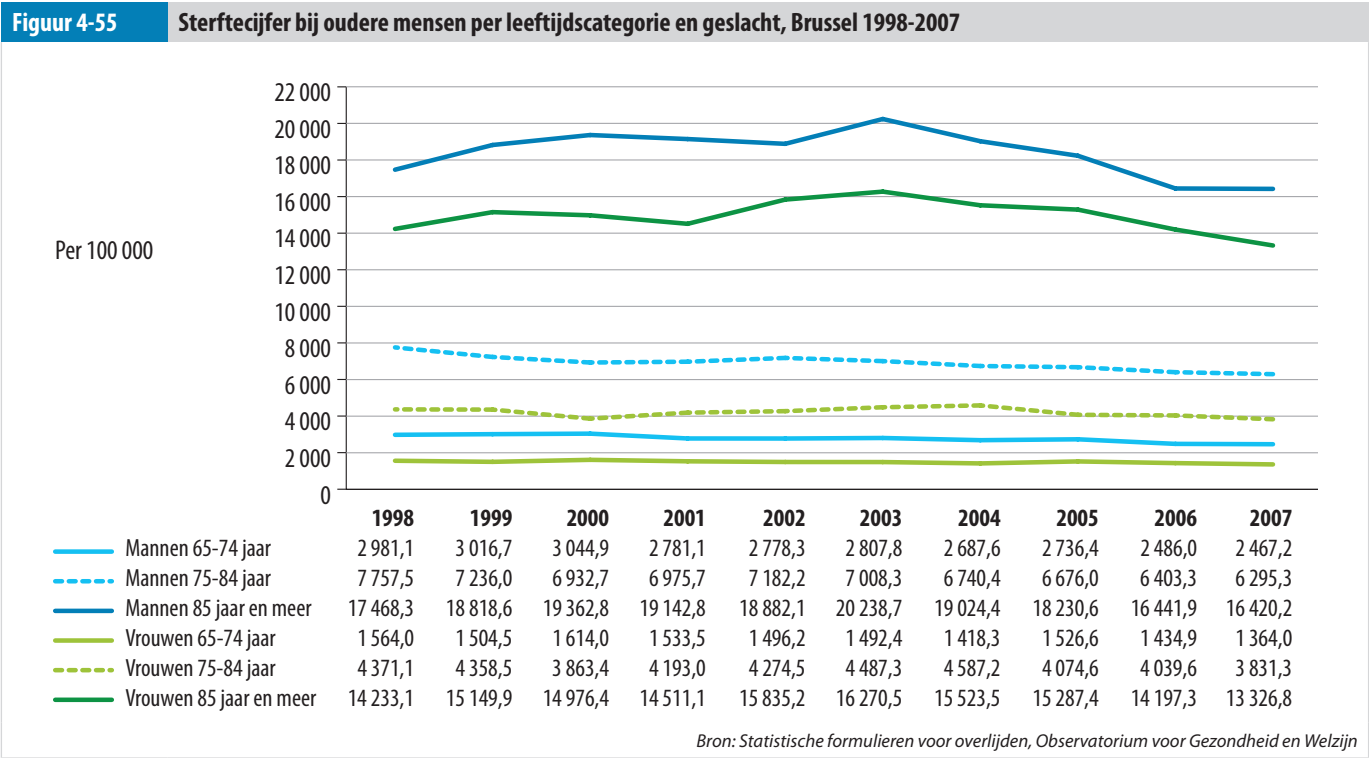


De prevalentie van dementie (inclusief de ziekte van Alzheimer) neemt toe met de leeftijd. Verschillende onderzoeken combinerend kan de prevalentie van dementie op minder dan 1 % worden geschat voor de bevolking van 60 tot 64 jaar tegenover 28,5 % na 90 jaar (33 ; 34). Er bestaan geen aparte cijfers voor het Brussels Gewest, maar door de geschatte prevalenties per leeftijd toe te passen op de Brusselse bevolking ouder dan 65 jaar, kon in 2006 het

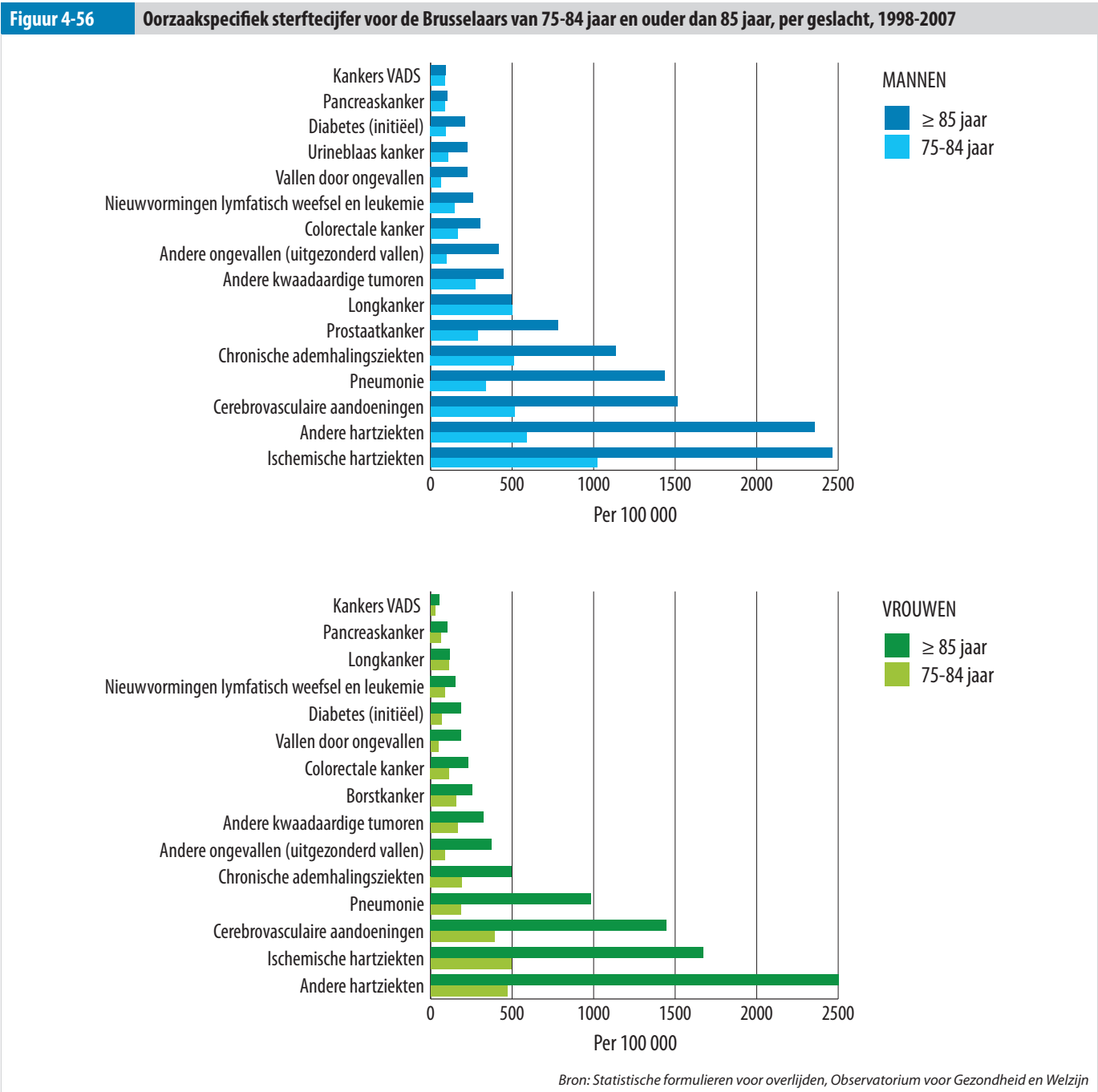
aantal ouderen met dementie op ongeveer 12 000 worden geschat. Bijna 70 % van de mensen die aan dementie lijden is ouder dan 80 jaar. De beperkingen als gevolg van deze cognitieve stoornissen (geheugenverlies, desoriëntatie in tijd en ruimte, enz.) hebben een grote invloed op de autonomie van deze mensen en zorgen ervoor dat zij moeten worden geholpen en/of opgevangen.

5.3 MORTALITEIT

Hieronder wordt de evolutie van de sterftecijfers per leeftijd en per geslacht weergegeven. In alle leeftijdscategorieën is de mortaliteit tussen 1998 en 2007 gedaald, zowel voor de mannen als voor de vrouwen.



Figuur 4-56 toont de belangrijkste doodsoorzaken, per geslacht, voor personen van 75 tot 84 jaar en voor personen van 85 jaar en ouder. We kunnen de stijging van de specifieke sterftcijfers met de leeftijd en de volgorde van de doodsoorzaken evalueren door ze te vergelijken met de figuren 2-05 en 2-08 met daarin de sterftcijfers per oorzaak voor de 65-74-jarigen (Deel II).



5.4 HET LEVENSEINDE

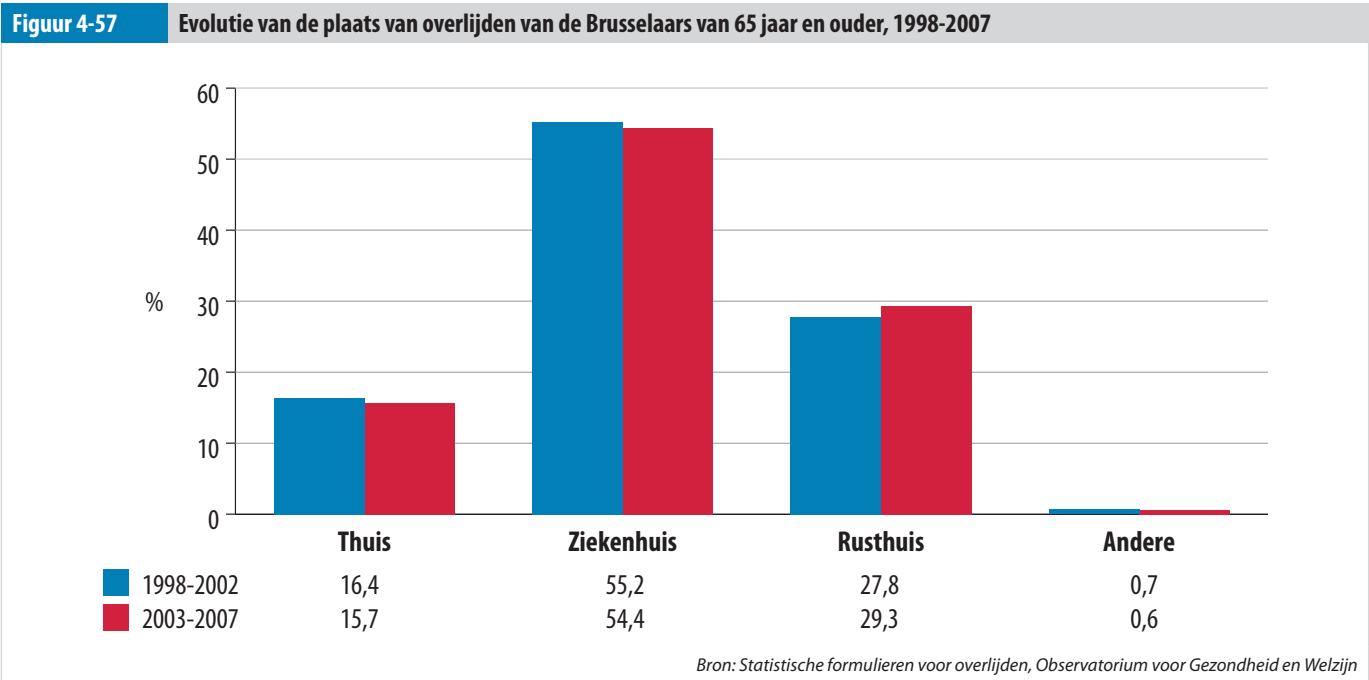
Elk leven, hoe “gezond” ook, eindigt. De kwaliteit van dit levenseinde wordt deels bepaald door de mate waarin de wensen van de patiënt worden gerespecteerd. De plaats van overlijden en de familiale en medische begeleiding maken hier deel van uit.

Het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn werkte in 2008 mee aan een studie (BRUCEL), uitgevoerd door de afdeling “Zorg rond het Levenseinde” (ZrL) van de VUB in het kader van Prospective Research. Met behulp van de informatie uit de Brusselse overlijdensformulieren, werden de behandelende artsen ondervraagd over de leefomstandigheden en de zorg in de laatste

levensmaanden van de overledene. De resultaten van deze enquête, waarvan sommige hier zijn samengevat, zijn terug te vinden in de publicatie “Death and the City” (35).

De concrete omstandigheden van het overlijden worden in belangrijke mate bepaald door de plaats waar men overlijdt. In de internationale literatuur is men van oordeel dat de meeste mensen thuis willen sterven, in een vertrouwde omgeving en omgeven door familieleden en/of vrienden.

De verdeling van de plaats van overlijden van de Brusselaars is de afgelopen tien jaar weinig veranderd. Meer dan de helft van de sterfgevallen vindt plaats in het ziekenhuis, een kwart in het rusthuis en minder dan een vijfde thuis.



De onderzoekers van de VUB hebben een vergelijking gemaakt van deze verdeling van de plaatsen van overlijden voor de inwoners van de grote steden en buiten de grote steden in België, Nederland en Engeland. Ze beperkten hun analyse tot de sterfgevallen van 2003 ten gevolge van een chronische ziekte (palliative care subset). Met deze beperking wilden ze alleen de sterfgevallen beschouwen waarbij het mogelijk was een beslissing te nemen in verband met de plaats van overlijden en onverwachte sterfgevallen uit te sluiten. 3 672 van de 10 108 Brusselse sterfgevallen in 2003 werden aldus in de analyse opgenomen.

In de drie bestudeerde landen liggen de kansen om “thuis” te sterven aanzienlijk hoger wanneer men buiten een grote stad woont ; het verschil tussen grote steden en erbuiten is het grootst in België. In België is het aandeel personen die thuis overlijden bij inwoners van grote steden kleiner dan in Nederland of in het Verenigd Koninkrijk.

Tabel 4-15		Verdeling van de plaats van overlijden (na chronische ziekte) in grote steden en buiten grote steden in België, Nederland en in het Verenigd Koninkrijk, 2003			
	% thuis	% in het ziekenhuis	% in het rusthuis	% in andere instellingen*	% elders
België					
Buiten grote steden	28,2	52,2	19,4	0,1	0,1
Grote steden	15,3	63,9	20,6	0,1	0,2
Brussel-Hoofdstad	15,1	63,0	21,6	0,1	0,2
Antwerpen	15,6	65,4	18,8	0,0	0,2
Nederland					
Buiten grote steden	39,1	31,2	25,8	2,8	1,1
Grote steden	29,5	35,8	30,4	2,2	2,0
Amsterdam	30,2	34,8	29,2	3,1	2,7
Rotterdam	28,9	37,2	30,5	1,6	1,7
Den Haag	29,3	35,5	32,0	1,8	1,4
Verenigd Koninkrijk					
Buiten grote steden	20,7	51,2	14,9	12,0	1,2
Grote steden	18,6	58,3	9,9	12,0	1,2
Greater London	17,2	59,6	8,1	14,0	1,0
West Midlands MC	19,3	59,6	10,6	9,3	1,2
Greater Manchester	17,7	58,5	9,8	12,6	1,4
Merseyside MC	20,8	53,3	12,4	11,9	1,6
Tyne and Wear MC	20,4	58,4	12,4	7,6	1,2
City of Bristol	23,4	48,0	14,6	12,7	1,3
* Enkel "hospices" (= verzorgingstehuizen voor terminale patiënten) in het Verenigd Koninkrijk, in Nederland meestal hospices Bron: ZrL, VUB, Death and the city, 2009					

In deze studie werden eveneens de factoren geanalyseerd die de plaats van overlijden in Brussel, na een chronische aandoening, beïnvloeden. Tot de bestudeerde factoren behoren het geslacht, de leeftijd, de nationaliteit, het feit al dan niet alleen te leven, het socio-economische niveau van de woongemeente van de overledene en de aandoening waaraan hij is overleden ^[32]. Personen die thuis wonen en bewoners van een rusthuis sterven vaker in het ziekenhuis wanneer ze in een gemeente wonen met een lager socio-economisch niveau. Personen die sterven aan kanker hebben meer kans om in het ziekenhuis te overlijden. Alleenstaanden die thuis wonen, hebben meer kans om te

sterven in het ziekenhuis dan wie met een gezin samenleeft. Hoe jonger de bewoner van een rusthuis, hoe groter de kans dat hij in het ziekenhuis overlijdt (36). De studie ging ook na in welke mate (in het geval van een chronische ziekte) de plaats van overlijden overeenstemde met de wil van de overledene. Voor drie vierde van de sterfgevallen wist de behandelende arts niet waar de patiënt wilde overlijden ; in welk geval een thuisoverlijden zeer zelden voorkomt. Wie de wens uitdrukte thuis te willen sterven, zag zijn wens in twee van de drie gevallen ingewilligd. De wens om in het ziekenhuis of in het rusthuis te sterven werd in alle gevallen ingewilligd.

Tabel 4-16		Daadwerkelijke plaats van overlijden naargelang de gewenste plaats van overlijden, Brussel, 2007			
Gewenste plaats van overlijden	Aantal	%	Thuisoverlijden	Overlijden in het ziekenhuis	Overlijden in het rusthuis
Onbekend	296	74,4 %	3,7 %	75,3 %	20,9 %
Bekend	107	26,6 %	33,6 %	35,5 %	30,8 %
Thuis (of bij familie)	56	52,3 %	66,1 %	21,4 %	12,5 %
Ziekenhuis	22	20,6 %		100,0 %	
Rusthuis	28	26,2 %			100,0 %
Andere	2	1,9 %		50,0 %	50,0 %
Bron: ZrL, VUB, Death and the city, 2009					

32 Zie ook de resultaten van een gelijkaardige analyse op pagina 68 van de atlas “Thuiswonen na je 65ste”.

De onderzoekers peilden ook naar de identiteit van de aanwezigen op het ogenblik van het overlijden na een chronische ziekte. De tabel geeft duidelijk aan dat de plaats van overlijden erg bepalend is voor de identiteit van de aanwezigen bij het overlijden.

Tabel 4-17 Aanwezigen bij het overlijden, Brussel, 2007				
	Thuis	Ziekenhuis	Rusthuis	Totaal
Verpleegster	25,0 %	79,4 %	81,8 %	73,6 %
Partner, familie of vrienden	77,1 %	48,1 %	28,3 %	46,6 %
Arts	18,8 %	61,1 %	9,1 %	43,6 %
Andere	10,4 %	5,3 %	9,1 %	6,8 %
Niemand	8,5 %	1,1 %	3,1 %	2,7 %
Bron: ZrL, VUB, Death and the city, 2009				

De langere levensduur, de ontwikkeling van de palliatieve zorgen en de frequentie van de sterfgevallen in een instelling hebben de medische begeleiding aan het einde van het leven gewijzigd. Deze begeleiding is specifiek voor elke patiënt en houdt soms moeilijke ethische keuzes in, vooral wanneer ze zich voordoet na een lange chronische ziekte. In dezelfde studie hebben de onderzoekers de behandelende artsen ondervraagd over de medische beslissingen die aan het einde van het leven worden genomen. Op basis van deze resultaten werd een schatting gemaakt van de frequentie van de verschillende specifieke

beslissingen bij alle Brusselse sterfgevallen in 2007. In 40 % van de gevallen is het overlijden onverwachts opgetreden, waardoor een medische interventie onmogelijk was. In 38 % van de gevallen (en dus in bijna 2/3 van de verwachte overlijdens) werd de dood voorafgegaan door een of meerdere beslissingen rond het levenseinde. 15 % van deze beslissingen werd genomen met de uitdrukkelijke intentie om het leven van de patiënt te beëindigen (wat niet betekent dat de patiënt of zijn omgeving bij de beslissing werd betrokken) ; in 5,4 % van de sterfgevallen werd een dodelijke substantie toegediend.

