

# Gezondheidsindicatoren 2010

Persconferentie april 2010

## Inleiding

Deze derde editie van de Gezondheidsindicatoren biedt een globale visie op de huidige gezondheid in Brussel en weerspiegelt de wens om de gezondheid van de Brusselse bevolking blijvend op te volgen binnen de demografische, sociale en multiculturele context van het gewest.

De door het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn verzamelde en geanalyseerde gegevens komen uit verschillende bronnen waarvan de twee voornaamste de statistische formulieren voor geboorte en overlijden, waarvan we momenteel beschikken over gegevens voor een periode van 10 jaar (1998-2007), en de drie eerste Nationale Gezondheidsenquêtes (1997-2001-2004).

Bijzonder aan deze nieuwe editie is:

- de lengte van de geobserveerde periode (10 jaar), wat toelaat om evoluties te bestuderen,
- de vergelijking van het Brussels Gewest met andere Belgische grootsteden eerder dan met de gewesten, aangezien het stedelijke karakter van het gewest de gezondheidsproblemen sterk beïnvloedt,
- een meer gedetailleerde analyse van de sociale gezondheidsongelijkheden alsook van de gezondheidsverschillen naar nationaliteit.

De belangrijkste doelstelling van deze Gezondheidsindicatoren is niet zozeer om een evaluatie te maken van het gevoerde beleid en de gerealiseerde acties met betrekking tot gezondheid, maar wel om een beleidsondersteunend werkinstrument ter beschikking te stellen van al wie op een of andere manier meewerkt aan het uitbouwen en implementeren van een gecoördineerd gezondheidsbeleid: politieke verantwoordelijken, gezondheidswerkers en actoren van tal van domeinen die bepalend zijn voor de gezondheid van de bevolking.

Verskillende positieve punten kunnen naar voor worden geschoven:

- Brussel is een **groeïend gewest**, waarvan het geboortecijfer sinds 1985 toeneemt en de hoogste is van het land (15,7 ‰). Het is tegelijk ook een jong gewest waarvan de **gemiddelde leeftijd daalt** (37,7 jaar in 2007) net zoals dit het geval is voor alle Belgische grootstedelijke gebieden.
- **75 % van de bevolking verkeert naar eigen zeggen in goede gezondheid**, dit percentage is stabiel sinds 1997. Het aandeel mensen dat verklaart niet in goede gezondheid te verkeren is het hoogst in de grote steden van Wallonië en het kleinst in de grote steden van Vlaanderen.

- **De levensverwachting blijft stijgen**, net als in de rest van het land: in 2006 bereikt zij 76,9 jaar voor mannen (tegenover 73,6 in 1995) en 82,0 jaar voor vrouwen (tegenover 80,5 in 1995).
- Er wordt **een voortdurende daling van de mortaliteit** waargenomen, met inbegrip van de **vroegtijdige mortaliteit** (< 65 jaar), in het bijzonder bij mannen en voor de foeto-infantiele sterfte (dodgeboren of overlijden voor de leeftijd van 1 jaar).
- De **sterftcijfers voor de belangrijkste doodsoorzaken** dalen voor beide geslachten:
  - De **sterfte door hart- en vaatziekten** (32 % van de overlijdens) neemt af, en het Brussels Gewest situeert zich tussen de Europese regio's met de laagste sterftcijfers voor deze aandoeningen. Dit wordt verklaard door een betere controle van risicofactoren zoals hoge bloeddruk en diabetes, een verbetering van de voedingsgewoonten en een vermindering van het rookgedrag alsook door een verbetering van de behandeling van bijvoorbeeld hartinfarcten. De huidige toename van obesitas, sedentariteit en stress maken het behoud van deze positieve tendens in de toekomst niet vanzelfsprekend.
  - de **kankersterfte** (24 % van alle overlijdens) daalt, in het bijzonder de vroegtijdige sterfte door longkanker bij mannen en door borstkanker bij vrouwen tussen 40 en 70 jaar.
  - de **sterftcijfers door zelfmoord** vertonen sinds 20 jaar een dalende trend, vooral bij de mannen, maar blijven hoger dan het Europese gemiddelde.
  - De **vroegtijdige sterfte door alcohol** alsook de **sterfte door verkeersongevallen bij mannen** nemen eveneens af.
- Het percentage moeders dat hun kind uitsluitend **borstvoeding** geeft bij het verlaten van de kraamafdeling blijft toenemen (91,4 %) en ligt hoger dan in de andere gewesten van het land.
- Meer en meer Brusselaars nemen **gezonde voedingsgewoonten** aan zoals het nemen van een ontbijt en de regelmatige consumptie van fruit en van vis.
- Tussen 1997 en 2004 nam het percentage **vrouwen die dagelijks roken** af van 24 % naar 18 %.
- De **multiculturaliteit** van het gewest kan een verzachtende factor zijn voor de verschillen tussen de sociale klassen bij bepaalde gezondheidsproblemen aangezien de armste bevolkingsgroepen een niet verwaarloosbaar aandeel migranten tellen die een levensstijl hebben, of gedurende hun levensloop gehad hebben, die bevorderlijk is voor de gezondheid. Zo zijn borstvoeding, het eten van fruit, groenten en vis, het niet gebruiken van alcohol en tabak (behalve bij turkse mannen) allemaal beschermende factoren ten opzichte van bepaalde gezondheidsproblemen zoals borst- en longkanker. Ook het zelfmoordcijfer ligt lager bij de niet-Belgische Brusselaars.

