

Observatorium voor Gezondheid & Welzijn

Gezondheids i n d i c a t o r e n

Brussels Hoofdstedelijk Gewest
2001



Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie

Gezondheids indicatoren

Brussels Hoofdstedelijk Gewest

Redactie

Myriam De Spiegelaere

Ilse Wauters

Truus Roesems

Met wetenschappelijke medewerking van:

Claire Nguyen, Edwige Haelterman

Met dank aan:

In de eerste plaats danken we P. Deboosere (Steunpunt demografie VUB), M. Dramaix (statistiques médicales, ESP ULB), B. Buysse (K&G), M.C. Mauroy en P. Bollu (ONE), het " Team Gezondheidsindicatoren " van de Vlaamse Gemeenschap, Het Brussels Instituut voor Milieubeheer (BIM), M. Wanlin (FARES) en M. Uydebrouck (VRGT), T. Degreef en J. Pacolet (HIVA) en M. Vanderveken (CTB) voor hun doordachte raad, evenals dokters V.Gilbert en V.du Parc die de tijd namen om een groot deel van het rapport na te lezen. We danken ook de diensten voor burgerlijke stand van de 19 Brusselse gemeenten en de artsen die actief meewerkten voor het verzamelen van de statistieken inzake geboorte en sterfte in Brussel, evenals de secretaresses van het Observatorium die alle formulieren zeer zorgvuldig controleerden. We danken ook alle onderzoeksploegen, organisaties en administraties die dit werk mogelijk maakten dankzij de gegevens die ze ter beschikking stelden.

Vertaling:

Omtrent Gezondheid

Uitgever:

Question Santé

Vormgeving:

YOU MAKE ME© info@youmakeme.be

Foto's:

De leden van " l'Atelier Rencontre, ASBL Source "

Samira Wijmeersch

Foto-archief van Question Santé

Voor bijkomende inlichtingen :

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad

Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie

Louizalaan 183

1050 Brussel

Telefoon : 02/502.60.01

Fax : 02/502.59.05

E-mail : observat@ggc.irisnet.be

D/2001/9334/1

Inhoudstabel

| | |
|---|-----|
| Voorwoord | 5 |
| 1 _ Algemeen overzicht | 6 |
| 1 _ 1 Demographische context | 7 |
| 1 _ 2 Geographische context | 18 |
| 1 _ 3 Economische context | 20 |
| 2 _ Mortaliteit | 22 |
| 2 _ 1 Algemene mortaliteit | 23 |
| 2 _ 2 Doodsoorzaken | 28 |
| 3 _ Gezondheidsproblemen | 32 |
| 3 _ 1 De inschatting van de eigen gezondheid | 33 |
| 3 _ 2 Chronische aandoeningen | 34 |
| 3 _ 3 Infectieziekten | 40 |
| 3 _ 4 Geestelijke gezondheid | 46 |
| 3 _ 5 Verslavingen | 48 |
| 3 _ 6 Ongevallen | 52 |
| 3 _ 7 Beroepsziekten | 55 |
| 3 _ 8 Handicaps en invaliditeit | 55 |
| 4 _ Moeder en kind | 56 |
| 4 _ 1 Over de zwangerschap | 57 |
| 4 _ 2 Gezondheid van het jonge kind | 61 |
| 5 _ Schoolgaande kinderen en jongeren | 68 |
| 5 _ 1 Mortaliteit | 69 |
| 5 _ 2 Morbiditeit | 70 |
| 6 _ De ouderen | 76 |
| 6 _ 1 De demographische evolutie | 77 |
| 6 _ 2 Levensomstandigheden | 78 |
| 6 _ 3 Gezondheidstoestand | 80 |
| 7 _ Gezondheid en milieu | 84 |
| 7 _ 1 De milieubekommernissen van de Brusselaars | 85 |
| 7 _ 2 De kwaliteit van de lucht | 86 |
| 7 _ 3 Geluidshinder | 88 |
| 7 _ 4 Gezonde huisvesting | 90 |
| 7 _ 5 Groenvoorzieningen en speelterreinen | 94 |
| 8 _ Sociale ongelijkheid en gezondheid | 98 |
| 8 _ 1 Ongelijkheid voor de dood | 99 |
| 8 _ 2 Ongelijkheid voor de ziekte | 101 |
| 8 _ 3 Ongelijkheid voor preventie | 104 |
| 8 _ 4 Ongelijkheid voor de medische zorgverlening | 108 |
| 9 _ Multicultureel Brussel | 110 |
| 9 _ 1 Mortaliteit | 111 |
| 9 _ 2 Morbiditeit | 115 |
| Bibliografie | 120 |
| Afkortingen | 127 |

Voorwoord

Dit eerste overzicht van enkele gezondheidsindicatoren van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest moet als een werkinstrument beschouwd worden. Voor iedereen en alle instanties die vanuit hun politieke verantwoordelijkheid, hun professionele activiteiten of hun burgerzin actief deelnemen aan de verbetering van de gezondheid in Brussel.

Het Centrum voor Gezondheidsobservatie heeft onder meer als doelstelling gegevens te verzamelen over de gezondheidstoestand van de bevolking, deze gegevens te analyseren en ze te verspreiden onder de verschillende betrokken actoren. Het is binnen dit kader dat dit eerste overzicht van gezondheidsindicatoren zich situeert. Het heeft geenszins de pretentie volledig te zijn. We hebben eenvoudigweg getracht op een samenhangende wijze alle kwantitatieve en kwalitatieve gegevens bijeen te brengen die geregistreerd werden door de mensen op het terrein, de administraties of onderzoekers. De indeling volgens de verschillende hoofdstukken is sterk geïnspireerd door de overzichten die gerealiseerd werden door de Regionale Centra voor Gezondheidsobservatie in Frankrijk en Henegouwen, met als achterliggend idee de parallelle lectuur en interregionale vergelijking te bevorderen. In de toekomst willen wij graag, in samenwerking met andere grote steden, instrumenten uitwerken. Die een goede vergelijking tussen verschillende steden met een gelijkaardige situatie, mogelijk maken.