Tabel 4-18 Schatting van de medische beslissingen omtrent het levenseinde, Brussel, 2007		
	Geschat aantal sterfgevallen in Brussel in 2007	% van alle sterfgevallen
Onverwacht overlijden (geen medische beslissing omtrent het levenseinde mogelijk)	4 340	40,5
Verwacht overlijden, geen medische beslissing omtrent het levenseinde	2 259	21,1
Verwacht overlijden, medische beslissing omtrent het levenseinde	4 117	38,4
Intensivering van de pijnstillende en/of symptomatische behandelingen	2 193	20,5
rekening houdend met de eventuele verminderde kans op overleven	1 895	17,7
met expliciete intentie om de dood te bespoedigen	298	2,8
Stopzetting van de therapie	1 357	12,7
rekening houdend met de eventuele verminderde kans op overleven	499	4,7
met expliciete intentie om de dood te bespoedigen	858	8,0
Toediening van dodelijke substanties	583	5,4
euthanasie	125	1,2
zonder expliciete vraag van de patiënt	458	4,3
Totaal	10 716	100,0
Bron: ZrL, VUB, Death and the city, 2009		

Referenties

- (1) Haelterman E., De Spiegelaere M., Masuy-Stroobant G. Perinatale gezondheidsindicatoren in het BHG 1998-2004. Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, 2007.
- (2) De Gauquier K., Remacle A. Prenatale zorg in België in 2005. Een studie van de het Inter mutualistisch Agentschap. Inter mutualistisch Agentschap, 2007.
- (3) Lodewyckx K., Peeters G., Spitz B., Blot S., Temmerman M., Zhang W. et al. Nationale richtlijn prenatale zorg. Een basis voor een klinisch pad voor de opvolging van zwangerschappen. KCE, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 2004.
- (4) Larroque B., Ancel P.Y., Marret S., Marchand L., Andre M., Arnaud C. et al. Neurodevelopmental disabilities and special care of 5-year-old children born before 33 weeks of gestation (the EPIPAGE study): a longitudinal cohort study. *Lancet* 371[9615], 813-820, 2008.
- (5) Gulbis B., Cotton F., Ferster A., Ketelslegers O., Dresse M.F., Ronge-Collard E. et al. Neonatal haemoglobinopathy screening in Belgium. *J Clin. Pathol.* 62[1], 49-52, 2009.
- (6) Gulbis B., Cotton F., Hansen V., Ferster A., Toppet M., Cochaux P. et al. Prévention des hémoglobinopathies à Bruxelles: une nécessité? *Revue Médicale de Bruxelles* 22[3], 133-140, 2001.
- (7) ONE, Office de la Naissance et de l'Enfance. Rapport de la Banque de données médico-sociales 2005-2006. Dossier spécial: la prématurité. ONE, Office de la Naissance et de l'Enfance, 2007.
- (8) Kind en Gezin. Jaarverslag 2007, 2008.
- (9) Kind en Gezin. Het kind in Vlaanderen 2007, 2007.
- (10) Banque de données médico-sociales de l'ONE. Rapport 2004. Dossier spécial: Allaitement. ONE, Office de la Naissance et de l'Enfance, 2005.
- (11) Kind en Gezin. Het Kind in Vlaanderen 2006. Kind en Gezin, 2006.
- (12) Hamlyn B., Brooker S., Oleinikova K., Wands S. Infant feeding survey. TSO, 2002. London.
- (13) Lernout T., Sabbe M. Surveillance van infectieziekten bij kinderen in België - Jaar 2007. WIV, IPH/EPIREPORTS, Nr. 2008-30, 2008.
- (14) Crowcroft N.S., Pebody R.G. Recent developments in pertussis. *Lancet* 367[9526], 1926-1936, 2006.
- (15) Swennen B., Robert E. Onderzoek naar de vaccinatietoestand van kinderen van 18 tot 24 maanden in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. december 2006, 2006
- (16) Hanquet G., Lernout T., Verhaegen S. Épidémiologie des infections invasives à pneumocoque suite à l'introduction du vaccin conjugué en Belgique, WIV conferentie 2007.
- (17) ONE. Rapport annuel 2007. ONE, Office de la Naissance et de l'Enfance, 2008.
- (18) Michaud P.A., Alvin P., Deschamps J.P., Frappier J.Y., Marcelli D., Tursz A. La santé des adolescents, Approches, soins, prévention, 1997.
- (19) Vereecken C.A., Maes L., De Bacquer D. The influence of parental occupation and the pupils' educational level on lifestyle behaviors among adolescents in Belgium. *Journal of Adolescent Health* 34[4], 330-338, 2004.
- (20) Tyas S.L., Pederson L.L. Psychosocial factors related to adolescent smoking: a critical review of the literature. *Tobacco Control* 7[4], 409-420, 1998.
- (21) de Peretti G., Beck F., Legleye S. Sorties en discothèques et usage de substances psychoactives: exploitation d'une enquête représentative menée auprès des lycéens. *Psychotropes* 9[3-4], 163-184, 2003.
- (22) Leclerc A., Kaminski M., Lang T. Inégaux face à la santé, 2008.
- (23) Deboosere P., Demarest S., Lorant V., Miermans P.-J., Portet M.I., Van Oyen H. Sociaal-Economische Enquête 2001. Monografieën. Gezondheid en mantelzorg. FOD Economie, K.M.O., Middenstand en Energie ; DWTC, Federale Diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele aangelegenheden, 2006.
- (24) Belgian Cancer Registry. Cancer Incidence in Belgium 2004-2005, 2008.
- (25) Desmarais D. Détresse psychologique et insertion sociale des jeunes adultes. Un portrait complexe, une responsabilité collective. Les Publications du Québec, 2000.
- (26) Mirowsky J., Ross C.E. Age and Depression. *Journal of Health and Social Behavior* 33[3], 187-205, 1992.
- (27) Chen P.H., White H.R., Pandina R.J. Predictors of smoking cessation from adolescence into young adulthood. *Addictive Behaviors* 26[4], 517-529, 2001.

- (28) Haut Comité de la Santé Publique. La santé en France. Rapport Général. Haut Comité de la Santé Publique, 2002.
- (29) Haut Comité de la Santé Publique. La santé en France. Rapport Général. Haut Comité de la Santé Publique, 2009.
- (30) Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. Armoede en (ver)ouderen. Brussels armoederapport 2008. Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, 2008.
- (31) Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, Thuiswonen na je 65ste: Atlas van de behoeften en de actoren in Brussel, Brussel, 2007, Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.
- (32) KBS-FRB, Seminarie. Het debat over de vergrijzingsproblematiek bij allochtonen. Koning Boudewijnstichting, 2007.
- (33) Versporten A., Bossuyt N., Meulenbergs L., Baro F., Van Oyen H. The incidence of dementia: relationship with educational attainment. Archives of Public Health 63[6], 279-293, 2005.
- (34) Ferri C.P., Prince M., Brayne C., Brodaty H., Fratiglioni L., Ganguli M. et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. Lancet 366[9503], 2112-2117, 2006.
- (35) Cohen J., Deliens L., Houttekier D., Chambaere K., Bilsen J., Deboosere P. Death and the city. Een verkennend onderzoek van de zorg aan het levenseinde en de plaats van sterven in het Brussels Hoofdstedelijk, 2009.
- (36) Houttekier D., Cohen J., Bilsen J., Deboosere P., Verduyck P., Deliens L. Determinants of the place of death in the Brussels Metropolitan Region. Journal of Pain and Symptom Management 37[6], 996-1005, 2009.

Deel V: Aanbod en consumptie van zorg

Zoals in de vorige hoofdstukken werd vastgesteld, is de gezondheidszorg slechts een van de vele gezondheidsbepalende factoren. Dat neemt niet weg dat het aanbod en het gebruik van de gezondheidszorg integraal deel uitmaken van een gezondheidsbeleid en belangrijke factoren zijn voor wat de toegang tot de zorg betreft.

In een recente studie (1) stelt het RIZIV dat – na correctie voor leeftijd, geslacht en sociale status – voor de Brusselaars, de jaarlijkse gemiddelde uitgave per rechthebbende € 42 minder bedraagt dat het gemiddelde voor het hele land. Er blijven wel regionale bijzonderheden bestaan: in het

Brussels Gewest wordt minder beroep gedaan op thuiszorg, heeft men minder vaak een GMD, maar wordt vaker een beroep gedaan op een specialist, tandverzorging, rusthuizen en ziekenhuizen dan in de rest van het land.

Zorgaanbod en –consumptie is een zeer uitgebreid onderwerp en slechts enkele sectoren worden in dit hoofdstuk behandeld: de huisartsen, de preventieve raadplegingen voor kinderen, de ziekenhuizen en de bejaardenopvang.

1. De gezondheidswerkers

Het is in België niet eenvoudig om na te gaan hoeveel gezondheidswerkers actief zijn. Een antwoord geven op de vraag “Hoeveel huisartsen zijn er actief in het Brussels Gewest?” is bijvoorbeeld minder eenvoudig dan het op het eerste zicht lijkt. Gelet op de uitdagingen op het vlak van gezondheid in het Brussels Gewest wordt nochtans opnieuw bevestigd hoe belangrijk de eerstelijnszorg is en de beleidsmakers beschikken niet over concrete elementen om hun beoogde gesprekspartners te kunnen identificeren^[1].

Bij gebrek aan een echt kadaster van gezondheidswerkers is het momenteel moeilijk om

- te weten of de persoon werkelijk actief is in de eerstelijnszorg: het is immers mogelijk dat sommige artsen gestopt zijn met werken, geëmigreerd zijn, zich gespecialiseerd hebben, in een ziekenhuis werken,...

Bovendien zou het interessant zijn om hun prestaties in termen van voltijdse equivalenten (VTE) te kennen. Deze informatie is momenteel niet automatisch beschikbaar;

- te weten waar de persoon werkt: bij het RIZIV is bijvoorbeeld alleen het contactadres bekend dat zowel professioneel als privé kan zijn. Bovendien zijn sommige artsen op verschillende plaatsen professioneel actief. De verdeling per gewest is met andere woorden geen weerspiegeling van de medische praktijk.

Hieronder wordt een overzicht gegeven van het aantal en de evolutie van het aantal geregistreerde gezondheidswerkers, ongeacht of ze **actief of niet-actief** zijn (bronnen: RIZIV, BISA)^[2]. Deze tabel omvat dus een zeer heterogene bevolking wat hun activiteit betreft.

Tabel 5-01 Evolutie van het aantal actieve en niet-actieve gezondheidswerkers in het Brussels Gewest en in België, 1995-2007										
	Brussels Gewest					België				
	1995	2000	2005	2006	2007	1995	2000	2005	2006	2007
Totaal aantal artsen (1)	5 707	5 953	6 142	6 087	6 134	35 947	39 519	42 176	42 426	42 839
Huisartsen	2 232	2 390	2 351	2 263	2 238	16 515	17 974	18 216	18 027	17 933
Specialisten	2 812	2 883	3 133	3 140	3 210	16 049	18 104	20 372	20 801	21 459
Artsen-stagiairs	663	680	658	684	686	3 383	3 441	3 588	3 598	3 447
Apothekers (2)	1 253	1 379	1 499	1 516	1 549	9 499	10 724	11 882	12 109	12 305
Tandartsen (2)	1 153	1 260	1 219	1 224	1 194	7 852	8 465	8 655	8 714	8 350
Vroedvrouwen (2)	293	251	259	268	275	4 026	4 508	5 300	5 467	5 505
Verplegers (2)	3 860	3 006	3 282	3 343	3 002	48 639	55 406	64 191	65 952	62 700

(1) naargelang contactadres

(2) naargelang werkplek

Bron: RIZIV, BISA

1

De identificatie van de actieve artsen is noodzakelijk, bijvoorbeeld om de toegang tot het beroep te plannen, om over een noemer te beschikken voor de evaluatie van de spreiding van de instrumenten ter herwaardering van de huisartsenkunde (hulp bij hun vestiging, accreditatie, GMD, zorgtrajecten,...), om het gecoördineerde thuisverblijf te organiseren, enz.

2

Voor meer informatie over de criteria die zijn gebruikt, verwijzen we naar het methodologische deel van hoofdstuk 14 van de Statistische indicatoren van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, editie 2007, BISA.

Sinds 2005 denkt de dienst Onderzoek, Ontwikkeling en Kwaliteitspromotie van het RIZIV na over de manier waarop de activiteit van artsen het best geschat kan worden. In het jaarverslag 2007 van het RIZIV (2) zijn de criteria waarmee rekening wordt gehouden om een arts als **actief** te

beschouwen, “500 contacten en meer per jaar” of “actief in een wijkgezondheidscentrum” (dit betreft zowel erkende als niet-erkende artsen; artsen in opleiding zijn niet begrepen). Op basis van het contactadres wordt de volgende verdeling per gewest verkregen^[3].

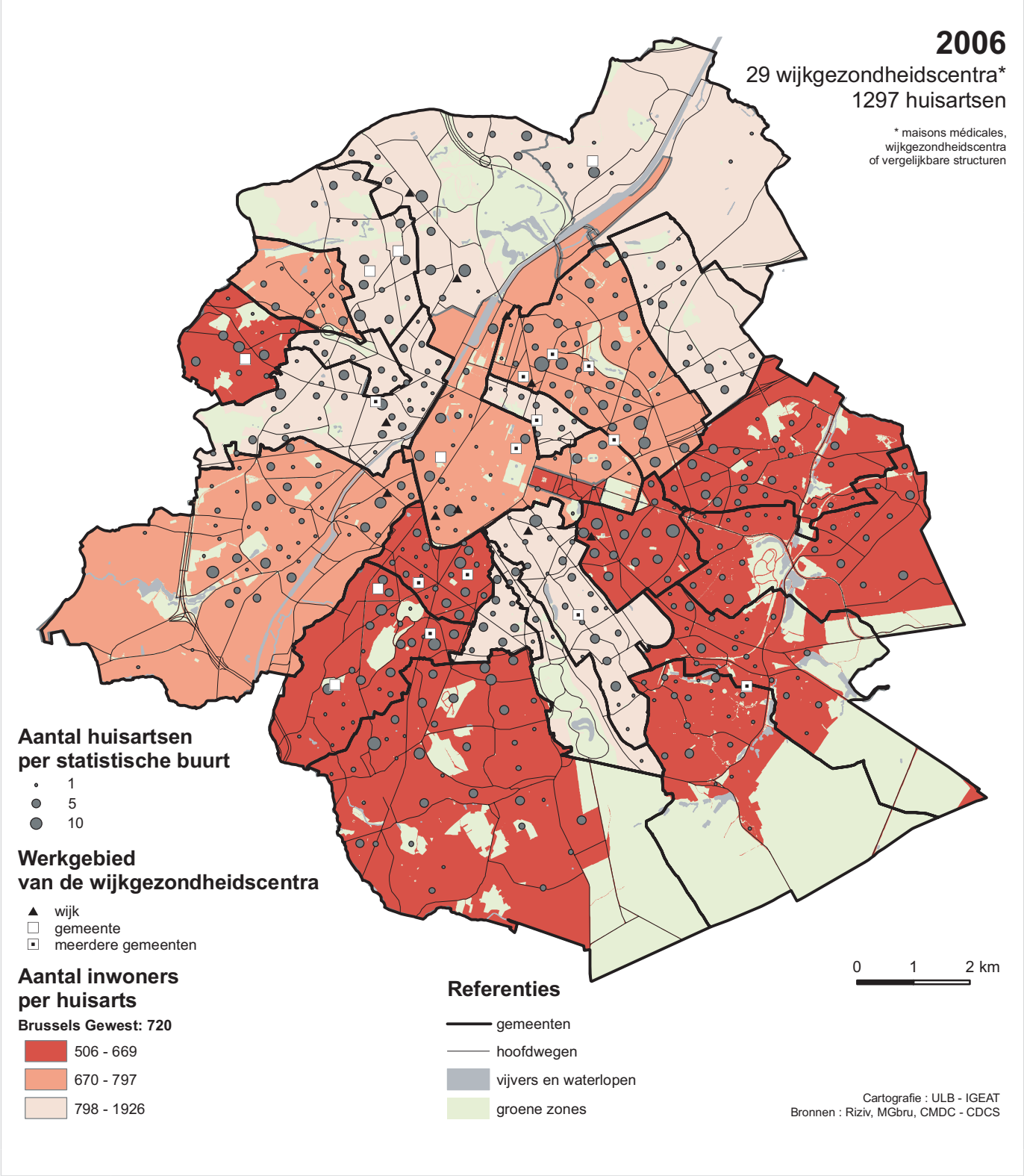
Tabel 5-02 Evolutie van het aantal actieve huisartsen per gewest, 2005-2007				
	Brussels Gewest	Wallonië	Vlaanderen	Totaal
2005	1 191	4 086	6 112	11 389
2006	1 184	4 033	6 106	11 323
2007	1 171	3 992	6 122	11 285
Bron: RIZIV				

In 2006 raamde het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn het aantal artsen dat een algemene medische activiteit uitoefent in het Brussels Gewest op 1 297, op basis van een vergelijking van verschillende databanken: de RIZIV-lijst 2006 van “actieve” artsen, de lijst van Franstalige huisartsen (beschikbaar op de website www.mgbru.be) en het jaarboek van de artsen die zijn aangesloten bij de Orde van geneesheren. Deze raming ligt dus dicht in de buurt van die van het RIZIV, en beide zijn een stuk lager dan de cijfers opgenomen in tabel 5-01.

3 Bron: antwoord van het RIZIV op de parlementaire vraag nr. S-4-2163 gesteld aan de FOD op 16/12/2008.

Wat de **ruimtelijke spreiding** van de huisartsen in het Brussels Gewest betreft, zien we een grotere concentratie van artsen in het zuiden van het gewest en in Sint-Agatha-Berchem.

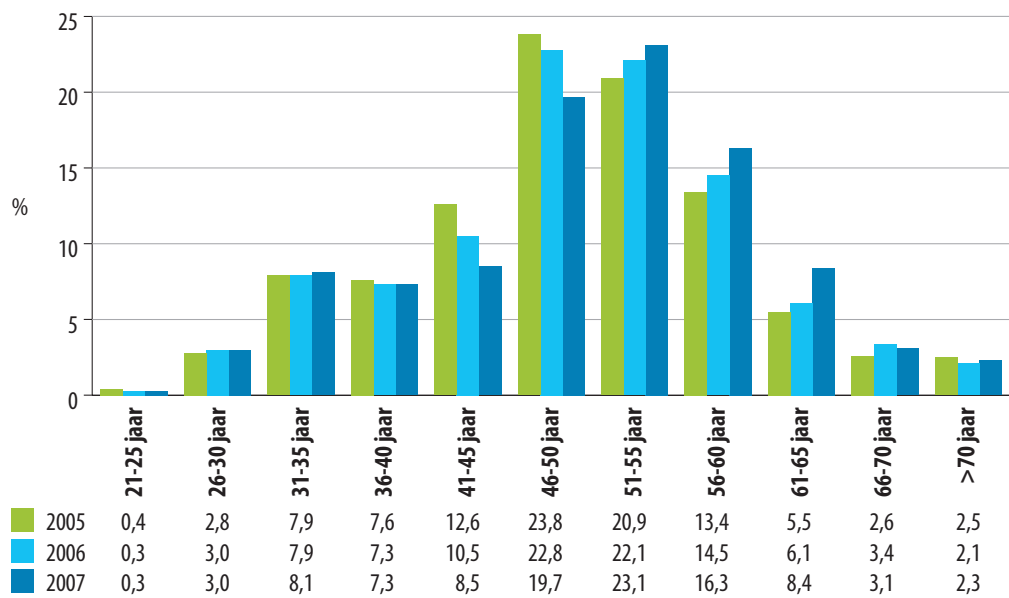
Kaart 5-01 Actieve huisartsen in het Brussels Gewest, 2007



Volgens het RIZIV bedroeg het **aandeel vrouwelijke actieve huisartsen** 34,5 % in 2007 (tegenover 33,8 % in 2005). Dit is meer dan in het Waals Gewest (28,8 %) en in Vlaanderen (28,3 %) (Bron: RIZIV). Dit is belangrijke informatie aangezien vrouwelijke artsen minder vaak voltijds tewerkgesteld zijn ^[4].

Wat de **leeftijdsverdeling** betreft, wordt een vergrijzing van het beroep vastgesteld in het Brussels Gewest.