De **vijf belangrijkste oorzaken van vroegtijdig overlijden bij mannen** zijn, in afdalende volgorde: **longkanker, ischemische hartziekten, zelfmoord, ongevallen in de privésfeer en aandoeningen verbonden met alcohol**. Bij vrouwen zijn dat **borstkanker, zelfmoord, cerebrovasculaire aandoeningen en ischemische hartziekten**.

De **vroegtijdige sterftcijfers bij vrouwen** zijn beduidend lager dan deze bij mannen. Het vroegtijdig sterftcijfer door **longkanker bij vrouwen is evenwel flink toegenomen** tussen de periodes 1998-2002 en 2003-2007.

**Borstkanker** blijft de **vaakst voorkomende kanker** bij de vrouw (meer dan één kanker op drie), de **eerste oorzaak van kankersterfte en de eerste oorzaak van overlijden bij vrouwen jonger dan 65 jaar**. Het Brussels gewest behoort tot de Europese regio's met de hoogste sterftcijfers.

Hoewel over het algemeen **de vroegtijdige sterfte lager ligt bij de niet-Belgische bevolking** bestaan er toch verschillen naargelang de doodsoorzaak en naargelang de specifieke nationaliteit. De vroegtijdige sterfte ligt significant hoger bij mannen en vrouwen van Subsaharisch Afrika. Baby's van een Turkse, Marrokaanse of Subsaharisch Afrikaanse moeder hebben een hogere kans om in de perinatale periode te overlijden dan deze van Belgische moeders.

De impact van **tabaksgebruik** op de gezondheid en de sterfte van de Brusselaars blijft erg groot (24 % van de mannelijke overlijdens boven de 35 jaar en 9 % van de overlijdens bij vrouwen) ook al verkleint deze voor mannen. Op dit moment is het aandeel Brusselse mannen die roken gestabiliseerd en wordt niet meer kleiner zoals in de rest van het land.

Ondanks het grote aantal onthouders in het Brussel blijft **alcoholverslaving** een verontrustend probleem in het gewest: 1 man op 3 en 1 vrouw op 5 vertonen een "risicovol" alcoholgebruik. "Binge drinking" komt frequent voor bij jongeren. Alcohol speelt ook een belangrijke rol in de vroegtijdige sterfte: 13 % van de verloren potentiële levensjaren bij mannen worden veroorzaakt door alcohol. Bij vrouwen is dit 7 %.

De toename van **Sexueel Overdraagbare Aandoeningen** alsook de **overdracht van HIV** bij Belgische homoseksuele mannen duidt op onrustbarende wijze op een afname van het preventief gedrag, niet alleen bij mannen van middelbare leeftijd maar ook bij jonge mannen.

**Het gewicht van diabetes op het totaal van de overlijdens is in de laatste 10 jaar toegenomen**. Het percentage mannen of vrouwen dat verklaart aan diabetes te lijden verschilt niet van dat in de grote steden van Vlaanderen en Wallonië maar er wordt wel een stijging waargenomen tussen 1997 en 2004 bij Brusselse vrouwen. Daarenboven ligt de **prevalentie onder Turkse en Marrokaanse vrouwen ook hoger dan bij Belgische vrouwen**.

Ongeveer 11 % van de bevolking ouder dan 18 jaar **lijdt aan obesitas** (BMI > 30). Het aandeel mannen met overgewicht (BMI > 25) en met obesitas is significant gestegen tussen 1997 en 2004. Deze problematiek hangt samen met een te overdadige voeding maar ook met te weinig lichaamsbeweging. 36 % van de Turkse vrouwen en 29 % van de Marrokaanse vrouwen lijden aan obesitas.