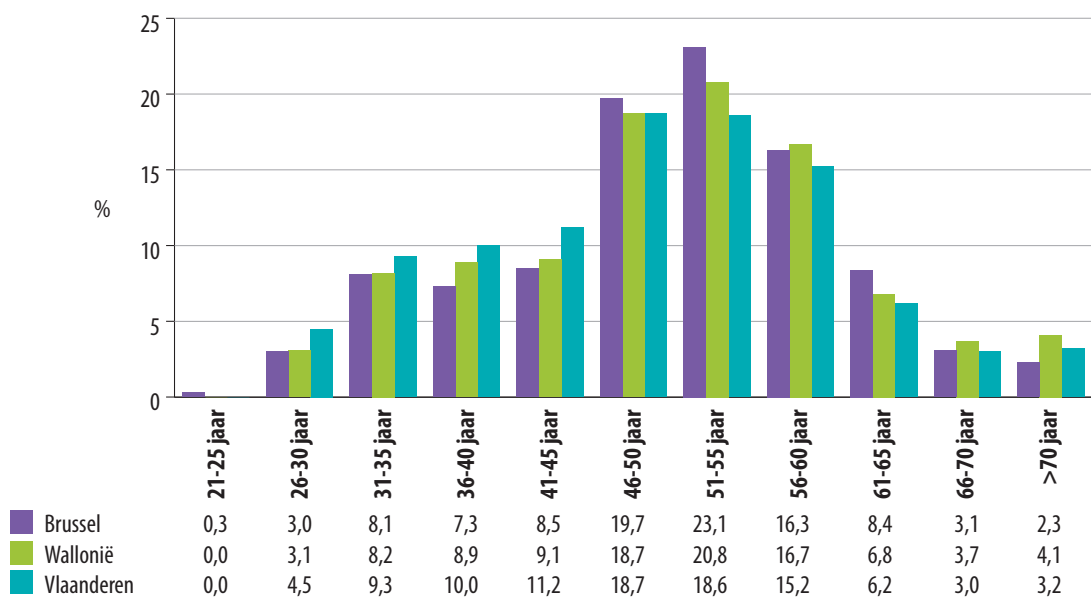
Figuur 5-01 Evolutie van de verdeling van actieve huisartsen naar leeftijd, Brussel, 2005-2007



Bron: RIZIV

Als we enkel rekening houden met de voltijds actieve artsen, bedroeg de gemiddelde leeftijd in 2005 50 jaar in Brussel, tegenover 49 jaar in Wallonië en 48 jaar in Vlaanderen (RIZIV 2007).

Figuur 5-02 Verdeling van de actieve huisartsen naar leeftijd en gewest, 2007



Bron: RIZIV

Meer dan een derde van de ongeveer 1 300 in het Brusselse gewest actieve huisartsen zijn vrouwen.

4 86 % van de voltijds actieve artsen in 2005 zijn mannen (RIZIV 2007).

2. Bezoek aan de preventieve structuren van het Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) en van Kind en Gezin (K&G)

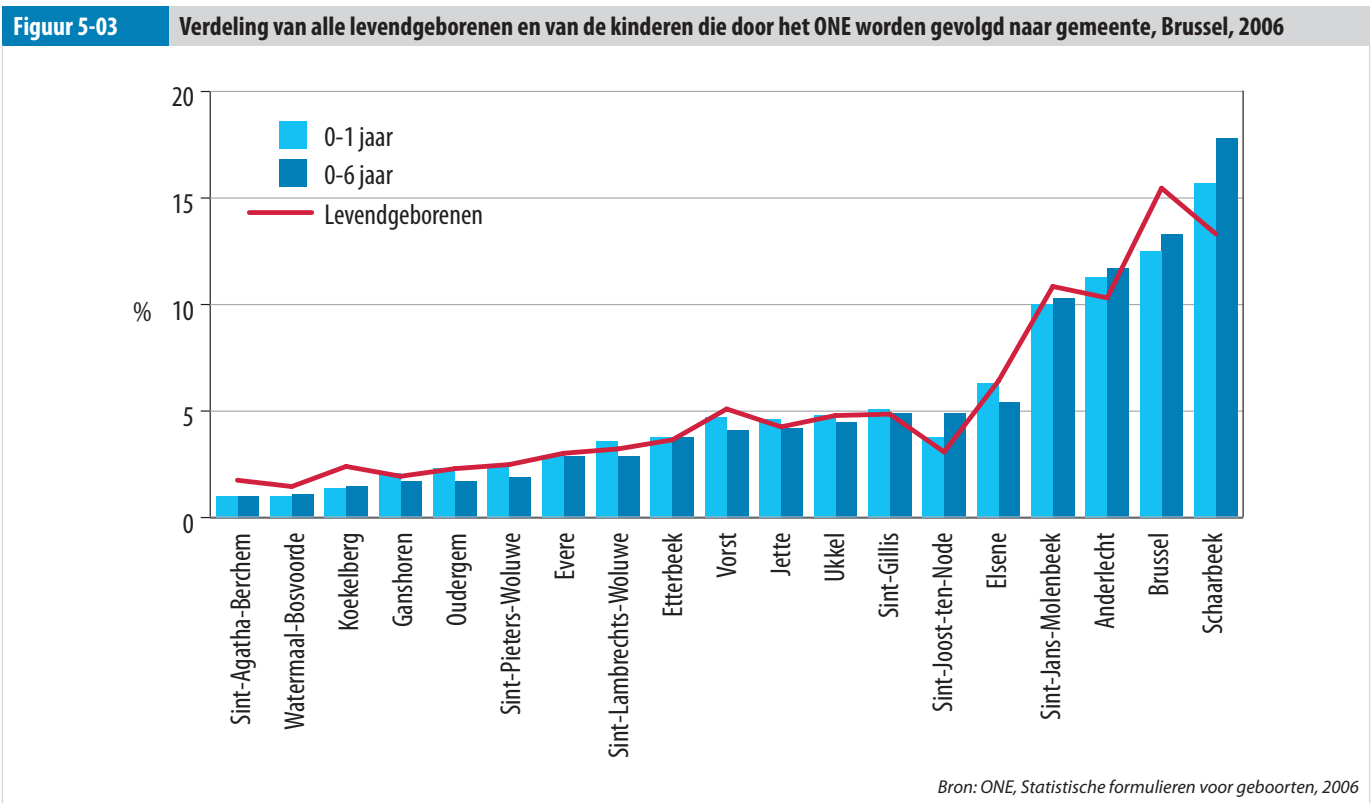
Het ONE en K&G spelen een belangrijke rol in de toegang tot de zorg doordat ze zwangere vrouwen en kinderen tot 6 jaar een medische en sociale opvolging waarborgen die, hoewel men deze opvolging wil beperken tot preventie, eveneens een bron van informatie, aanwijzingen en tips is voor ouders van jonge kinderen. Hier wordt enkel aandacht besteed aan de opvolging bij de raadplegingen voor kinderen; de opvolging in opvangtehuizen en kinderdagverblijven werd niet opgenomen.

In 2006 waren er in het Brussels Gewest 84 consultatiebureaus voor kinderen van het ONE, verdeeld over de 19 gemeenten. Het aantal consultatiebureaus (niet geïllustreerd) en het aantal opgevolgde kinderen is ongelijk verdeeld over de gemeenten. Het opstarten en verder

zetten van consultaties door het ONE in een gemeente hangt zowel af van kenmerken eigen aan de gemeente (aantal geboorten, socio-economisch niveau), van het aantal beschikbare medisch-sociale werksters, als van het gebruik van de consultatiemogelijkheden door de ouders.

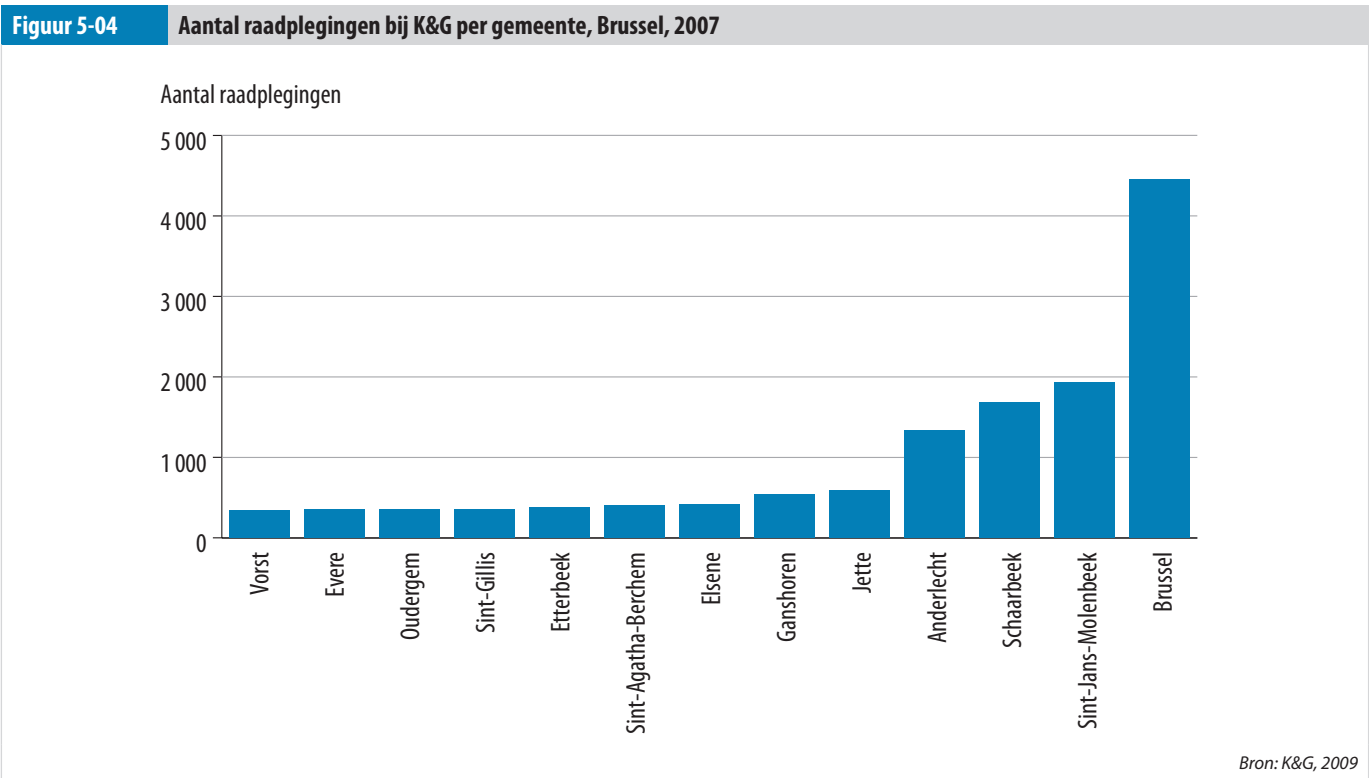
In 2006 waren voor het hele Brussels Gewest 46 923 kinderen ingeschreven voor raadplegingen bij het ONE en werden 131 056 raadplegingen verricht.

In onderstaande figuur wordt de verdeling over de gemeenten weergegeven van het aantal ingeschreven kinderen in 2006. Vier gemeenten zijn goed voor meer dan de helft van de inschrijvingen (Molenbeek, Anderlecht, Brussel en Schaarbeek).

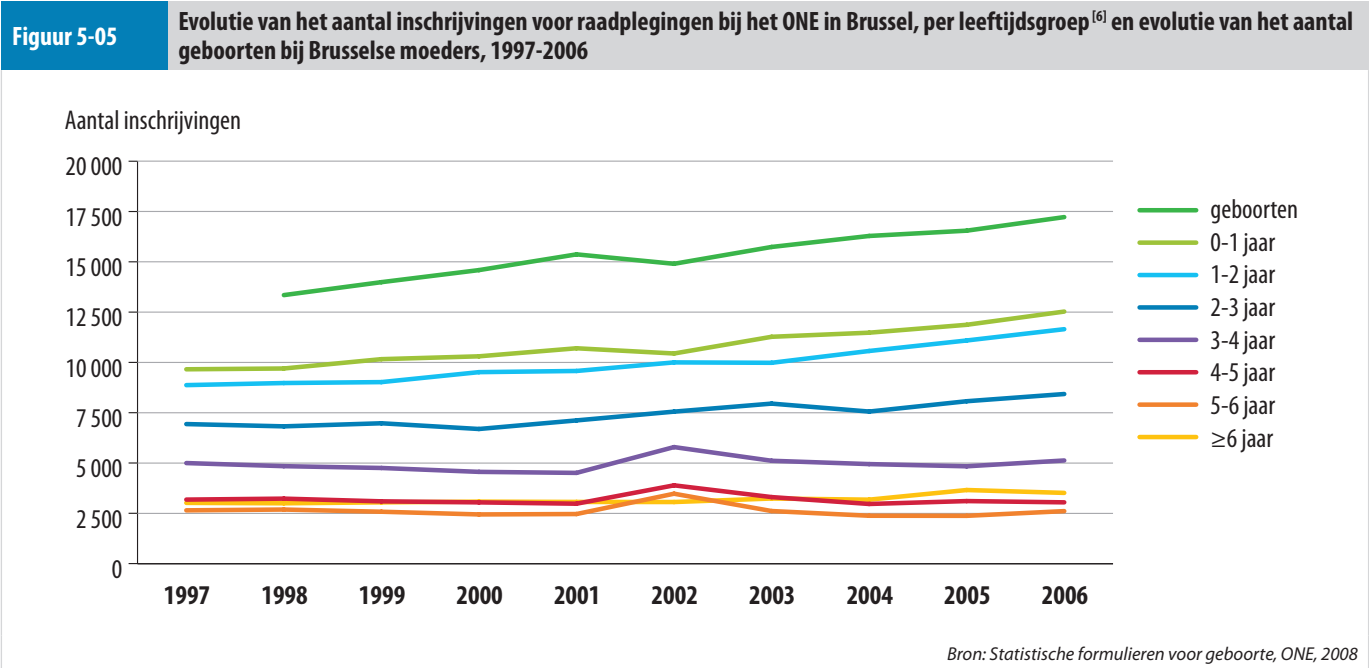


Kind en Gezin had in 2007 21 consultatiebureaus in 13 van de 19 Brusselse gemeenten. Als we het aantal raadplegingen per gemeente bekijken ^[5], zijn het dezelfde vier gemeenten (Brussel, Molenbeek, Schaerbeek en Anderlecht) als bij ONE waar de meeste raadplegingen worden teruggevonden.

Deze vier gemeenten zijn samen goed voor meer dan 70 % van de raadplegingen bij K&G in 2007. In 2007 werden 4 324 kinderen ingeschreven bij K&G in het Brussels Gewest en werden er 13 143 raadplegingen verricht.



Het aantal inschrijvingen voor raadplegingen bij het ONE is de laatste jaren onophoudelijk gestegen, in het bijzonder voor kinderen in hun eerste levensjaren, parallel met de stijging van het aantal geboorten in het Brussels Gewest.

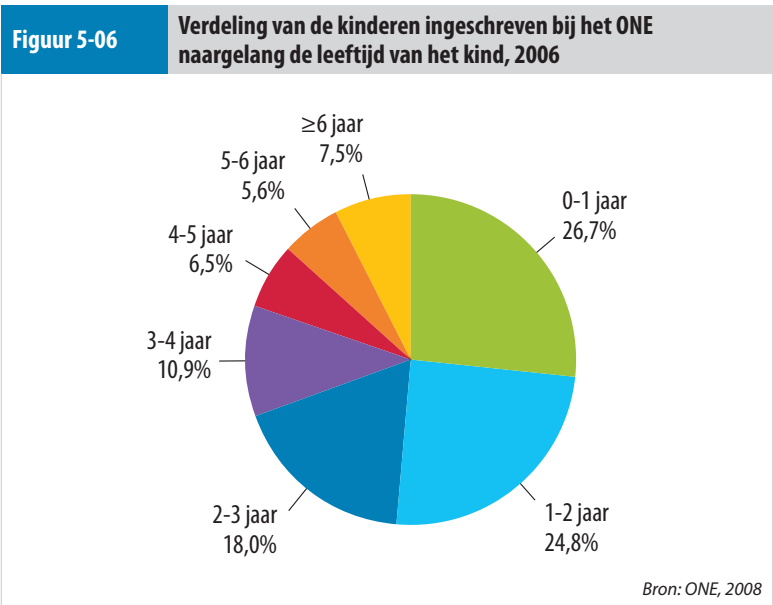


5 We beschikken voor K&G niet over gegevens betreffende het aantal inschrijvingen per gemeente.

6 Opgelet, het betreft hier geen cohorte, maar om het aantal kinderen van verschillende leeftijden in elk jaar.

Hoe ouder de kinderen worden, hoe minder ze op raadpleging komen, hetgeen doet vermoeden dat de ouders de raadplegingen volgen in functie van de vaccinatiekalender, maar ook dat voor schoolgaande kinderen de fakkel waarschijnlijk wordt doorgegeven aan de diensten van de “Promotion de la Santé à l’Ecole”. Ook de ervaring van de ouders speelt hierin mee (hoe ouder het kind, hoe minder de ouders om advies vragen).

Hoewel het aantal ingeschreven kinderen en het aantal sessies (voor raadplegingen gereserveerde dagdelen) zijn gestegen, zien we toch een daling van het aantal raadplegingen, zowel in totaal als per sessie. Dit wordt onder meer verklaard door de hervorming van de raadplegingen vanaf 2002 waarin het aanbevolen aantal raadplegingen voor grotere kinderen daalde en het aantal kinderen per sessie vermindert (van 20 naar 12 kinderen per sessie).



Tabel 5-03	Evolutie van de deelname aan raadplegingen voor kinderen in het Brussels Gewest, ONE, 1997-2006									
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Aantal inschrijvingen	39 335	39 277	39 654	39 662	40 434	44 237	43 495	43 093	45 029	46 923
Aantal raadplegingen	151 068	148 652	148 306	147 488	146 489	150 464	143 526	122 400	126 595	131 056
Aantal sessies	9 488	9 493	9 507	9 420	9 242	9 186	9 261	9 237	9 357	9 655
Gemiddeld aantal kinderen/sessie	15,9	15,7	15,6	15,7	15,9	16,4	15,5	13,3	13,5	13,6

Bron: ONE, 2008

Voor Kind en Gezin zijn het aantal ingeschreven kinderen, het aantal raadplegingen en het aantal sessies gelijkmatig gestegen tussen 2000 en 2007.

Tabel 5-04	Evolutie van de deelname aan raadplegingen voor kinderen in het Brussels Gewest, K&G, 2000-2007							
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Aantal inschrijvingen	3 218	3 274	4 059	3 682	3 860	4 070	4 155	4 324
Aantal raadplegingen	11 540	11 586	12 779	12 269	12 726	13 396	13 543	13 143
Aantal sessies	978	1 013	1 047	1 027	1 045	1 043	1 103	1 132
Gemiddeld aantal kinderen/sessie	11,8	11,4	12,2	11,9	12,2	12,8	12,3	11,6

Bron: K&G, 2009

In 2006 waren in het Brussels gewest ongeveer 51 000 kinderen ingeschreven bij ONE of K&G. Dit aantal neemt gelijkmatig met het aantal geboorten toe.

3. De ziekenhuizen

3.1 HET ZIEKENHUISAANBOD

In België zijn er twee categorieën ziekenhuizen: algemene en psychiatrische ziekenhuizen^[7]. Op 01/07/2009 zijn er 27 ziekenhuizen in Brussel, waarvan 18 algemene ziekenhuizen en 9 psychiatrische ziekenhuizen.

Klassering van de ziekenhuizen (aantal in het Brussels Gewest)

1. Algemene ziekenhuizen

Acute ziekenhuizen:

- niet-universitaire acute ziekenhuizen behandelen een brede waaier aan pathologieën, waaronder psychiatrische (6)
- universitaire ziekenhuizen hebben niet alleen een zorgfunctie maar verzorgen ook opleidingen en verrichten wetenschappelijk onderzoek; ze worden als dusdanig aangeduid bij Koninklijk Besluit en hangen af van een universiteit die over een faculteit geneeskunde beschikt (3)
- algemene ziekenhuizen met een universitair karakter bieden het volledige zorgaanbod aan en beschikken daarnaast over voorzieningen die zijn gericht op samenwerking met universitaire ziekenhuizen op het gebied van opleiding van gezondheidswerkers en van gespecialiseerde zorg (3)

Gespecialiseerde ziekenhuizen behandelen enkel specifieke aandoeningen en staan in voor behandeling en revalidatie (gespecialiseerd in hart- en longziekten, locomotorische aandoeningen, neurologische problemen, palliatieve zorg, chronische ziekten, psychogeriatric...) (1)

Geriatrische ziekenhuizen zijn uitsluitend bedoeld voor specifieke ouderenzorg (5)

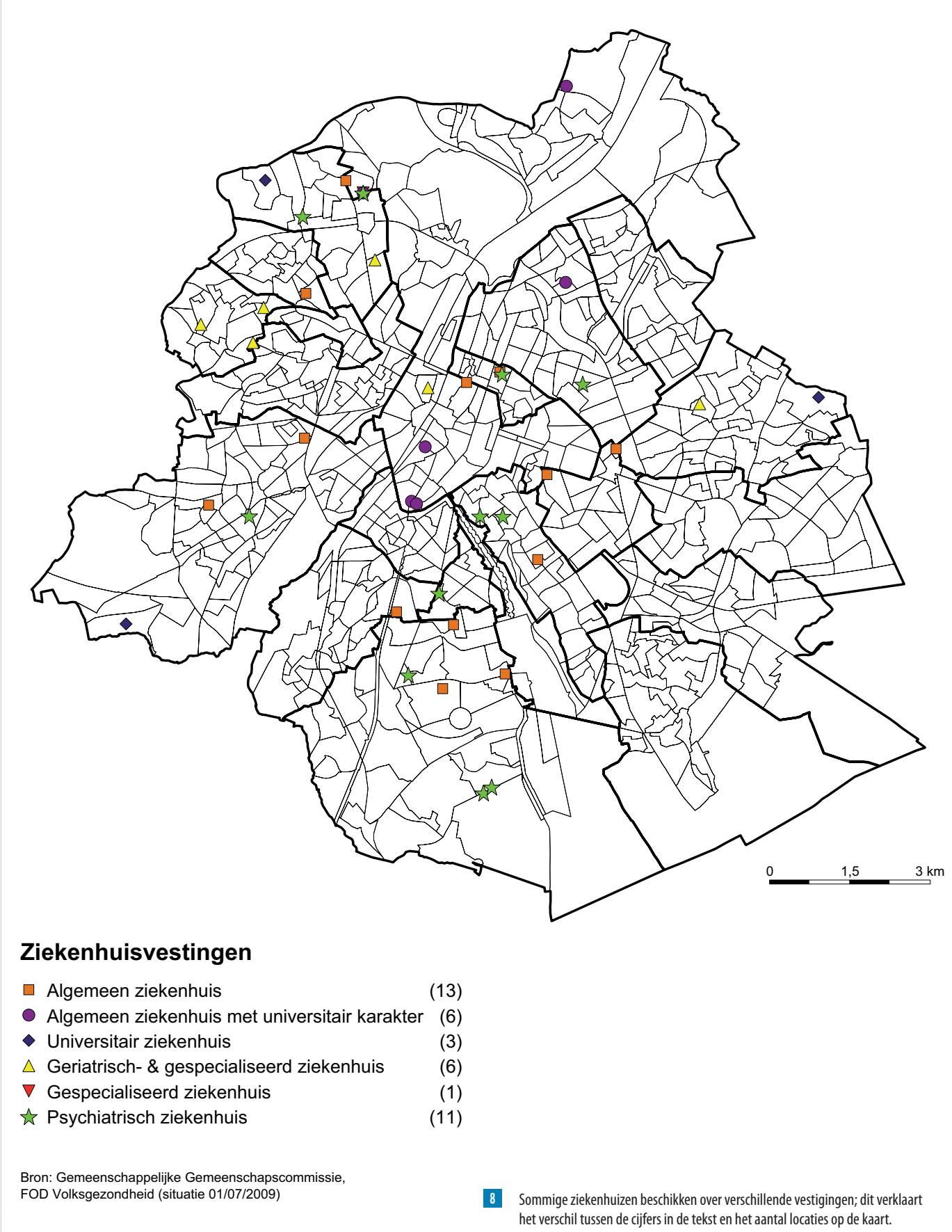
2. Psychiatrische ziekenhuizen

Psychiatrische ziekenhuizen verlenen alle psychiatrische zorg via multidisciplinaire teams (psychiater, psycholoog, ergotherapeut, verpleegkundige, sociaal werker,...) (9)

⁷ Bron: http://www.belgium.be/nl/gezondheid/gezondheidszorg/medische_diensten/ziekenhuizen/index.jsp

Onderstaande kaart geeft de ligging van de verschillende vestigingen^[8] van ziekenhuizen in het Brussels Gewest weer (kaart 5-02).

Kaart 5-02 **Ligging van de algemene en psychiatrische ziekenhuizen (vestigingen) in het Brussels Gewest, 2009**



De programmering van het ziekenhuisaanbod wordt geregeld volgens criteria van de FOD Volksgezondheid; sinds 1982 bestaat er een moratorium die een verdere toename van de ziekenhuissector tegenhoudt en de sluiting

en fusie van eenheden oplegt. In het Brussels Gewest wordt, net zoals in de rest van België, een daling van het aantal ziekenhuizen en van het aantal bedden vastgesteld (tabel 5-05).

Tabel 5-05	Evolutie van het aantal ziekenhuizen* en van het aantal bedden** in de algemene en psychiatrische ziekenhuizen in het Brussels Gewest en in België, 1996-2009 (1 januari)											
	Brussels Gewest						België					
	1996	2001	2005	2006	2007	2009	1996	2001	2005	2006	2007	2009
Algemene ziekenhuizen							Not available					
Aantal ziekenhuizen	35	22	20	21	21	18	224	164	146	147	146	n.a.
privé	20	13	11	12	12	10	138	100	97	98	93	n.a.
openbaar	15	9	9	9	9	8	86	60	49	49	53	n.a.
Aantal bedden	8 249	7 991	8 174	8 161	8 073	7 627	58 382	56 549	55 644	n.a.	55 050	n.a.
Psychiatrische ziekenhuizen												
Aantal ziekenhuizen	10	10	10	10	10	9	70	68	68	68	69	n.a.
privé	9	9	9	9	9	8	59	58	58	58	58	n.a.
openbaar	1	1	1	1	1	1	11	10	10	10	11	n.a.
Aantal bedden	1 109	1 109	1 040	1 040	1 040	1 040	16 767	16 303	15 375	n.a.	15 620	n.a.
TOTAAL												
Aantal ziekenhuizen	45	32	30	31	31	27	294	228	214	215	215	n.a.
privé	29	22	20	21	21	18	197	158	155	156	151	n.a.
openbaar	16	10	10	10	10	9	97	70	59	59	64	n.a.
Aantal bedden	9 358	9 100	9 214	9 201	9 113	8 667	75 149	72 852	71 019	70 609	70 670	n.a.
* Eenheden: aantal ziekenhuizen = aantal hoofdvestigingen												
** Eenheden: aantal bedden = totaal van het aantal bedden van alle vestigingen												
Bron: FOD Volksgezondheid												

Er wordt geen vergelijking gemaakt met de andere gewesten voor wat het aantal bedden per inwoner betreft. Zoals we in het volgende hoofdstuk zullen zien, trekt Brussel namelijk, als gevolg van zijn status van hoofdstedelijk

gewest en door zijn aanbod aan gespecialiseerde zorg, veel patiënten aan uit de andere gewesten: meer dan een derde van de ziekenhuisverblijven in Brussel staat op naam van niet-Brusselaars (3).

3.2 FACTOREN DIE EEN ZIEKENHUISOPNAME BEÏNVLOEDEN

Talrijke elementen, die zowel betrekking hebben op de kenmerken van de bevolking als op de organisatie van de medische zorgen, kunnen een ziekenhuisopname beïnvloeden.

3.2.1 Kenmerken van de bevolking

Demografische evolutie

Tussen 1998 en 2008, zoals reeds in het eerste deel beschreven, evolueert de Brusselse bevolking anders dan die van de rest van het land: het aandeel ouderen is gedaald, terwijl de jongvolwassenen en jonge kinderen sterk toenemen (stijging van het geboortecijfer en daling van het sterftcijfer). De verwachtingen van het Federaal Planbureau voorspellen tegen 2020 een stijging van de bevolking jonger dan 15 jaar (+49 000), van de 65-plussers (+13 000) en van de 80-plussers (+2 000) (4).

Het Brussels Gewest ondergaat ook omvangrijke migratiebewegingen, zowel intern in het land (tussen de gewesten) als internationaal (over de landsgrenzen heen). Hoewel migraties moeilijk te voorspellen zijn, is het toch nuttig aandacht te besteden aan de evolutie van de niet-Belgische Brusselaars, met name in de leeftijdscategorieën die het meest behoefte hebben aan gezondheidszorg; zij kunnen immers andere types gezondheidsproblemen hebben, andere zorgtrajecten, specifieke behoeften inzake interculturele bemiddeling in ziekenhuizen, enz. Uit de socio-economische enquête van 2001 bleek dat er bij de 50-54-jarigen 34 % niet-Belg was bij de geboorte en bij de 80-84-jarigen was dit zowat 13 %. Als men ervan uitgaat dat de evoluties van de levensverwachting en de migratiebewegingen stabiel blijven, krijgt men in 2011 een verschuiving van deze percentages en een belangrijk aandeel immigranten onder de personen die het meest behoefte hebben aan verzorging.

Zoals in voorgaande hoofdstukken al werd vastgesteld, constateert men bij bepaalde ziekten een verandering van de incidentie of prevalentie. Voor een reeks aandoeningen zorgt de verbetering van de medische behandelingen voor een verlenging van de levensduur bij chronisch zieken (zoals bij aids en talrijke kankers) en dus voor een toename van de prevalentie van deze aandoeningen in de bevolking.

Voor een aantal gezondheidsproblemen wordt ook een toename van de incidentie vastgesteld, met name bij geestelijke gezondheidsproblemen en bij problemen verbonden aan de levensstijl (obesitas, diabetes, vroeggeboorten).

Voor een aantal andere gezondheidsproblemen wordt dan weer een daling vastgesteld (longkanker bij mannen).

Al deze evoluties beïnvloeden de hospitalisatiebehoeften.

Sociologische evolutie

De sociologische evolutie heeft een onbetwistbare invloed op de behoeften aan verzorging en het soort verzorging. Kansarmoede en isolement (vaak voorkomend in het Brussels Gewest) verhogen de kans op een ziekenhuisopname en de verblijfsduur in het ziekenhuis. De Brusselse bevolking die thans in de oudere leeftijdscategorieën binnenkomt waar de gezondheidsproblemen het grootst zijn, bevindt zich in een kwetsbaardere situatie dan de huidige oudere bevolking (5). Voor mensen die moeilijke levensomstandigheden hebben gekend gaat de verlenging van de levensverwachting gepaard met een langere periode in slechte gezondheid (6). Ook bij de jongeren wordt een toename genoteerd van de kansarmoede (zie Deel Levensloop) wat hun toekomstige gezondheid zal beïnvloeden.

3.2.2 Factoren die verband houden met de zorg

Attractiviteit van de Brusselse ziekenhuizen

De Brusselaars laten zich zelden verzorgen buiten Brussel. Daarentegen, zo schatte men in een studie uitgebracht in 2004 (MKG 2000 en 2002), kwam 38 % van de verblijven in een Brussels ziekenhuis op rekening van niet-Brusselaars (3). Bijna 2/3 van de niet-Brusselaars kwam uit de rand en onderging gelijkaardige ingrepen als de Brusselaars; 35 % van de opnames van niet-Brusselaars kwamen op rekening van personen uit verder gelegen arrondissementen, voornamelijk van Wallonië. (3; 7). In de MKG 2006 bedraagt het aandeel niet-Brusselaars in de opnames in een Brussels algemeen ziekenhuis 24,8 %.

In 2006 betrof een kwart van de opnames in Brusselse algemene ziekenhuizen patiënten die niet in het Brussels Gewest wonen.

Hoewel het evident lijkt dat preventieve maatregelen bijdragen aan een vermindering van zowel aantal als duur van de hospitalisaties (bijvoorbeeld door preventie van dehydratie bij kinderen of van ondervoeding bij oudere mensen), kunnen ze soms ook leiden tot een toename. Een Franse studie voorspelt op die manier bijvoorbeeld een verhoging van de ziekenhuisopnames als gevolg van de opsporing van colorectale kanker (8).

Een verbeterde behandeling draagt eveneens vaak bij tot een vermindering van de ziekenhuisopnames, maar anderzijds voorziet men bijvoorbeeld een verhoging van het aantal ziekenhuisopnames wegens bloedingen die te maken hebben met de verbetering van de behandeling van cardiovasculaire ziekten (nevenwerkingen van de geneesmiddelen). Eveneens in dit verband zullen kankerbehandelingen, die talrijker, efficiënter maar ook zwaarder worden, de duur van de ziekenhuisopname verlengen en draagt een toename van het aantal keizersnedes bij tot een verlenging van de verblijven in de kraamafdeling.

Evolutie van de organisatie van de zorg

Verskillende factoren beïnvloeden de ziekenhuisopname: de respectieve plaatsen van de eerstelijnszorg en de ziekenhuizen ^[9] in het zorgcontinuüm, het gebruik van ambulante zorg (dagziekenhuis), de ontwikkeling van de thuiszorg en de palliatieve zorgen buiten het ziekenhuis; de culturele en financiële toegankelijkheid van deze zorgen buiten het ziekenhuis, enz.

Wat de **eerstelijnszorg** betreft, raadpleegt de Brusselse bevolking het minst vaak een huisarts en beschikt ze het minst vaak over een Globaal Medisch Dossier (Nationale Gezondheidsenquête 2004), hoewel op dit vlak de laatste jaren een positieve evolutie aan de gang is.

De **thuiszorg** is nog onvoldoende ontwikkeld: de gemiddelde uitgaven voor thuiszorg zijn 2,7 maal lager in Brussel dan in Vlaanderen en 2,1 maal lager dan in Wallonië. Een van de redenen ligt waarschijnlijk in de moeilijkheid om dit soort verzorging in het Brussels Gewest te coördineren: institutionele moeilijkheden, moeilijkheden met betrekking tot het naast elkaar bestaan van verschillende netwerken, enz. De oprichting van de Geïntegreerde Diensten voor Thuiszorg (bicommunautaire GDT, opgericht in 2008) en de regelmatige werking van het Platform eerstelijnszorg/thuiszorg zijn bedoeld om deze coördinatie te verbeteren. De projecten van alternatieve zorg en ondersteuning voor zorg, gefinancierd door het RIZIV in het kader van het derde protocolakkoord betreffende de ouderenzorg, zijn eveneens initiatieven die op termijn de ziekenhuisopnames van deze personen zouden moeten beperken.

Brusselaars consulteren minder vaak een huisarts, beschikken minder vaak over een GMD, en maken minder gebruik van thuiszorg dan de inwoners van de twee andere gewesten.

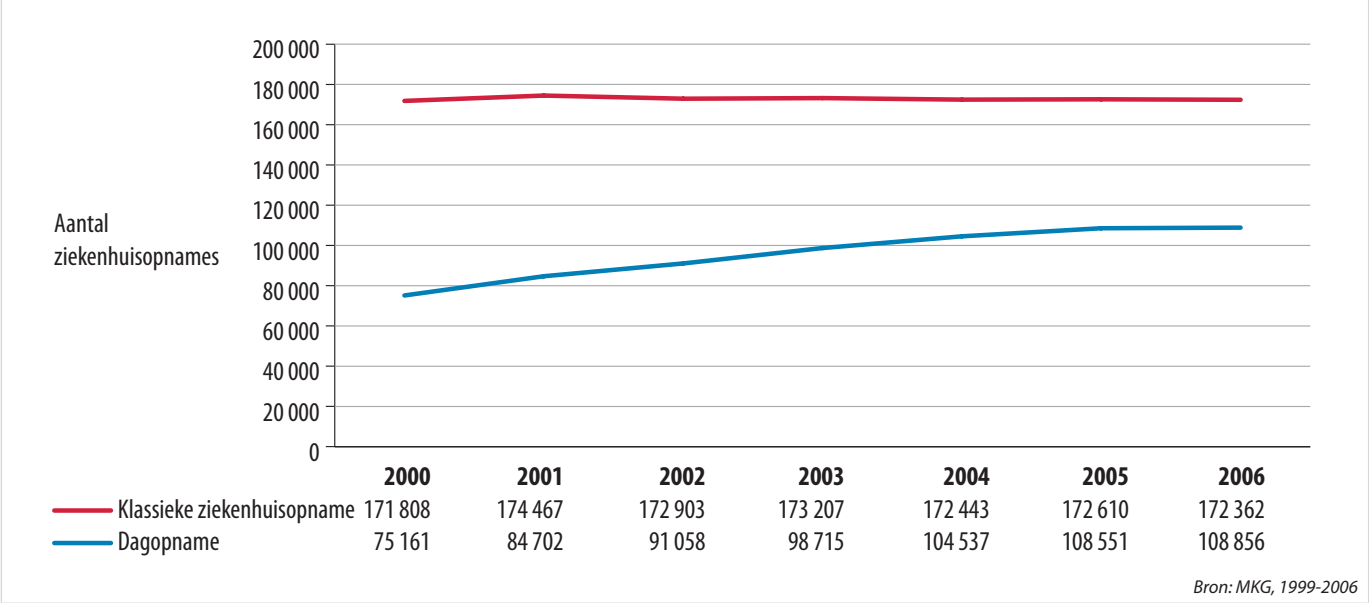
3.3 KENMERKEN VAN DE ZIEKENHUISVERBLIJVEN

De Minimale Klinische Gegevens ^[10] (MKG, zie Deel VI Bronnen en methodologische toelichting) laten toe verschillende kenmerken van de ziekenhuisverblijven te analyseren. Onderstaande analyses zijn uitgevoerd op basis van de gegevens van de jaren 2000 tot 2006; ze betreffen enkel de gehospitaliseerde Brusselaars (opgenomen in een Brussels ziekenhuis of elders).

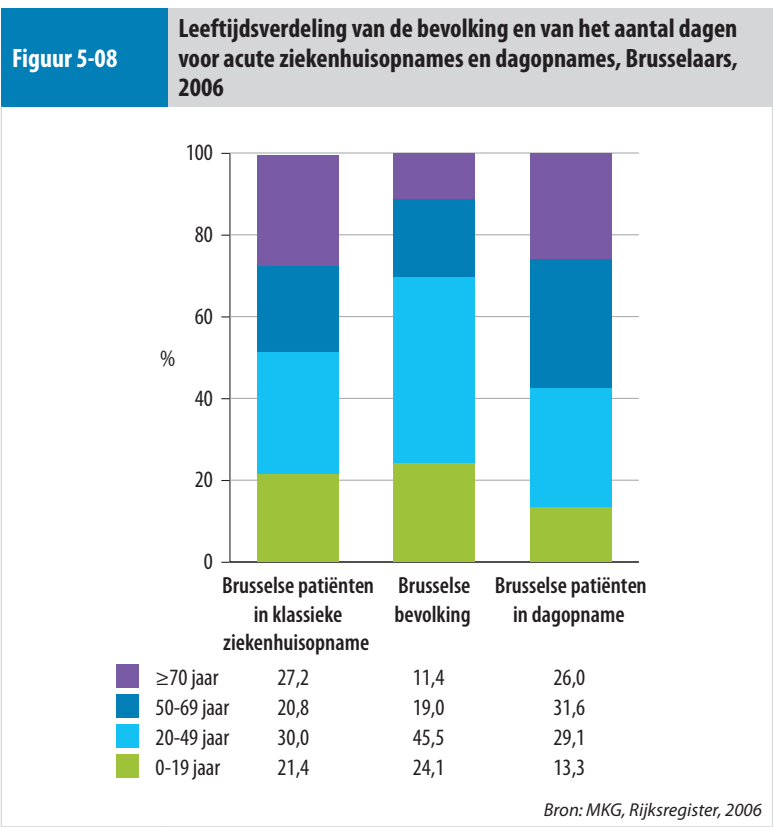
3.3.1 Klassieke ziekenhuisopname en dagopname

Van 1999 tot 2006 is het aantal klassieke ziekenhuisverblijven (verblijven met minstens 1 overnachting) stabiel gebleven, terwijl het aantal dagopnames significant is gestegen. Het totaal aantal opnames in een ziekenhuis is dus toegenomen tussen 1999 en 2006.