De omvang van **geestelijke gezondheids**problemen werd geëvalueerd op basis van de overlijdensstatistieken, gegevens omtrent invaliditeit en hospitalisaties en gegevens uit enquêtes. Significant meer Brusselaars rapporteren een “psychologisch onbehagen” in vergelijking met de andere grote steden in België (13 % van de mannen en 19 % van de vrouwen). Mentale problemen zijn de grootste oorzaak van invaliditeit. Het zelfmoordcijfer ligt hoger dan het Europese gemiddelde en vormt de eerste oorzaak van verloren potentiële levensjaren bij mannen en de tweede bij vrouwen. 9,5 % van de Brusselaars lijden aan depressieve stoornissen. De ziekenhuisopname voor psychosen ligt naar verhouding veel hoger dan in de andere gewesten. Waarschijnlijk liggen verscheidene factoren aan de basis van de omvang van geestelijke gezondheidsproblemen: een groot deel van de bevolking dat in armoede leeft, een lagere sociale cohesie, een het statuut van groot- en hoofdstad.

#### Sociale gezondheidsongelijkheden

Ondanks een verbetering van de algemene gezondheidstoestand van de bevolking blijven de sociale ongelijkheden op het vlak van mortaliteit en gezondheid niet alleen bestaan, maar worden ze zelfs groter in de ontwikkelde landen. Het gaat hier niet enkel om een verschil met de meest achtergestelde groepen, maar om een gradiënt doorheen alle lagen van de bevolking.

Deze ongelijkheden hebben oorzaken op vele vlakken, vaak ver van gezondheid verwijderd, zoals opleiding, toegang tot tewerkstelling, arbeidsomstandigheden, pensioenleeftijd, huisvestingsbeleid, herverdeling van de rijkdom, toegang tot gezondheidszorg en de kostprijs van de zorgen, ...

Alle levensfasen worden hierdoor getroffen. Deze factoren hebben een cumulatieve invloed op de gezondheid en de mortaliteit en zijn onderling nauw met elkaar verbonden.

De **sociale ongelijkheden** blijven zeer uitgesproken in het Brussels Gewest :

- **Meer dan één op vier Brusselaars heeft een inkomen onder de armoederisicogrens**
- **28 % van de baby's worden geboren in een huishouden zonder inkomen uit arbeid**
- **17 % bij een alleenstaande moeder**

Omdat in de Brusselse bevolking alle maatschappelijke lagen, van de allerarmsten tot de allerrijksten, zijn terug te vinden, **zijn de sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid in het gewest zeer uitgesproken**, reeds vanaf de geboorte : een kind in een huishouden zonder inkomen uit arbeid heeft twee keer meer kans om te overlijden voor de leeftijd van één jaar, dan een kind in een huishouden met twee inkomens.

**Deze ongelijkheden zetten zich verder in de loop van het leven**, met het risico op chronische ziekten, ongevallen of mentale gezondheidsproblemen die toenemen naarmate men de sociale ladder afdaalt. Bijvoorbeeld laaggeschoolden, werklozen en adolescenten uit sociaal achtergestelde milieus voelen zich in minder goede gezondheid dan de anderen. Tabaksgebruik en chronische ademhalingsproblemen zijn hoger naarmate het opleidingsniveau lager is (30 % van de meisjes in het technisch secundair onderwijs roken dagelijks). Depressiestoornissen komen vaker voor bij mensen met een laag opleidingsniveau en bij werklozen. Vrouwen met maximum een diploma lager onderwijs lijden 4 maal meer aan obesitas dan vrouwen met een diploma hoger onderwijs ... Bij ernstige hartaandoeningen, chronische ademhalingsziekten, diabetes en rugklachten wordt eveneens een sociale gradiënt waargenomen.

Er worden grote sociale ongelijkheden vastgesteld voor de opsporing van baarmoederhalskanker.

**Gezien de sociale heterogeniteit van de Brusselse ruimte, kunnen de sociale gezondheidsongelijkheden in kaart worden gebracht via de ongelijkheid inzake mortaliteit tussen de gemeenten.** De inwoners van de rijkere gemeenten in het zuidoosten van het gewest hebben lagere algemene en vroegtijdige sterftcijfers. Zowel het algemene sterftcijfer als de meeste oorzaaksspecifieke sterftcijfers zijn lager, behalve voor borstkanker en zelfmoord.

**De inwoners van de armere gemeenten sterven op jongere leeftijd.** In de periode 2003-2007 was de levensverwachting bij geboorte voor mannen 3,4 jaar lager bij de inwoners van de armste gemeenten dan bij de inwoners van de rijkste gemeenten. Voor de vrouwen bedroeg het verschil 3,1 jaar. Dit verschil nam zelfs toe bij de mannen in vergelijking met de periode 1998-2002 (verschil van 2,7 jaar).