Figuur 5-07 Evolutie van het aantal klassieke en dagopnames van Brusselaars, 1999 tot 2006



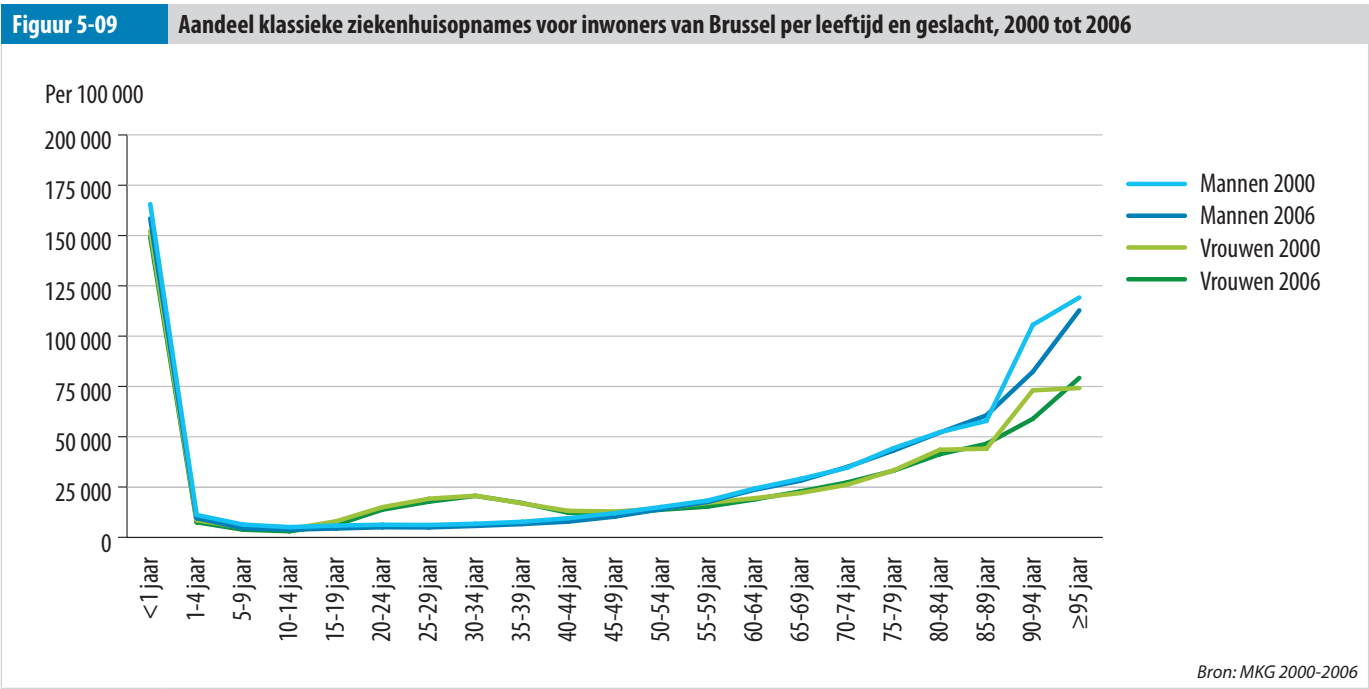
De **spreiding van het aantal dagen ziekenhuisverblijf naar leeftijd** verschilt naargelang het gaat om een klassieke opname of om een dagopname; ze verschilt eveneens van de leeftijdsverdeling van de Brusselse bevolking. De 70-plussers, die 11 % van de Brusselse bevolking uitmaken, vertegenwoordigen 27 % van de klassieke ziekenhuisopnames en 26 % van de dagopnames. De 50-69-jarigen, die 19 % van de Brusselse bevolking uitmaken, vertegenwoordigen 32 % in de dagopnames (figuur 5-08).



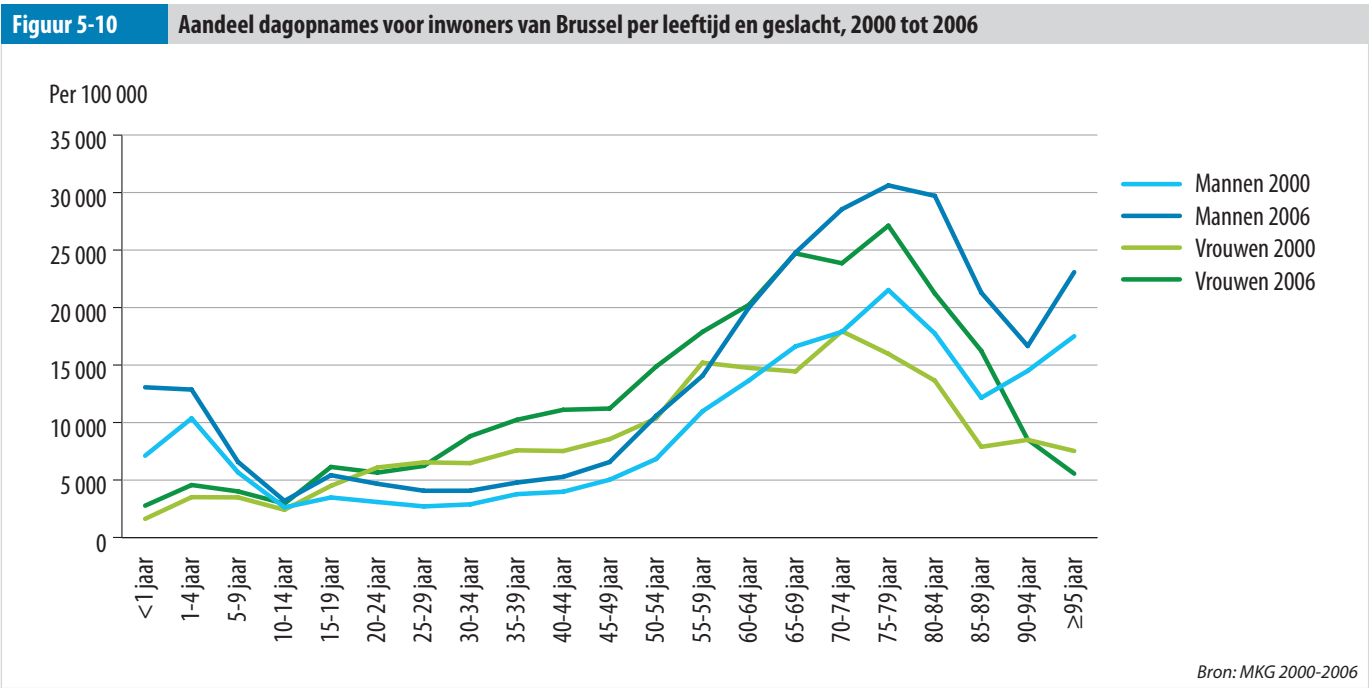
10 De FOD Volksgezondheid beheert de databank van de registraties van de algemene ziekenhuizen: voor elke ziekenhuisopname van meer dan 24 u wordt een MKG opgemaakt waarin de belangrijkste informatie over elk ziekenhuisverblijf wordt opgenomen.

Gezien de gegevens van ziekenhuisverblijven voor een geboorte worden meegeteld, wordt er bij kinderen jonger dan 1 jaar een erg hoog aandeel **klassieke hospitalisaties** geteld (figuur 5-09). Ook de stijging bij vrouwen tussen 20 en 40 jaar is hoofdzakelijk te wijten aan bevallingen. Vanaf 50 jaar zijn de aandelen bij mannen hoger.

Tussen 2000 en 2006 is het aantal klassieke ziekenhuisopnames in Brussel lichtjes gedaald voor de mannen en de vrouwen van 85 jaar en ouder.

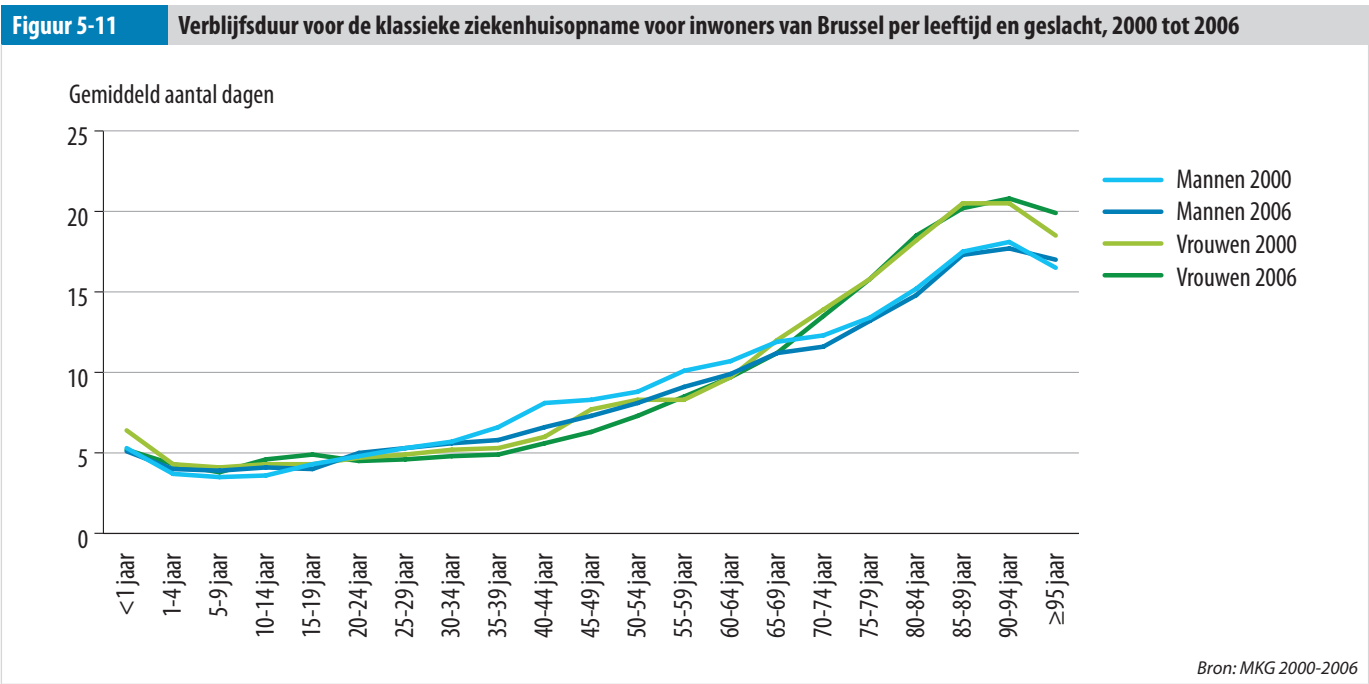


Het **aandeel dagopnames** stijgt daarentegen significant tussen beide periodes voor beide geslachten en voor alle leeftijdscategorieën (behalve voor vrouwen ouder dan 95 jaar).



3.3.2 Duur van het verblijf

De evolutie van de verblijfsduur tijdens de periode 2000-2006 vertoont een lichte daling van het gemiddeld aantal ziekenhuisdagen voor volwassen mannen en vrouwen, met een sterkere daling bij de mannen dan bij de vrouwen. De evolutie van het aantal klassieke hospitalisaties en de duur van het verblijf laten, zonder bijkomende informatie, niet toe te besluiten dat er zich een verschuiving heeft voorgedaan van een klassieke opname van korte duur naar daghospitalisatie.



4. Zorg en woonvoorzieningen voor ouderen

4.1 BELEIDSOPTIES

De bevoegdheden op het gebied van ouderenzorg zijn in België verdeeld over de verschillende beleidsniveaus. Om tot een samenhangend ouderenbeleid te komen werd binnen de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid – samengesteld uit vertegenwoordigers van de federale overheid, de Gemeenschappen en Gewesten en de verschillende administraties – een interkabinettenwerkgroep (IKW) “ouderenzorg” opgericht.

De beleidsopties die deze IKW uitstippelde, werden vertaald in drie protocolakkoorden tussen de betrokken overheden (1997, 2003 en 2005). Centraal hierin staat het aanbieden van een aangepaste verzorging en verzorgingsondersteuning van de oudere en het ontwikkelen van alternatieve verzorgingsvormen. De oudere zo lang mogelijk in zijn of haar thuisomgeving laten wonen, vormt een van de prioriteiten.

Het zorgaanbod voor ouderen in Brussel gaat vandaag dan ook van een ambulante zorgverlening (die het ouderen mogelijk moeten maken om thuis te blijven wonen) tot residentiële zorgvoorzieningen (waar de verzorging volledig in handen genomen wordt door een instelling). Steeds meer worden intermediaire oplossingen verkozen waar een evenwicht wordt gezocht tussen zorg en autonomie, in de vorm van alternatieve woonformules zoals groepswonen, serviceflats (zie verder in 4.3.1) of kangoeroewoningen^[11].

4.2 THUISHULP EN THUISZORG

Er bestaat een breed gamma aan gezondheids- en welzijnsdiensten die het mogelijk maken dat Brusselse ouderen zolang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. Dit aanbod wordt door verschillende overheden georganiseerd en ondersteund. Dit thema was in 2007 het onderwerp van de uitgebreide studie van het observatorium in samenwerking met het CMDC_CDSCS “Thuiswonen na je 65ste. Atlas van de behoeften en de actoren in Brussel” (www.observatbru.be). Het aanbod werd benaderd vanuit 24 mogelijke behoeften van de ouderen.

Dit aanbod wordt georganiseerd door 404 zeer diverse actoren: ziekenfondsen, lokale dienstencentra, sociale diensten van gemeente of het OCMW, wijkgerichte organisaties, socio-culturele verenigingen, PWA's, parochies, wijkgezondheidscentra,...

11 De term “kangoeroe” verwijst naar de buidel van een kangoeroe waarin het kleine buideldier zich veilig en beschermt voelt. Concreet gaat het om oudere personen die zich installeren op het gelijkvloers van een woning terwijl een jong koppel of gezin de rest van de woning inneemt (L’habitat kangourou, Question-santé, 2007) (te downloaden op www.questionsante.be).

Ondanks het uitgebreide, gevarieerde en goed gespreide aanbod worden verschillende behoeften nog onvoldoende beantwoord of is het aanbod te weinig toegankelijk. Dit is in het bijzonder het geval voor het nachtelijk toezicht waarvan de kostprijs erg hoog blijft.

Voor sommige behoeften moeten drempels worden weggewerkt die de toegankelijkheid van de dienstverlening hinderen (taal, financiële drempels, administratieve rompslomp). Algemeen kan de coördinatie tussen de diensten en het respect van de keuzevrijheid van de ouderen beter.

4.3 WOONVOORZIENINGEN

4.3.1 Diversiteit aan woonformules

Wanneer het voor een oudere niet meer mogelijk is om alleen thuis te blijven wonen bestaan er tal van woonformules die aangepast zijn aan de gezondheidstoestand en mate van onafhankelijkheid van de oudere (RVP, 2009 (9)). Deze formules gaan van residentiële voorzieningen waar men dag en nacht dienstverlening geniet in de instelling, tot semi-residentiële voorzieningen waar men enkel gedurende een deel van de dag (’s nachts of overdag) dienstverlening geniet.

Het **Rustoord voor bejaarden** (ROB) is een openbare of private instelling voor zestigplussers die er permanent verblijven. Het verstrekt logies maar ook collectieve diensten, hulp in het dagelijks leven en indien nodig verpleging en paramedische zorgen. De ouderen die er verblijven zijn licht tot matig zorgbehoevend.

Het **Rust- en Verzorgingstehuis** (RVT) is een ROB dat een aantal verzorgingsbedden telt. Deze bedden zijn bestemd voor zeer afhankelijke senioren met een grotere zorgbehoefte. Sommige tehuizen hebben een afdeling die geschikt is voor gedesoriënteerde personen.

Kortverblijf is gericht op het verzekeren van de materiële, affectieve en psychologische veiligheid van bejaarden tijdens een kort verblijf in een rust- of verzorgingstehuis voor bejaarden. Het verblijf kan enkele dagen tot meerdere weken duren.

Serviceflats zijn alternatieve woonformules die de laatste jaren meer en meer ontwikkeld worden. Ze bevatten kenmerken van verschillende woonformules en zijn dan ook moeilijk in een categorie onder te brengen. De flats bevinden zich in een of meer gebouwen die samen een functioneel geheel vormen. Het biedt een aangepaste individuele woongelegenheid voor zestigplussers die zelfstandig leven, waar de bewoners naargelang hun behoeften gebruik kunnen maken van een aantal collectieve diensten en uitrustingen (maaltijden, huishoudhulp,

paramedische diensten, animatie enz.). Op die manier vormt het een intermediaire oplossing voor ouderen die in zekere mate onafhankelijk willen blijven, maar niet helemaal zelfstandig thuis kunnen blijven wonen. Een **dagcentrum** biedt gedurende de dag niet-medisch onthaal aan valide zestigplussers.

Een **dagverzorgingscentrum** is verbonden aan een rusthuis of rust- en verzorgingstehuis en vangt gedurende de dag zestigplussers op met een verminderde autonomie en zorgt ervoor dat deze autonoom kunnen blijven of weer worden. Zo kunnen zij zo lang mogelijk in hun eigen omgeving blijven en daar indien nodig verzorgd worden. Het dagverzorgingscentrum voorziet indien nodig tevens een therapeutische en sociale omkadering.

4.3.2 Aanbod in Brussel

Het **semi-residentiële aanbod** beperkt zich tot 10 dagcentra die dagopvang aanbieden aan 170 personen. 9 van deze centra zijn dagverzorgingscentra die naast opvang ook diverse verzorging aanbieden.

Het **residentiële aanbod** is sterker uitgebouwd. Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest telde eind 2008 197 residentiële ouderenvoorzieningen, goed voor een capaciteit van 16 745 bedden. 176 rusthuizen ^[12] staan in voor een capaciteit van 15 502 bedden. De 21 serviceflatgebouwen vullen dit residentiële aanbod aan met 1 243 flats of appartementen voor 1 of 2 personen ^[13].

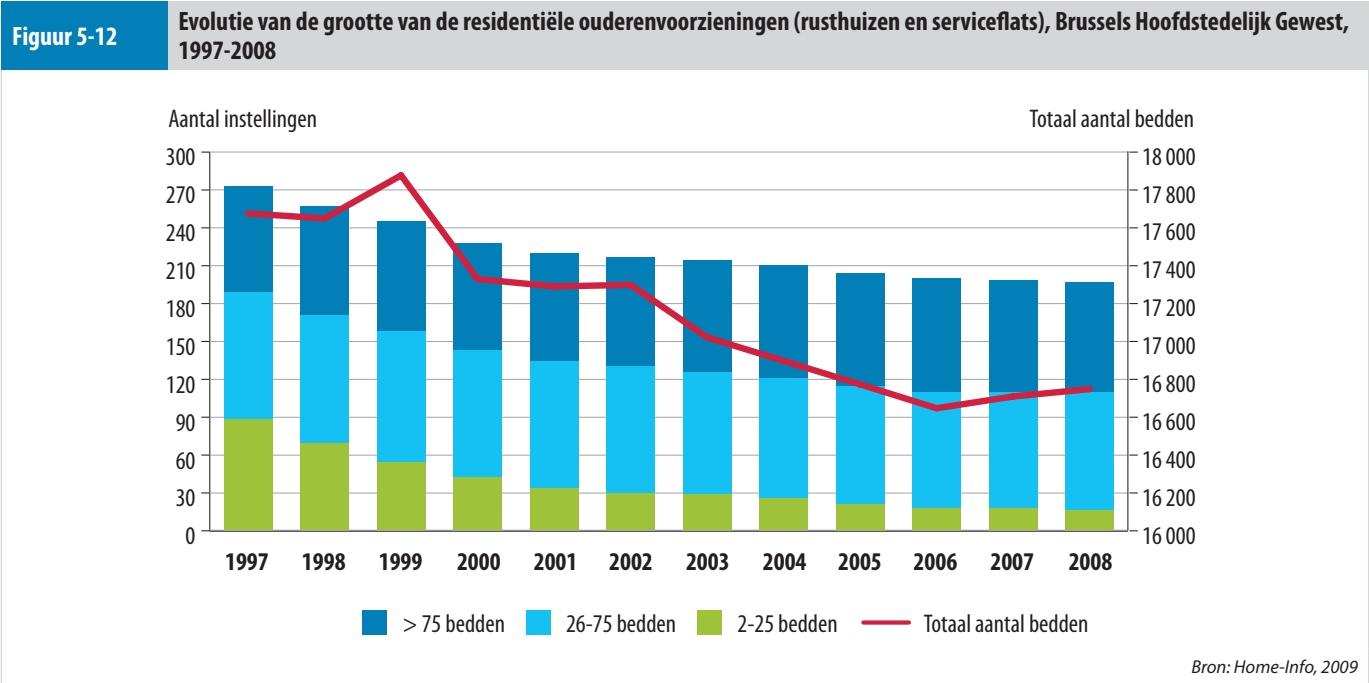
Evolutie van het residentiële aanbod

Het residentiële aanbod is in de loop van het voorbije decennium gestaag afgenomen (figuur 5-12), zowel voor wat het aantal instellingen als het aantal bedden betreft. In vergelijking met 1997 telt het aanbod aan residentiële ouderenvoorzieningen in 2008 76 instellingen en 927 bedden minder.

De grote afname van het aantal rusthuizen (-84 rusthuizen, -976 bedden) wordt gedeeltelijk gecompenseerd door een toename van het aantal serviceflats (+8 serviceflats, +49 bedden). De daling lijkt sinds enkele jaren te stabiliseren, sinds 2006 stellen we zelfs opnieuw een stijging van het totaal aantal bedden vast (10).

Het zijn vooral de kleinere instellingen die zijn verdwenen. Waar het totale aanbod afneemt, blijft het aantal middelgrote en grote rusthuizen en servicewoningen stabiel. Het aantal kleine instellingen neemt daarentegen sterk af van 88 tot 16. Bijgevolg neemt ook de proportie kleine instellingen af: waar in 1997 nog een derde (32 %) van de rusthuizen en verzorgingswoningen een capaciteit van 2 tot 25 bedden hadden, is dit in 2008 afgenomen tot een kleine minderheid (8 %).

Het aandeel van de grote rusthuizen en serviceflats (> 75 bedden) is sterk gestegen van 31 % naar 44 % van het totale residentiële aanbod.



¹² We gebruiken de kortere term “rusthuizen” om het geheel van ROB’s en RVT’s aan te duiden. Wanneer dit zinvol is wordt de opsplitsing naar ROB en RVT gemaakt.

¹³ Infor-Homes Bruxelles asbl wijst op de moeilijkheid om het exact aantal bedden in serviceflats te kennen, aangezien deze structuren een zekere souplesse hanteren op het vlak van onthaal (flats en/of appartementen die geschikt zijn om een of twee personen te huisvesten). Infor-Homes kiest er voor om rekening te houden met het aantal kamers en niet met het aantal bedden waarover de instellingen beschikken.

Het residentiële aanbod heeft de laatste tien jaren een afname gekend door het verdwijnen van een groot aantal kleinere instellingen. Deze afname werd gedeeltelijk gecompenseerd door een toename van het aantal serviceflats.

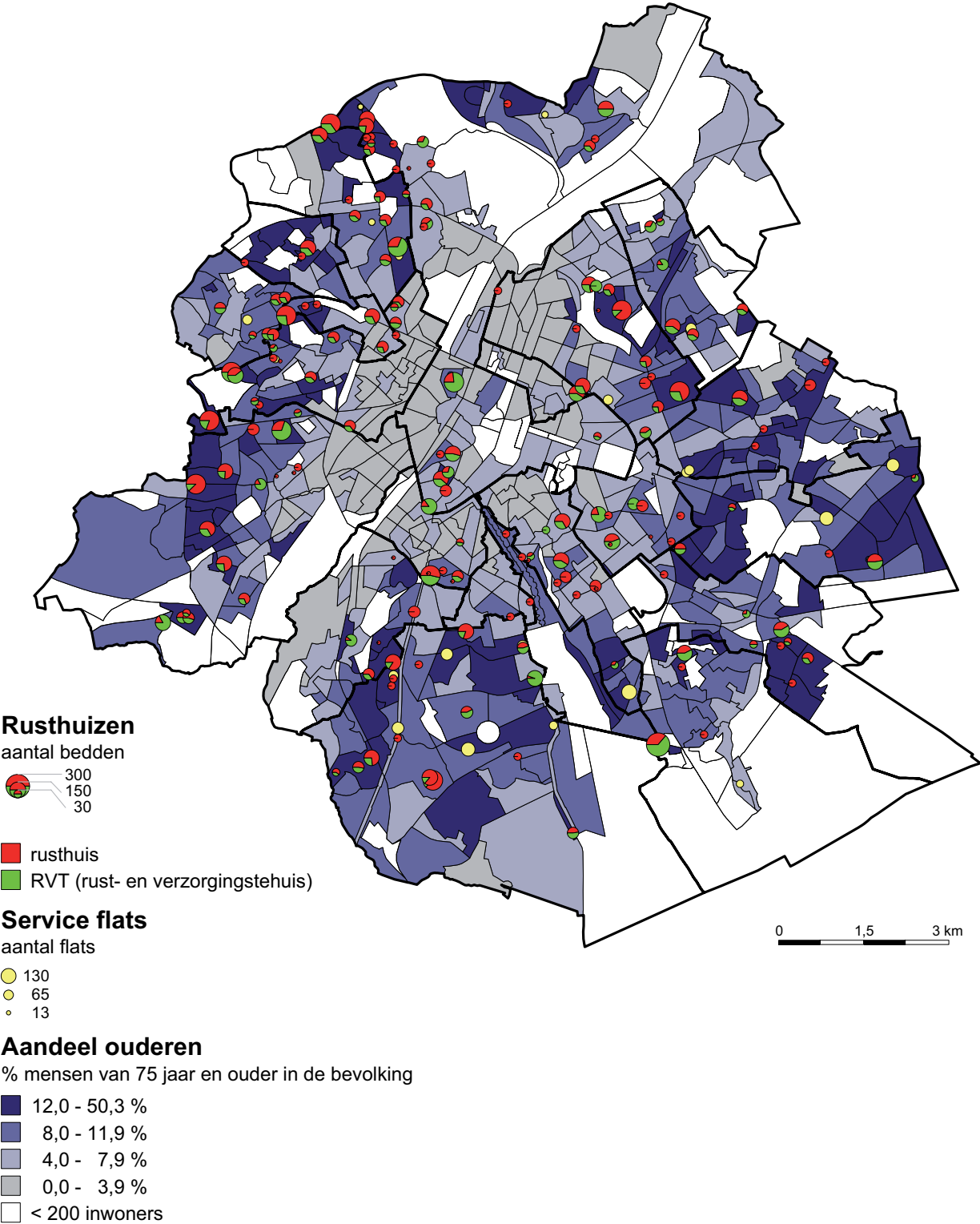
Verspreiding van het aanbod over het Brussels Gewest

De kaart 5-03 geeft de ruimtelijke spreiding van de residentiële ouderenvoorzieningen op het Brusselse terrein weer ten opzichte van de verspreiding van de oudere bevolking.

De ouderen zijn relatief het sterkst oververtegenwoordigd in de tweede kroon. In de binnenstad en de 19^{de} eeuwse gordel zijn de proporties ouderen daarentegen over het algemeen relatief laag. In de dichtbevolkte buurten in de meest achtergestelde zones van het Brussels Gewest wonen – ondanks het klein aandeel in de totale bevolking – toch een groot absoluut aantal ouderen (Atlas Thuiswonen na je 65ste, 2007, p. 23).

Kaart 5-03

Aandeel ouderen van 65 jaar en ouder en residentiële ouderenvoorzieningen (rusthuizen en service-flats) in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 2009



0 1,5 3 km

Brussels Gewest: 10,1 %

Bron: Home-Info 2009, ADSEI Rijksregister 2007

Het beperkt aantal serviceflats (21) ligt bovendien geconcentreerd in een aantal gemeenten. De helft van de gemeenten beschikt niet over serviceflats, de gemeente Ukkel heeft dan weer een kwart van al de serviceflats op haar grondgebied.

De ruimtelijke verspreiding van de rusthuizen lijkt de proportionele aanwezigheid van 65 plussers in de bevolking goed te weerspiegelen. Naast een aantal grote ouderenvoorzieningen binnen de vijfhoek, vinden we de meeste rusthuizen immers terug in de tweede kroon (kaart 5-03).

Wanneer we echter rekening houden met de bevolkingsdichtheid – en dus het absoluut aantal ouderen – zien we dat de inplanting van rusthuizen niet volledig overeenstemt met de werkelijke spreiding van ouderen. Vooral de afwezigheid van rusthuizen in de dichtbevolkte wijken van de meest achtergestelde zone van het Brussels Gewest, waar toch een groot absoluut aantal ouderen woont, valt sterk op. Andersom zien we de inplanting van een groot aantal rusthuizen in wijken met een klein absoluut aantal

ouderen (bijvoorbeeld Ukkel, Watermaal-Bosvoorde en Oudergem). De inplanting van een groot aantal instellingen in het westen van de tweede kroon (maar bijvoorbeeld ook in Etterbeek, het zuiden van Elsene en het westen van Sint-Lambrechts-Woluwe) komt tenslotte overeen met een grote (proportionele en absolute) aanwezigheid van een oudere bevolking. Dit gezegd zijnde staat het mensen natuurlijk vrij een rusthuis te kiezen buiten de eigen gemeente en is de grootte van dit fenomeen onbekend.

In het Brussels Gewest is er gemiddeld een rusthuisbed beschikbaar voor tien 65 plussers. In de gemeenten Sint-Joost-ten-Node (1 bed voor 13 personen), Vorst (1 bed voor 15 personen), Ganshoren (1 bed voor 17 personen), Sint-Pieters-Woluwe (1 bed voor 19 personen) en Sint-Lambrechts-Woluwe (1 bed voor 23 personen) ligt dit aanbod lager dan het gewestelijk gemiddelde. Brussel-Stad, Sint-Jans-Molenbeek en Watermaal-Bosvoorde scoren beter met een rusthuisbed voor respectievelijk zeven, zeven en acht 65 plussers.

Tabel 5-06 Aantal rusthuisbedden per gemeente, Brussel, 2009					
Gemeente	65 jaar en meer (1/01/2008)	% 65+ in de gemeente	Aantal rusthuis- bedden (juni 2009)	bedden/ 65+	65+ / bed
Anderlecht	15 695	16 %	1 573	0,10	9,98
Oudergem	5 424	18 %	491	0,09	11,05
Sint-Agatha-Berchem	3 590	17 %	419	0,12	8,57
Brussel	18 586	12 %	2 414	0,13	7,70
Etterbeek	5 283	12 %	615	0,12	8,59
Evere	5 997	17 %	506	0,08	11,85
Vorst	7 124	15 %	473	0,07	15,06
Ganshoren	4 552	21 %	270	0,06	16,86
Elsene	9 037	11 %	841	0,09	10,75
Jette	7 666	17 %	901	0,12	8,51
Koekelberg	2 710	14 %	324	0,12	8,36
Sint-Jans-Molenbeek	11 110	13 %	1 619	0,15	6,86
Sint-Gillis	4 537	10 %	461	0,10	9,84
Sint-Joost-ten-Noode	1 958	8 %	147	0,08	13,32
Schaarbeek	12 830	11 %	1 460	0,11	8,79
Ukkel	14 682	19 %	1 525	0,10	9,63
Watermaal-Bosvoorde	4 616	19 %	554	0,12	8,33
Sint-Lambrechts-Woluwe	9 013	18 %	392	0,04	22,99
Sint-Pieters-Woluwe	7 635	20 %	400	0,05	19,09
Brussels Gewest	152 045	15 %	15 385	0,10	9,88
				Minder bedden dan gemiddeld	
				Meer bedden dan gemiddeld	

Bron: Home-Info, Infor-Home en rijksregister 2008

Conversie van ROB-bedden naar RVT-bedden

De laatste jaren evolueren rusthuizen meer en meer naar rust- en verzorgingstehuizen door middel van een reconversie van ROB-bedden naar RVT-bedden. Deze reconversie werd vastgelegd binnen de protocolakkoorden (zie eerder) en past binnen de idee om enkel nog de zwaarst zorgbehoevende personen residentieel op te vangen. Voor minder zwaar zorgbehoevende senioren worden semi-residentiële en ambulante alternatieven gestimuleerd. Ook het uitbreiden van het aanbod serviceflats past binnen dit idee.

Waar in 1996 ^[14] de overgrote meerderheid van de instellingen (88 %) uitsluitend ROB-bedden aanboden, is dit aandeel in 2008 teruggelopen tot 39 % (69 instellingen met een capaciteit van 3 248 bedden). De meerderheid van de instellingen (59 %) functioneert vandaag als ROB dat eveneens RVT-bedden aanbiedt (104 instellingen met een totale capaciteit van 12 045 bedden). De overige 2 % van de instellingen bieden uitsluitend RVT-bedden (209 bedden). Het aandeel RVT-bedden neemt sinds 1997 voortdurend toe, en bedroeg in 2008 36 % (5 515 bedden) van het totale aanbod.

Institutioneel en administratief kader

De grote meerderheid van de residentiële ouderenvoorzieningen komen uit de private sector. 73 % van de Brusselse rusthuizen zijn private instellingen (goed voor 63 % van de bedden), 12 % wordt beheerd door een vzw (13 % van de bedden). 15 % van de rusthuizen (25 %

van de bedden) maken deel uit van de publieke sector en worden beheerd door een OCMW. Het aandeel van de publieke sector in het aantal bedden is dus groter dan het aandeel instellingen.

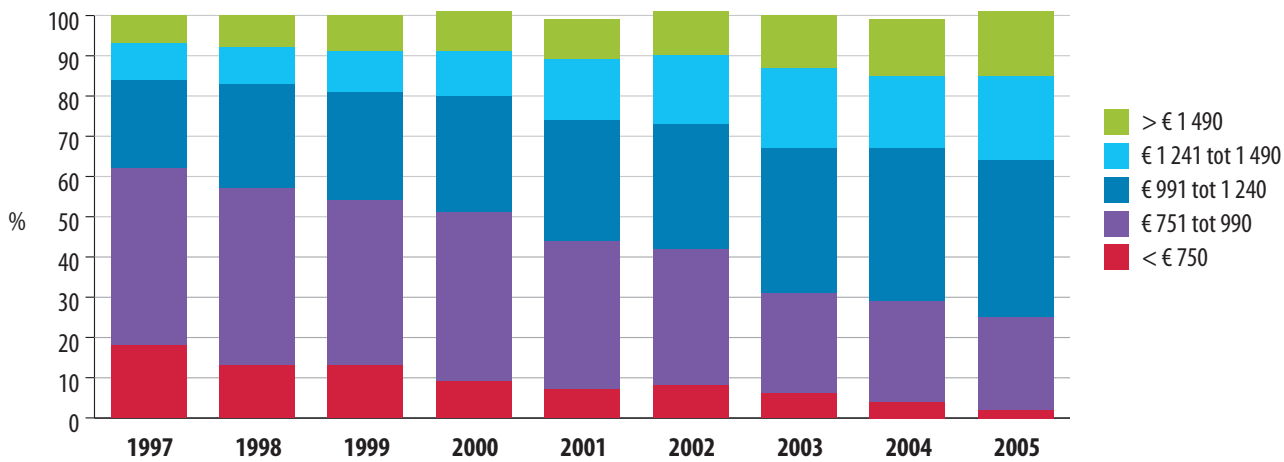
De meerderheid van de rusthuizen (70 %) vallen onder de bevoegdheid van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (tweetalig). Minder dan een derde (29 %) valt onder de verantwoordelijkheid van de Commission communautaire française, twee rusthuizen (1 %) vallen onder de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap.

De vaste maandprijs omvat enkel de kosten voor het verblijf, de huisvesting en de verzorging; extra diensten moeten bijkomend betaald worden. Bijna de helft van de instellingen (48 %) hanteert een maandprijs tussen € 1 101 en € 1 500. Voor meer dan een kwart (27 %) ligt de maandprijs tussen € 751 en € 1 100. 32 rusthuizen (16 %) vragen tussen € 1 501 en € 2 000, 16 rusthuizen (8 %) vragen meer dan € 2 000 per maand (10).

De evolutie van de kostprijs van een verblijf in het rusthuis is moeilijk vast te stellen. Toch zien we dat een verblijf in een rusthuis in de loop van het voorbije decennium alsmaar duurder is geworden. Het aandeel van de goedkopere rusthuizen (< € 990) is fors gedaald tussen 1997 en 2005 (figuur 5-13). Ter informatie; het bedrag voor een Inkomensgarantie voor Ouderen lag op € 670,59 voor een alleenstaande op 01/08/2005.

Figuur 5-13

Evolutie van de prijs van de residentiële ouderenvoorzieningen (rusthuizen en serviceflats), Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 1997-2005



Bron: Home-Info, 2009

Het aandeel rusthuizen die minder kosten dan € 990 per maand verminderde in 8 jaar tijd van 60 % naar 25 %.

14 Een jaar voor het afsluiten van het eerste protocolakkoord over het te voeren ouderenzorgbeleid.

Referenties

- (1) Torres R., De Ridder R. Medisch verbruik vanuit geografisch perspectief - Variaties in de uitgaven van de verzekering voor geneeskundige verzorging in België – Gegevens 2006. RIZIV, 2010.
- (2) RIZIV. Activiteitenverslag RIZIV 2007. 4^{de} deel thematische uiteenzettingen. Register van de huisartsen: aantal en profiel van de huisartsen in 2005. RIZIV, 2008.
- (3) Rossi-Turck D., Wrincq J. Projection de l'utilisation des lits hospitaliers aigus au niveau national et par arrondissement: Horizons 2005-2010-2015. FUCM, 2004.
- (4) Federaal Planbureau, Algemene Directie Statistiek en Economische informatie. Bevolkingsvooruitzichten 2007-2060. 1-136, 2008.
- (5) Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, Thuiswonen na je 65ste: Atlas van de behoeften en de actoren in Brussel, Brussel, 2007, Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.
- (6) Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. Brussels armoederapport 2008. Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, 2008.
- (7) Vandermotten C. Rapport final de l'étude «analyse des flux interrégionaux dans les soins de santé». Institut de Gestion de l'Environnement et d'Aménagement du Territoire, Université Libre de Bruxelles, 1999.
- (8) Mouquet M.C., Oberlin O. Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030. Dossiers solidarité et santé [4]. 2008.
- (9) ONP/RVP. Praktische gids voor de gepensioneerde 2009-2010. Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 2009.
- (10) Infor-Homes Bruxelles. Situation des maisons de repos bruxelloises en 2008, 2008.

Deel VI: Bronnen en methodologische toelichting

1. Belangrijkste gegevensbronnen

De statistische formulieren voor geboorte en sterfte en de nationale Gezondheidsenquêtes zijn de twee belangrijkste gegevensbronnen voor deze Gezondheidsindicatoren.

Ook andere bronnen werden gebruikt. Enkel de vaakst gebruikte bronnen komen hieronder aan bod (alle andere bronnen worden vermeld wanneer ze in dit document worden gebruikt). Ze werden gerangschikt volgens de aard van de gegevens gebruikt bij het opstellen van deze Gezondheidsindicatoren: individueel of geaggregeerd, exhaustief of niet-exhaustief, enz.

1.1 EXHAUSTIEVE INDIVIDUELE GEGEVENS

1.1.1 De statistische formulieren voor geboorte en sterfte

De statistische formulieren voor geboorte en sterfte moeten de Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie (ADSEI, het vroegere NIS) helpen bij het opstellen van de vitale statistieken van de Belgische bevolking. De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie is bevoegd voor de verwerking van de gegevens met betrekking tot de Brusselse bevolking. Het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn kreeg deze opdracht toegewezen.

Er bestaan drie formuliermodellen: model I (aangifte van de geboorte van een levend kind), model III D (aangifte van het overlijden van een kind jonger dan één jaar of van een doodgeboorte), model III C (aangifte van het overlijden van een persoon van één jaar of ouder).

Al deze modellen bestaan uit vier luiken.

Luik A bevat de identiteitsgegevens, wordt ingevuld door de geneesheer en bewaard bij de gemeentelijke administratie.

Luik B wordt eveneens ingevuld door de geneesheer en gecontroleerd door de gemeentelijke administratie alvorens het met de rest van het formulier wordt overgemaakt aan de verantwoordelijke geneesheer-ambtenaar van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

Luik C, dat de medische gegevens bevat, wordt ingevuld door de geneesheer en in een gesloten omslag overgemaakt (deze informatie is dus niet toegankelijk voor de gemeentelijke administratie). De omslag wordt pas geopend op het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn onder de verantwoordelijkheid van de verantwoordelijke geneesheer.

Luik D bevat de anonieme administratieve en sociale gegevens en wordt ingevuld door de gemeentelijke administratie.

De formulieren worden gedrukt door de Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie, die verantwoordelijk is voor de verdeling aan de gemeentelijke administraties en de kraamafdelingen. De gemeentelijke diensten zorgen op hun beurt voor de verdeling van de formulieren aan de geneesheren en de ziekenhuizen op hun grondgebied. Het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn controleert de gegevens en neemt contact op met de gemeentelijke administraties voor eventuele verbeteringen aan de administratieve gegevens. De verschillende luiken van de formulieren worden dan gecodeerd. De doodsoorzaken worden gecodeerd volgens de internationale ICD-10-classificatie van ziekten van de WGO.

Meer informatie vindt u op de website, www.observatbru.be, onder Gezondheid > Bronnen en gegevensstromen, en op de website van de ADSEI, <http://statbel.fgov.be>.

1.1.2 De gegevens van het Brussels programma voor borstkankerscreening

De vzw "Referentiecentrum voor de borstkankerscreening" Brumammo is belast met de organisatie van het programma voor borstkankerscreening in het Brussels Gewest.

Op basis van een bestand van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (kruispunt voor de gegevens van alle instellingen van de sociale zekerheid en van het Rijksregister) stelt Brumammo een bestand op met de uitnodigingen voor de vrouwen van de doelgroep (50-69 jaar). Vervolgens wordt een "mammothestregister" samengesteld waarin de informatie over de vrouw en de resultaten van haar mammothests worden opgenomen. Deze databank wordt vervolgens gebruikt om het programma te evalueren.