**De gezondheidsverschillen tussen de arme en rijke Brusselaars nemen toe.** In de context van een algemene verbetering van de gezondheidsindicatoren, zijn de stijgende ongelijkheden meestal het gevolg van een positieve evolutie die meer uitgesproken is voor de rijksten. Dit verklaart de toename van het verschil in mortaliteit voor de leeftijd van één jaar, voor sterfte ten gevolge van longkanker of ischemische hartziekten, maar ook het toenemende verschil in levensverwachting bij de mannen. De stijgende ongelijkheid kan ook verklaard worden door een verslechterde situatie voor de armsten, zoals bijvoorbeeld voor obesitas en diabetes bij vrouwen of tabaksgebruik bij mannen.

## Conclusie

Door het toenemend aantal geboorten in het Brussels Gewest is er nood aan een **voldoende en toegankelijk aanbod** van diensten voor perinatale opvolging, perinatale zorg, preventieve en curatieve zorgen van jonge kinderen en van kinderen op schoolleeftijd. Deze eerste conclusie is reeds door iedereen gekend en ingeschreven in de verschillende regeerakkoorden van het Brussels Gewest.

Een tweede conclusie is dat de **aanpassing van het zorgaanbod aan de evolutie van de noden moet worden verdergezet**. In de Gezondheidsindicatoren wordt hier een hoofdstuk aan gewijd. Dank zij een studie van het RIZIV weten we eveneens dat de Brusselse bevolking eind 2009 het minst beroep deed op een huisarts en het minst over een Globaal Medisch Dossier (GMD) beschikte. De gezondheidsuitgaven voor thuiszorg zijn 2,7 keer lager dan in Vlaanderen en 2,1 keer lager dan in Wallonië. De consultaties bij ONE en Kind & Gezin kennen een stijging in verhouding tot de stijging van het aantal geboorten in het Brussels Gewest. De medische evolutie van de gezondheidszorg en van de verzorging in het ziekenhuis maken de medische behandelingen doeltreffender. Een stijging van de levensverwachting is daarvan het resultaat. De oriëntatie van het zorgaanbod is een prioriteit, met name de ondersteuning van de **huisartsengeneeskunde**, de ondersteuning van **thuiszorg**, de behandeling van **chronische ziekten** en de uitbouw van een continuüm **van de zorg**.

**De sociale gezondheidsongelijkheden** vormen de belangrijkste uitdaging voor het Brussels Gewest. Er bestaat een belangrijke sociale gradiënt voor de factoren die de gezondheid bepalen en voor de verschillende oorzaken van vroegtijdige sterfte. Om te voorkomen dat de kloof verder groeit, is het noodzakelijk dat het beleid erop toeziet dat gezondheids promotie en preventieve gezondheidszorg zoals screeningprogramma's correct georganiseerd en ondersteund worden en zich richten op de volledige bevolking, ook de armsten. De eerstelijnsgezondheidszorg heeft hierin een zeer belangrijke rol. Wetende dat de gezondheidszorg gemiddeld slechts 20 % van de gezondheidstoestand van een bevolking verklaart, moeten **vele andere bevoegdheidsdomeinen op een transversale manier worden betrokken**, opleiding, tewerkstelling en vorming, huisvesting, ruimtelijke ordening, leefmilieu, enz.

De omvang van **geestelijke gezondheidsproblemen** in het Brussels Gewest en de gevolgen hiervan voor invaliditeit en vroegtijdige sterfte, mogen niet genegeerd worden. De zeer recente interministeriële conferentie volksgezondheid van deze maandag 26 april gaf haar akkoord in verband met een belangrijke stap voor een hervorming onder de naam "**naar een betere geestelijke gezondheidszorg via de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken**". Deze hervorming heeft tot doel de verschillende behandelingsniveaus van hospitalisatie tot ambulante zorg beter op elkaar af te stemmen en zo de geestelijke gezondheidszorg bij de patiënten in de woonomgeving te organiseren.

Het Brussels Gewest moet tenslotte ook rekening houden met de specifieke behoeften ten gevolge van haar **statuut als hoofdstad** van het land. 19 % van de overlijdens en 26 % van de geboorten in het Brussels Gewest betreffen immers personen die niet in het Brussels Gewest wonen. Het Gewest moet haar **internationale faam** inzake kwaliteit en toegankelijkheid van haar zorgaanbod behouden en zelfs verbeteren.