Voor meer informatie kunt u terecht op de website van het Observatorium, www.observatbru.be, onder Publicaties > Gezondheid > Dossiers en op de website van Brumammo, www.brumammo.be.

1.2 NIET-EXHAUSTIEVE INDIVIDUELE GEGEVENS

1.2.1 De nationale Gezondheidsenquête

Sinds 1997 wordt er regelmatig een grote nationale Gezondheidsenquête uitgevoerd bij de bevolking van het hele land door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (methodologie en analyse van de resultaten) en door de ADSEI (steekproeftrekking, invoer

van de gegevens). Zo werd een enquête uitgevoerd in 1997, 2001, 2004 en 2008.

Deze enquête is een van de belangrijkste informatiebronnen aangaande de gezondheidstoestand van de bevolking en bepaalde gezondheidsbepalende factoren. De meeste andere bronnen voor gezondheidsgegevens (uitgezonderd de statistische formulieren voor geboorte en sterfte) zijn afkomstig van registraties bij zorgverstrekking en hebben dus enkel betrekking op de personen die een beroep hebben gedaan op bepaalde gezondheidszorgen. Het betreft ook een van de weinige bronnen die toelaten om iemands sociale status te verbinden met zijn of haar gezondheidstoestand.

Voor elke gezondheidsenquête worden ongeveer 12 000 mensen ondervraagd. Door een belangrijke oververtegenwoordiging in de steekproef voor het Brussels Gewest zijn er gegevens beschikbaar van ruim 3 000 Brusselaars in elk van deze enquêtes.

De nationale Gezondheidsenquêtes worden geanalyseerd door het WIV en de rapporten zijn beschikbaar op hun website, <http://www.iph.fgov.be/epidemio/epinl/crospnl/hisnl/table04.htm>.

De analyses in deze Gezondheidsindicatoren zijn gemaakt op basis van de individuele gegevens van de drie enquêtes (1997, 2001, 2004).

De verschillende gezondheidsindicatoren zijn geanalyseerd naargelang de leeftijd, het geslacht, het jaar van de enquête, het opleidingsniveau van elk individu voor personen die hun studies hebben beëindigd (proxy voor de socio-economische status), de nationaliteit en door vergelijking met de grote Waalse en Vlaamse steden.

De analyse van de sociale ongelijkheden en de culturele ongelijkheden omvat alle gegevens van 1997, 2001 en 2004, om zo de statistische bewijskracht te verhogen.

Meer informatie vindt u op de website van het Observatorium, www.observatbru.be, onder Gezondheid › Bronnen en gegevensstromen, en op de website van het WIV, www.iph.fgov.be/epidemio.

1.3 GEAGGREGEERDE GEGEVENS AFKOMSTIG UIT PUBLIEKE OF PRIVATE INSTELLINGEN

1.3.1 Federale Overheidsdienst Volkgezondheid

Minimale Klinische Gegevens (MKG)

De verplichte registratie van de Minimale Klinische Gegevens is sinds 1 oktober 1990 van kracht in alle algemene ziekenhuizen. Het Koninklijk Besluit van 1994

somt de doelstellingen op, namelijk de vaststelling van de behoeften aan ziekenhuisvoorzieningen, de bepaling van de kwalitatieve en kwantitatieve erkenningsnormen, de organisatie van de financiering van de ziekenhuizen en de vaststelling van het beleid betreffende de geneeskunde.

Tot voor enkele jaren werd de databank vooral gebruikt voor «administratieve» doeleinden, hoofdzakelijk voor wat betreft de verfijning van de financiering van de ziekenhuizen. Een vijfde doelstelling is evenwel het ondersteunen van het gezondheidsbeleid door middel van de epidemiologische analyse van de MKG. Sinds de jaren 2000 zijn verschillende werkzaamheden inzake validering ondernomen om deze databank vergelijkbaar te maken met andere gegevensbronnen, om er de mogelijkheden en beperkingen van te beschrijven en om op die manier een verbetering van de kwaliteit van de beschikbare epidemiologische gegevens mogelijk te maken om ze optimaal te benutten.

Het uitgangspunt van de MKG is het verblijf in het ziekenhuis^[1]. De MKG vermelden onder andere, op anonieme wijze, de leeftijd, het geslacht en de woonplaats van de patiënt, de data van ontslag en opname, de hoofd- en bijkomende diagnoses en de interventies of speciale technieken die de patiënt heeft ondergaan tijdens zijn verblijf in het ziekenhuis. De gegevens over de diagnoses worden gecodeerd volgens de negende versie van de Internationale Classificatie van ziekten (ICD-9-CM) en de gegevens over de prestaties volgens de RIZIV-nomenclatuur. Deze gegevens worden aan het einde van elk semester opgestuurd naar het Ministerie van Volksgezondheid (1). De diagnoses worden gegroepeerd naargelang hun homogeniteit in termen van pathologie en de aangewende middelen (bv.: chirurgische ingreep of niet, enz.). De gebruikte classificatie AP-DRG (All Patients Diagnosis Related Groups) verdeelt alle verblijven in 25 MDC's (Major Diagnosis Category) en 617 DRG's.

Voor meer inlichtingen verwijzen wij naar de website van de FOD Volksgezondheid, <http://portal.health.fgov.be>, onder gezondheidszorg › zorginstellingen › registratiesystemen › MKG

Minimale Psychiatrische Gegevens (MPG)

De Minimale Psychiatrische Gegevens moeten worden geregistreerd in alle Belgische psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen sinds 1 juli 1996 en in de initiatieven voor beschut wonen en de psychiatrische verzorgingstehuizen sinds 1 september 1998.

Voor meer inlichtingen verwijzen wij naar de website van de FOD Volksgezondheid, <http://portal.health.fgov.be>, onder gezondheidszorg › zorginstellingen › registratiesystemen › MPG.

¹ Ze worden geregistreerd bij ontslag, voor alle verblijven die voldoen aan een van volgende criteria: verblijven waarvoor minstens een verpleegdagprijs werd gefactureerd, verblijven waarvoor een forfait werd gefactureerd, verblijven waarbij

de patiënt het ziekenhuis verlaat op de zelfde dag van zijn opname, waarbij hij is ingeschreven via het loket van de spoedgevallen zonder dat een dagprijs of een forfait werd gefactureerd, verblijven van pasgeborenen voor wie er geen facturatie is.

1.3.2 Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV)

Het RIZIV staat onder het toezicht van de minister van Sociale Zaken en organiseert, beheert en controleert de verplichte ziekteverzekering in België. Het beschikt over administratieve databanken met betrekking tot het aantal zorgverstrekkers en hun activiteiten (bijvoorbeeld huisartsen en verpleegkundigen), maar ook tot het aantal personen die een beroep doen op welbepaalde gezondheidszorgen waarvoor de ziekteverzekering tussenkomt.

1.3.3 Intermutualistisch Agentschap (IMA)

Het Intermutualistisch Agentschap (IMA) is een vereniging zonder winstoogmerk die in oktober 2002 door de Landsbonden van de verzekeringsinstellingen (VI's) werd opgericht.

De verzekeringsinstellingen beschikken over gegevens met betrekking tot hun leden, in het kader van de uitvoering van hun wettelijke opdracht in relatie tot de verplichte ziekteverzekering. Deze gegevens betreffen terugbetalingen van medische kosten, arbeidsongeschiktheid of invaliditeit, en moederschapsuitkeringen.

Het IMA is zowel een informatiebron als een onderzoekspartner voor tal van analyses en studies met betrekking tot de gezondheidszorg en de ziekteverzekering; het heeft als doelstelling deze gegevens te verzamelen en te analyseren, en dit op eigen initiatief en in het kader van specifieke opdrachten, onder meer van de overheid.

Op het vlak van statistieken staat het IMA in voor het technisch en functioneel beheer van de **Permanente Steekproef van de gezondheidszorg** (PS). Deze steekproef wordt jaarlijks aangepast en is beschikbaar vanaf 2002. Ze bestaat uit een basissteekproef van 1/40 van alle rechthebbenden van de verzekering voor gezondheidszorg, aangevuld met een extra steekproef van 1/40 voor de 65-plussers, wat resulteert in een steekproef van 1/20 voor deze groep. Deze steekproef telt ongeveer 305 000 personen. Ze laat toe om de consumptie en de uitgaven van de gezondheidszorg in België te bestuderen.

De PS is anoniem, representatief voor de Belgische bevolking en samengesteld uit de gegevens die bij de ziekenfondsen op administratief niveau beschikbaar zijn in het kader van de verplichte verzekering voor gezondheidszorg. Het betreft zowel de bevolkingsgegevens als de facturatiegegevens voor gezondheidszorg en de Farmanet-gegevens (geneesmiddelen).

De wet vertrouwt het IMA de concrete opdracht toe om de gegevens in de PS toegankelijk te maken voor vijf partners: het RIZIV, het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), de FOD Volksgezondheid (met het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, WIV), de FOD Sociale Zekerheid en het Federaal Planbureau. Al deze partners zijn verenigd in de Technische Commissie van de Permanente Steekproef (TCPS), het beheersorgaan van de PS, dat toeziet op de kwaliteit van de gegevens en het respect voor de privacy.

Er dient te worden benadrukt dat de morbiditeitsanalyses die de gegevens van deze steekproef als uitgangspunt nemen, gebaseerd zijn op de facturatiegegevens voor gezondheidszorg en niet op de reële morbiditeit; ze omvatten dus geen ziekten waarvoor geen zorgen zijn verstrekt of waarvoor geen zorgen zijn terugbetaald.

1.3.4 Fonds voor Arbeidsongevallen (FAO)

Het Fonds voor Arbeidsongevallen (FAO), dat bij Koninklijk Besluit nr. 66 van 10 november 1967 werd opgericht, is ontstaan uit de fusie van meerdere instellingen die zich om verschillende redenen met slachtoffers van arbeidsongevallen bezighielden.

De arbeidsongevallensector maakt sedert de wet van 29 juni 1981 weliswaar integraal deel uit van de sociale zekerheid, maar vertoont toch de bijzondere eigenschap dat de ongevallen enerzijds, via de private verzekeringsondernemingen, door de privésector worden beheerd en dat, anderzijds, de controle op die verzekeringsbranche door een openbare instelling, met name het Fonds voor Arbeidsongevallen, wordt verricht.

De databank van het FAO werd opgericht in het begin van de jaren 90 in het kader van de preventieopdracht van het Fonds. De databank omvat statistieken die noodzakelijk zijn voor het uitwerken van een preventiebeleid inzake arbeidsongevallen.

1.3.5 Belgisch Instituut voor de Verkeersveiligheid (BIVV)

Het BIVV is een instantie die diensten verleent aan de overheidsinstellingen die tussenbeide komen in de domeinen met een impact op de verkeersveiligheid, met name het Ministerie van Mobiliteit en Vervoer en de Federale Overheidsdienst Mobiliteit en Vervoer. In deze hoedanigheid is het BIVV belast met het voorbereiden en het in werking stellen van het verkeersveiligheidsbeleid.

Het BIVV ontwikkelt indicatoren voor de verkeersveiligheid en streeft naar een partnerschap met alle betrokken actoren die een bijdrage kunnen leveren aan de kwantificering van het verkeersveiligheidsbeleid en het evalueren van de effecten: de lokale en federale politie, de Federale Overheidsdienst Economie (Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie), de Federale Overheidsdienst Justitie en andere overheidsdiensten op federaal en regionaal niveau. Het Observatorium voor de Verkeersveiligheid produceert regelmatig verkeersveiligheidsstatistieken.

1.3.6 Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie (ADSEI)

De bevolkingsgegevens die zijn gebruikt voor de berekening van de indicatoren in deze Gezondheidsindicatoren zijn afkomstig uit het Rijksregister en gepubliceerd door de ADSEI, <http://statbel.fgov.be>.

Iedereen die wettelijk is ingeschreven in een gemeente is opgenomen in het Rijksregister. Het Rijksregister

bevat een beperkt aantal gegevens zoals geslacht, geboortedatum, nationaliteit en adres. Het register houdt ook de veranderingen bij voor de basisgegevens zoals adres, burgerlijke staat en nationaliteit.

Geboorte, sterfte en migratie vormen vanzelfsprekend een wezenlijk onderdeel van een dergelijk register. Het Rijksregister kan dus de toestand van de bevolking en haar belangrijkste demografische kenmerken geven voor het land en voor de verschillende geografische eenheden, maar maakt het ook mogelijk de stromen te analyseren die aan de basis van deze situatie liggen.

Het Rijksregister omvat echter niet de volledige bevolking. Sommige personen zijn niet opgenomen in het register: kandidaat-vluchtelingen, diplomatiek personeel en het personeel verbonden aan internationale instellingen, studenten, uit het bevolkingsregister (gemeenteregister) geschrapte personen, mensen zonder wettig verblijf, enz.

1.3.7 Stichting Kankerregister

De Stichting Kankerregister werd in juni 2005 opgericht om de continuïteit van de kankerregistratie in België te verzekeren en wijdt zich sindsdien aan de ontwikkeling van een kankerregistratienetwerk voor heel België.

Het Kankerregister registreert de gegevens van alle nieuwe kankerdiagnoses in België en garandeert de inzameling, de kwaliteitscontrole, de behandeling, de analyse, de codering, de opslag, de verslagen, de toegankelijkheid en de bescherming van de gegevens. Elk jaar publiceert het verslagen over de incidentie van kanker per geslacht, leeftijdsgroep, type kanker en gewest. Deze resultaten zijn beschikbaar vanaf 1999 ^[2], op de website www.kankerregister.org.

1.3.8 Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV)

Het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) is een wetenschappelijke instelling van de federale Belgische Staat. Haar hoofdplicht is wetenschappelijk onderzoek uitvoeren met het oog op het onderbouwen van het gezondheidsbeleid. Het levert eveneens expertise en openbare dienstverlening op het gebied van de volkgezondheid op nationaal niveau en vertegenwoordigt België voor deze thema's bij sommige internationale organisaties zoals de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO), de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) en de Raad van Europa.

Tot de activiteiten van het WIV behoren de opvolging van overdraagbare en niet-overdraagbare ziekten. Deze opvolging gebeurt op verschillende manieren. Deze Gezondheidsindicatoren gebruiken gegevens afkomstig uit bevolkingsenquêtes (zie Gezondheidsenquête onder 1.2.1) en, voor overdraagbare ziekten, gegevens afkomstig uit peilnetwerken (peillabo's en huisartsenpeilpraktijken) en specifieke registratiesystemen (hiv, aids).

1.3.9 Service d'Information Promotion Education Santé (SIPES) van de École de Santé Publique (ESP) van de Université Libre de Bruxelles (ULB)

De SIPES coördineert sinds 2002 de studie "Santé et bien-être des jeunes", de tegenhanger in de Franse Gemeenschap van de internationale studie «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC-studie), gesteund door het Europees Bureau van de Wereldgezondheidsorganisatie.

Deze studie wordt om de twee of vier jaar uitgevoerd in een aselecte gestratificeerde steekproef ^[3] in verhouding tot de verdeling van de schoolgaande populatie per provincie en onderwijsnet. Deze steekproef is dus representatief voor de leerlingen van het onderwijs met volledig leerplan van de Franse Gemeenschap. De studie omvat de leerlingen van het vijfde jaar van het basisonderwijs tot en met de leerlingen van het laatste jaar secundair onderwijs.

Na vergelijking van de kenmerken van de Brusselse leerlingen die werden ondervraagd in de enquêtes met de volledige Franstalige Brusselse schoolgaande bevolking, werd besloten om voor deze Gezondheidsindicatoren de gegevens van de enquêtes 2002 en 2006 samen te voegen om tot een meer representatieve steekproef te komen. Bovendien zijn enkel de jongeren tussen 13 en 18 jaar in deze analyse over de adolescenten weerhouden.

In deze enquête werd het socio-economische niveau van het gezin van de jongeren gemeten aan de hand van een score met vijf variabelen: bezit van een wagen, het aantal keren dat het gezin het afgelopen jaar op vakantie is gegaan, het aantal computers in het gezin, de activiteitenstatus van de ouders en de ervaren materiële welstand.

1.3.10 VRGT/FARES

In België zijn twee organisaties belast met het toezicht op tuberculose en ademhalingsaandoeningen: de Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding (VRGT) en het Fonds des Affections Respiratoires (FARES). Een van hun opdrachten is het verzamelen en analyseren van de gegevens afkomstig uit de (verplichte) aangifte van tuberculose.

In Brussel werd deze opdracht in 2009 ingevoerd door een overeenkomst tussen de Stichting tegen de Tuberculose en de Respiratoire aandoeningen/Fondation contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires en de VGC/GGC Deze overeenkomst heeft tot doel bij te dragen tot het bijhouden van het tuberculoseregister in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Alle gegevens die de VRGT en het FARES verzamelen, worden anoniem in dit Tuberculoseregister ingevoerd.

² Voor de jaren voordien is er een link naar de oude website, maar men moet er rekening mee houden dat deze cijfers tot in 1996 voor alle gewesten onderschat worden.

³ Een gestratificeerde steekproef betekent dat de deelnemers aan de steekproef worden verdeeld volgens een kenmerk van de bestudeerde bevolking.

1.3.11 Medisch-sociale databank van het Office de la Naissance et de l'Enfance en Kind en Gezin

Het ONE en Kind en Gezin houden een databank bij met "geanonimiseerde" medisch-sociale gegevens betreffende de preventieve opvolging van de moeder en het kind. Deze databanken (respectievelijk BDMS en Ikaros) zijn een bron van gegevens voor onderzoekers, studenten, gezondheidsactoren en politiek verantwoordelijken.

Hierbij moet worden opgemerkt dat de gegevens van deze databanken uiteraard niet exhaustief zijn, aangezien niet alle toekomstige moeders en alle zuigelingen zich laten opvolgen door het ONE of Kind en Gezin.

1.3.12 Eurostat

Vergelijkingen met andere Europese landen zijn meestal afkomstig van het Bureau voor statistiek van de Europese Unie, Eurostat. Het levert Europese statistieken waarmee vergelijkingen tussen landen en regio's kunnen worden gemaakt.

Deze statistieken kunnen worden geraadpleegd via de website europa.eu › documentatie › statistieken.

2. Methodologische toelichting

2.1 VARIABELEN EN INDICATOREN

2.1.1 De variabele «nationaliteit»

Bij analyses van gegevens afkomstig uit de statistische formulieren voor geboorte en sterfte of uit de nationale Gezondheidsenquête, wordt rekening gehouden met de **huidige nationaliteit**.

Voor de geboorten of sterfgevallen van kinderen jonger dan één jaar gaat het om de **nationaliteit van de moeder** op het ogenblik van de gebeurtenis. Om een analyse per nationaliteit te kunnen uitvoeren, werden de gegevens voor een periode van 9 jaar (1998-2006) samengevoegd. Bij het groeperen van de nationaliteiten van de moeders werd rekening gehouden met de belangrijkste nationaliteitsgroepen onder de Brusselse geboorten: Belgen, landen van de Europese Unie met 15 lidstaten, nieuwe lidstaten van de Europese Unie met 27 lidstaten, andere landen uit het Oosten, Marokko, Turkije en Subsaharisch Afrika.

Om de mortaliteit van de Brusselaars ouder dan één jaar te kunnen analyseren naargelang hun **nationaliteit op het ogenblik van overlijden**, werden de analyses uitgevoerd over een periode van tien jaar (1998-2007). Hierdoor beschikken we over voldoende sterfgevallen om te kunnen vergelijken. Toch kunnen, zelfs in periodes van tien jaar, enkel de meest vertegenwoordigde nationaliteiten worden geanalyseerd. Ze werden verdeeld in vijf groepen: Belgen, onderdanen uit een van de 27 landen van de Europese Unie (EU27) met uitzondering van België, Marokkanen, Turken en onderdanen van een land van Subsaharisch Afrika.

Voor sommige analyses werden de Turken en Marokkanen samengevoegd om de statistische bewijskracht van deze analyses te verhogen, maar enkel wanneer ze hetzelfde profiel vertoonden voor dit gezondheidsprobleem. Gezien het kleine aantal ouderen in elke bestudeerde nationaliteitsgroep, beperken de analyses zich tot personen jonger dan 75 jaar.

2.1.2 De variabele «grote stad»

Wanneer de gegevens het toelaten, wordt het Brussels Gewest vergeleken met de grote Waalse (Luik en Charleroi) en Vlaamse steden (Antwerpen, Gent), veeleer dan met de twee andere gewesten, omdat de stedelijke context de indicatoren sterk beïnvloedt. De ruimtelijke afbakening van de grote Belgische steden beperkt zich niet alleen tot de gemeenten Antwerpen, Gent, Luik en Charleroi, maar omvat eveneens de omliggende gemeenten. Deze ruimtelijke afbakening komt overeen met de agglomeraties van deze vier stadsgewesten en werd bepaald in een studie onder leiding van professor Van Hecke van het Instituut voor Sociale en Economische Geografie van de Katholieke Universiteit Leuven^[4] (2).

In deze classificatie van gemeenten worden de stadsgewesten bepaald op basis van de gegevens van de Socio-economische Enquête 2001, vertrekkend van functionele (huisvesting, handelszaken, pendel,...) en morfologische (bevolkingsdichtheid, bebouwingsdichtheid,...) criteria.

⁴ Zie kaart pag. 37 in het rapport dat via het volgende adres kan worden ingekeken: http://statbel.fgov.be/nl/modules/digilib/leefmilieu/0848_de_belgische_stadsgewesten.jsp.

2.1.3 De gezondheidsindicatoren

Aandelen en proporties

De indicatoren die in dit document zijn gemeten zijn voornamelijk aandelen en proporties. In tegenstelling tot bruto aantallen laten deze metingen ten opzichte van een bepaalde bevolking toe om verschillende bevolkingsgroepen met elkaar te vergelijken of om een bevolking in de tijd op te volgen (3).

Een **proportie** geeft een numerieke verhouding weer van een deel ten opzichte van een geheel. De teller van de proportie is dus een deelverzameling van de noemer.

Een **aandeel** geeft de frequentie weer waarmee een fenomeen zich voordoet binnen een bevolking gedurende een bepaalde periode.

Aandelen worden doorgaans uitgedrukt met een noemer die een veelvoud is van 10, vaak 100 000, om zo cijfers te bekomen die gemakkelijker kunnen worden vergeleken en geïnterpreteerd. In de volksgezondheid zijn deze aandelen fundamentele maten, aangezien ze het risico voor een bevolkingsgroep om een gebeurtenis te ondergaan in de loop van een periode weerspiegelen (3).

Enkele vaak gebruikte gezondheidsindicatoren

Prevalentiecijfer: meet het voorkomen van de ziekte bij een bevolking en is het aantal gevallen van een ziekte bij een bevolking op een gegeven ogenblik, uitgedrukt in aandeel van de totale bevolking.

Incidentiecijfer: de incidentie van een ziekte zijn de nieuwe gevallen van deze ziekte die zich voordoen bij een bepaalde bevolkingsgrote en in een bepaalde tijdspanne; het incidentiecijfer is het aantal gevallen in verhouding tot het bevolkingsaantal aan het begin van de periode.

Bruto geboortecijfer: dit is de verhouding van het aantal geboorten van het jaar in kwestie t.o.v. de gemiddelde bevolkingsgrootte van dat jaar. De waarde wordt uitgedrukt per 1 000 inwoners. Hoewel frequent gebruikt, is het een onvolledige indicator van de vruchtbaarheid van een bevolking omdat de waarde niet alleen afhangt van het vruchtbaarheidsniveau, maar ook van de leeftijdsstructuur van de bevolking.

Vruchtbaarheidscijfer: dit is het aantal levendgeboorten bij vrouwen van een bepaalde leeftijd gedeeld door het totale aantal vrouwen van dezelfde leeftijd. Doorgaans wordt het uitgedrukt per 1 000 individuen van hetzelfde geslacht en dezelfde leeftijd en verwijst het naar een bepaalde periode uitgedrukt in kalenderjaren, van een of vijf jaar; voor de noemer wordt het gemiddelde genomen van het totale aantal vrouwen tijdens de periode (aantal aan het einde van de periode + aantal aan het begin van de periode, gedeeld door twee).

De conjuncturele vruchtbaarheidsindex: de conjuncturele vruchtbaarheidsindicator wordt verkregen door de som te maken van de vruchtbaarheidscijfers per leeftijd tussen 15 en 49 jaar gemeten gedurende een bepaald jaar. Deze indicator meet het gemiddelde aantal kinderen die vrouwen zouden hebben in de loop van hun leven indien hun vruchtbaarheidsniveau op elke leeftijd dat van het jaar in kwestie zou zijn. De vervanging van generaties kan worden verzekerd indien het aantal kinderen meer dan 2 bedraagt.

Bruto sterftecijfer: dit is de verhouding van het aantal sterfgevallen voor een bepaalde periode, binnen een bepaalde bevolking tot de gemiddelde omvang van deze bevolking in de loop van de periode. Het wordt uitgedrukt in aantal sterfgevallen per 1 000 inwoners en per jaar.

Als bron voor de teller van deze verhouding wordt in deze Gezondheidsindicatoren het overlijdensbestand genomen, aangelegd op basis van de gegevens van de statistische formulieren voor overlijdens. Voor de noemer wordt gebruik gemaakt van de bevolkingsomvang verstrekt door de Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie.

Vroegtijdig sterftecijfer: het vroegtijdig sterftecijfer heeft betrekking op het overlijden van personen jonger dan 65 jaar maar, gezien de langere levensverwachting, worden steeds meer de sterfgevallen vóór de leeftijd van 75 jaar beschouwd als vroegtijdige sterfgevallen. De vroegtijdige mortaliteit wordt berekend door het aantal sterfgevallen van mensen jonger dan 65/75 jaar in de loop van de bestudeerde periode te delen door het aantal personen jonger dan 65/75 jaar in de bevolkingsgroep in het midden van de gegeven periode. Het vroegtijdig sterftecijfer wordt doorgaans uitgedrukt in aantal sterfgevallen per 100 000 inwoners en per jaar.

Oorzaakspecifiek sterftecijfer: dit wordt verkregen door het aantal sterfgevallen als gevolg van een bepaalde oorzaak tijdens de bestudeerde periode te delen door het aantal personen in de bevolking in het midden van de periode. Het wordt doorgaans uitgedrukt in aantal sterfgevallen per 100 000 inwoners.

Verloren potentiële levensjaren (VPL): de indicator van de Verloren Potentiële Levensjaren wordt steeds meer gebruikt om de prioriteiten op het vlak van Volksgezondheid te bepalen. De VPL staan voor het aantal jaren dat een persoon die vroegtijdig overlijdt, zijnde voor een bepaalde leeftijd, niet heeft geleefd.

De keuze voor de leeftijdsgrens is afhankelijk van de vastgelegde doelstelling (65, 70, 75 of 80 jaar). Steeds vaker worden sterfgevallen vóór 75 jaar als vroegtijdig beschouwd, en bij de berekening van de VPL worden alle sterfgevallen na de weerhouden leeftijdsgrens (75 jaar) uitgesloten. Ook infantiele sterfgevallen (in het eerste levensjaar) worden bij de berekening van de VPL uitgesloten omdat ze te wijten zijn aan specifieke oorzaken en vaak een etiologie hebben die verschilt van die van sterfgevallen op latere leeftijd (4).

Afhankelijkheidsindex: de verhouding (of ratio) van de demografische afhankelijkheid wordt bepaald als de verhouding tussen de actieve bevolking (bevolking op arbeidsleeftijd) en de bevolking op inactieve of afhankelijke leeftijd. De afhankelijkheidsindex meet het aantal personen van 20 tot 64 jaar per 100 personen van 0 tot 19 jaar en van 65 jaar en ouder.

Verouderingsindex: het aantal 65-plussers per 100 personen jonger dan 20 jaar.

De index van intensiteit van de veroudering: meet het aantal 80-plussers per 100 personen van 65 jaar en ouder.

2.1.4 De indicatoren voor de sociale status

In deze Gezondheidsindicatoren wordt de sociale status verschillend gemeten, afhankelijk van de gebruikte gegevensbronnen.

De mortaliteit vóór de leeftijd van één jaar wordt weergegeven op basis van de gegevens van de statistische formulieren voor geboorte en sterfte. De indicator van de sociale status die wordt gebruikt voor de analyse van de sociale ongelijkheden op het vlak van foeto-infantiele sterfte is gebaseerd op het **aantal inkomens uit arbeid** in het gezin: 0, 1 of 2 inkomens. Het gaat om een indicator die werd uitgewerkt op basis van informatie over de huidige beroepssituatie en informatie over de huishoudenssituatie van de moeder; als de moeder alleenstaand is, wordt enkel rekening gehouden met de informatie met betrekking tot de moeder. In de categorie 0 inkomens komen dus de nieuwgeborenen terecht van wie geen van beide ouders een beroepsactiviteit heeft of van wie de moeder alleenstaand is en geen inkomen heeft.

Wat de mortaliteit na de leeftijd van één jaar betreft, beschikken we niet over betrouwbare gegevens om de individuele sociale status te meten. Daarom gebruiken we de **gemiddelde socio-economische status van de verblijfsgemeente** als indicator van de socio-economische status van de personen. De gemeenten werden ondergebracht in drie categorieën op basis van een clusteranalyse (zie 2.3.5).

De nationale Gezondheidsenquête levert verschillende variabelen met betrekking tot de sociale status: het inkomen van het gezin, de beroepsstatus, het hoogste opleidingsniveau in het gezin of het **individuele opleidingsniveau**. Deze laatste variabele werd gekozen voor de analyses van de gezondheidsproblemen en het gezondheidsgedrag in dit rapport. Met het individuele opleidingsniveau kan de sociale status worden benaderd, omdat het een belangrijke invloed heeft op de positie op de arbeidsmarkt en de levensomstandigheden van de kinderen in het gezin weerspiegelt.

Het opleidingsniveau verschilt ook naargelang de leeftijd: de jonge generaties hebben gemiddeld een

hoger opleidingsniveau. Daarbij is de leeftijd zelf ook een belangrijke determinant voor de gezondheid. Om de impact van de sociale status op de gezondheid aan te tonen, moet dus een correctie voor de leeftijd worden doorgevoerd, dit wil zeggen dat de opleidingsniveaus «bij gelijke leeftijd» moeten worden vergeleken. Deze correctie is doorgevoerd door middel van logistische regressie (zie verder), en de resultaten van deze correctie worden gepresenteerd naast de brute gegevens.

De sociale status van de jongeren wordt gemeten op basis van de HBSC-enquête. Het socio-economische niveau van het gezin van de jongeren werd gemeten aan de hand van een **score op vijf variabelen**: bezit men een wagen, het aantal keren dat het gezin het afgelopen jaar op vakantie is gegaan, het aantal computers in het gezin, de activiteitenstatus van de ouders en de ervaren materiële welstand. De ondervraagde populatie werd onderverdeeld in drie groepen (tertielen) met een stijgend socio-economisch niveau.

2.2 ANDERE NUTTIGE DEFINITIES

Leefloon: het leefloon is een minimuminkomen, uitgekeerd door het Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW) aan mensen die niet over toereikende bestaansmiddelen beschikken en er ook geen aanspraak kunnen op maken, noch in staat zijn deze hetzij door eigen inspanningen, hetzij op een andere manier te verwerven.

Armoederisicogrens: de inkomensgrens die vastgelegd is op 60 % van het mediaan beschikbaar individueel inkomen. Het individueel inkomen wordt berekend op basis van het beschikbaar inkomen van het huishouden, waarbij rekening wordt gehouden met het aantal volwassenen en kinderen in het gezin. Een tweede volwassene in een gezin telt voor 0,5 en een kind voor 0,3.

Statistische buurten: een statistische buurt is de kleinste administratieve eenheid waarvoor er socio-economische en administratieve gegevens beschikbaar zijn. Elke gemeente kan worden onderverdeeld in meerdere statistische buurten. De gegevens per statistische buurt laten toe de intragemeentelijke verschillen zo goed mogelijk te vatten. Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is verdeeld in 724 statistische buurten. In 2002 telde een buurt gemiddeld 1 350 inwoners. Het is bovendien mogelijk om op te zoeken tot welke statistische buurt een adres behoort via de website van geoloc (<http://geowebgis.irisnet.be/webgis/>). De code en de naam van de statistische buurt worden dan weergegeven in de resultaten.

2.3 ENKELE STATISTISCHE CONCEPTEN EN METHODES

2.3.1 Standaardisering

Naargelang de situatie worden twee soorten cijfers gebruikt: brutocijfers en gecorrigeerde of gestandaardiseerde cijfers.

De **brutocijfers** meten rechtstreeks de gebeurtenissen die in de loop van een periode werden waargenomen ten opzichte van de risicobevolking tijdens dezelfde periode. Op die manier zijn ze een weerspiegeling van de situatie die deze populatie werkelijk beleeft.

Standaardisering is een methode voor het corrigeren van cijfergegevens om vergelijkingen tussen populaties met sterk verschillende kenmerken (de leeftijdspiramide, de verdeling per geslacht, enz.) mogelijk te maken. Vaak wordt gestandaardiseerd voor leeftijd, een belangrijke gezondheidsbepalende factor, maar de cijfers kunnen ook worden gestandaardiseerd volgens andere kenmerken, zoals het geslacht, de nationaliteit, enz. De toelichting die volgt, is gebaseerd op het voorbeeld van een standaardisering van het sterftecijfer voor leeftijd.

Het is normaal dat we meer sterfgevallen waarnemen binnen een populatie met een oudere leeftijdsstructuur. Het is dan ook moeilijk te bepalen of een sterftecijfer dat hoger is dan dat in een vergelijkingspopulatie toe te schrijven is aan de verdeling van de leeftijden of aan andere factoren die de mortaliteit beïnvloeden: er wordt gezegd dat de leeftijd een **verstoringende variabele** is. Om de invloed van deze andere factoren te kunnen bestuderen, moeten de effecten van de leeftijd worden weggewerkt (5).

De meeste standaardiseringsmethoden gebruiken een gewogen gemiddelde van de cijfers die worden verkregen in de verschillende leeftijdscategorieën. Er bestaan twee soorten standaardisering, directe en indirecte (5).

Bij **directe standaardisering** berekent men de gestandaardiseerde cijfers door de leeftijdsspecifieke cijfers van de onderzoekspopulatie toe te passen op de populatie per leeftijdscategorie van een referentiepopulatie (de zogenoemde "standaardpopulatie"). Men verkrijgt het aantal sterfgevallen dat men in de onderzoekspopulatie kon voorzien of "verwachten" indien ze dezelfde leeftijdsstructuur als de referentiepopulatie had gehad. Het gestandaardiseerde cijfer bekomt men vervolgens door het totale aantal verwachte sterfgevallen te delen door de standaardpopulatie. Deze kan het geheel van de twee vergeleken populaties of een externe populatie zijn (bij internationale vergelijkingen vaak de Europese bevolking) (5; 6).

Bij **indirecte standaardisering** berekent men eerst het aantal "verwachte" sterfgevallen door de mortaliteitscijfers per leeftijdsklasse van een referentiepopulatie toe te passen op het aantal personen van elke leeftijdsklasse van de onderzoekspopulatie. Vervolgens wordt de verhouding

berekend tussen de werkelijk waargenomen sterfgevallen en dit aantal «verwachte» sterfgevallen: zo verkrijgen we een "gestandaardiseerde mortaliteitsverhouding (of -ratio)" (GMV of SMR).

Als de GMV van een onderzoekspopulatie hoger is dan 1, betekent dit dat het sterftecijfer in de onderzoekspopulatie hoger ligt dan in de referentiepopulatie, rekening houdend met de leeftijd (5; 6). De GMV van de referentiepopulatie is 1.

2.3.2 De statistische nauwkeurigheid van een meting

Wanneer een cijfergegeven of een andere parameter van een populatie wordt verkregen op basis van een toevallige steekproef, dan kan de verkregen waarde toevallige afwijkingen vertonen ten opzichte van de reële waarde van de onderzochte parameter. Een meting is nauwkeurig wanneer ze slechts in geringe mate beïnvloed is door toevallige afwijkingen. De precisie van een epidemiologische meting hangt af van het aantal onderzochte gevallen en de omvang van de onderzoekspopulatie.

Het 95 % **betrouwbaarheidsinterval** is een interval rond de verkregen waarde waarbij de statistische kans dat de reële waarde zich binnen dit interval situeert 95 % bedraagt. Een gebrek aan statistische precisie vertaalt zich in zeer brede betrouwbaarheidsintervallen.

2.3.3 Statistisch significante verschillen

Een verschil tussen 2 steekproefresultaten is statistisch significant wanneer de gemeten waarden niet in elkaars betrouwbaarheidsinterval liggen. Deze significantie wordt doorgaans uitgedrukt bij middel van een "p-waarde". Deze neemt een waarde aan tussen 0 en 1 en geeft de kans weer dat de 2 in de steekproeven gemeten waarden in de vergeleken populaties aan elkaar gelijk zijn. Om te besluiten of een verschil statistisch significant is wordt gewoonlijk nagegaan of deze p-waarde lager is dan een bepaalde limietwaarde (0,05; 0,01; 0,001). Over het algemeen worden in deze "Gezondheidsindicatoren" verschillen alleen als dusdanig vermeld wanneer ze ook significant zijn ($p < 0,05$).

2.3.4 Associatiemaat en logistische regressie

In de epidemiologie verstaat men onder een associatiemaat de verhouding van twee frequentiematen. De associatiemaat kwantificeert de intensiteit van de samenhang van twee factoren.

Het relatief risico (RR) en de Odds Ratio (OR) zijn twee associatiematen.

Het **relatief risico** is een verhouding van twee risico's; het meet het verschil tussen twee groepen van het risico dat een gebeurtenis zich voordoet. Een relatief risico (RR) van 1 betekent dan dat het risico in beide groepen hetzelfde is. Bij een RR van 2 is het risico in de bestudeerde groep 2 keer groter dan in de referentiegroep.

De **Odds Ratio** (OR) is erg gelijkaardig aan het Relatief Risico (RR) en wordt op dezelfde manier geïnterpreteerd. Bij de berekening van een OR zijn geen cijfers nodig aangaande de grootte van de onderliggende populaties waardoor deze ook kan worden gebruikt om de risico's in verschillende groepen te vergelijken op basis van een steekproef.

De **logistische regressie** is een methode voor het berekenen van de "gecorrigeerde" OR's (7).

Aan de hand van een meervoudige logistische regressie is het mogelijk om de respectievelijke effecten van verschillende verklarende of voorspellende factoren op een bepaalde gebeurtenis uit te zuiveren. Zo kan bijvoorbeeld worden onderzocht welk het bijkomende effect van de nationaliteit is op een bepaalde aandoening wanneer men ook het effect van de leeftijd in rekening brengt.

2.3.5 Clusteranalyse

Een **classificatieanalyse** of clusteranalyse is een statistische methode om meerdere observaties in groepen op te delen waarbij de gelijkenissen binnen de groep en de verschillen tussen de groepen zo groot mogelijk zijn. In deze Gezondheidsindicatoren werd deze methode gebruikt om de 19 gemeenten van het Brussels Gewest op te delen naar socio-economische status. Op basis van meerdere variabelen werden de gemeenten in drie groepen opgedeeld (zie Deel I, Hoofdstuk 2).

Referenties

- (1) FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen, Leefmilieu, Richtlijnen voor de registratie van de Minimale Klinische Gegevens, 1990.
- (2) Luyten S., Van Hecke E. De Belgische stadsgewesten 2001. Statistics Belgium Working Paper 14, 2007.
- (3) Porta M, Last JM. A dictionary of epidemiology. Fifth edition ed. New York: 2008.
- (4) Romeder J.M., McWhinnie JR. [The development of potential years of life lost as an indicator of premature mortality (author's transl)]. Rev Epidemiol Sante Publique 1978; 26(1):97-115.
- (5) Fleiss J.L. Statistical Methods for Rates and Proportions. Subsequent ed. Wiley-Interscience, 1981.
- (6) Jougl E. [Statistic tests concerning population mortality indicators]. Rev Epidemiol Sante Publique 1997; 45(1):78-84.
- (7) Hosmer D.W., Lemeshow S. Applied logistic regression. Wiley Series in Probability and Mathematical Statistics, 2000.



FSC

Mixed Sources
Productgroep uit goed
beheerde bossen en andere
gecontroleerde bronnen.

Cert no. SGS-COC-003228
www.fsc.org
© 1996 Forest Stewardship Council



Gezondheidsindicatoren van het Brussels Gewest 2010

Deze derde editie van de Gezondheidsindicatoren van het Brussels Gewest biedt een algemeen overzicht van de gezondheid van de Brusselse bevolking, verrijkt met waarnemingen over een periode van 10 jaar (1998-2007) en ingebed in de demografische, sociale en multiculturele context van het gewest.

www.observatbru.be

Dit document is ook in het Frans beschikbaar.

Ce document est également disponible en français sous le titre:
« **Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise 2010** »