De beperkingen van dit eerste werkstuk zijn duidelijk. Op de eerste plaats hebben wij ervoor gekozen de gezondheidsproblematiek vanuit de behoeften te benaderen, veeleer dan vanuit het aanbod. Dit maakt dat heel wat gegevens vanwege de sociale gezondheidsdiensten niet in dit overzicht opgenomen werden en het onderwerp dienen uit te maken van een nieuwe synthese.

Vervolgens vertonen de gegevens tekorten en dit op talrijke domeinen. Deze leemten dienen stelselmatig weggewerkt te worden. Wij verwachten talrijke opmerkingen, voorstellen en suggesties van de gebruikers ter verbetering van dit werk. Tenslotte kan de "observatie" van de gezondheid slechts volledig tot zijn recht komen vanuit een dynamisch perspectief. Deze eerste beschrijving van de situatie moet in de toekomst verrijkt worden vanuit een longitudinale visie. Die moet het mogelijk maken om de weerslag van het gezondheidsbeleid te evalueren, maar ook van de politiek die gevoerd wordt op alle andere terreinen die een invloed hebben op de essentiële determinanten van de gezondheid, zoals huisvesting, het sociale en economische beleid, de mobiliteit, het milieu, de opvoeding, enz.

Om de leesbaarheid te vergroten, hebben we getracht om lange opeenvolgingen van cijfers, tabellen en methodologische preciseringen te vermijden. Uitgebreidere gegevens zijn beschikbaar op het Centrum voor Gezondheidsobservatie, net zoals de publicaties die aangewend werden en geciteerd staan in de referenties.

De actualisering van de gegevens en de uitbreiding van de thema's zal verzorgd worden via fiches die regelmatig zullen gepubliceerd worden.

Het is de wens van het Centrum dat talrijke partners zich zullen aansluiten bij dit initiatief, zodat dit overzicht van regionale gezondheidsindicatoren kan uitgroeien tot een gemeenschappelijk werkinstrument.

Wij wensen u veel leesgenot,

Namens het Centrum voor Gezondheidsobservatie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest,
Myriam De Spiegelaere
Annette Perdaens
Truus Roesems
Ilse Wauters



1

Algemeen overzicht



De gezondheid van een bevolking wordt in grote mate bepaald door haar demografische kenmerken en haar fysieke, economische en sociale omgeving. Daarom leek het ons zeer nuttig om dit rapport over de gezondheid van de Brusselaars te starten met een korte schets van de demografische, sociale en economische context in Brussel.

1 _ 1 Demografische context

1 _ Structuur en evolutie van de bevolking

Het Brusselse bevolkingsaantal stabiliseert zich

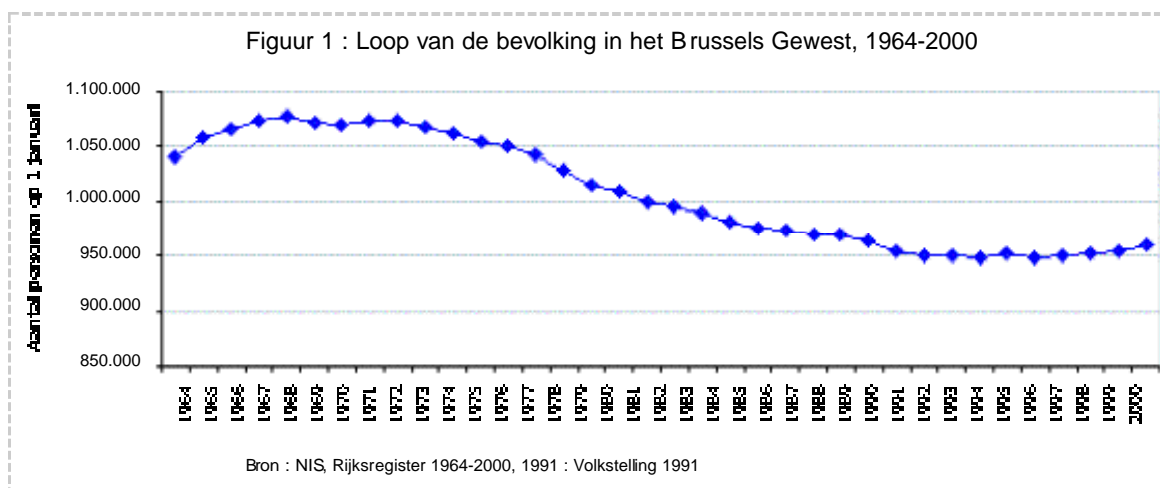
Op 1 januari 2000 telde het Brussels Hoofdstedelijk Gewest⁰ 959.318 inwoners.

Tabel 1 : Bevolking in de 3 gewesten op 1 januari 2000

| Bevolking | Brussel | Vlaanderen | Wallonië | België |
|---------------------------|---------|------------|-----------|------------|
| Totaal | 959 318 | 5 940 251 | 3 339 516 | 10 239 085 |
| % van de totale bevolking | (9,4 %) | (58 %) | (32,6 %) | (100 %) |
| Mannen | 457 852 | 2 929 510 | 1 618 652 | 5 006 014 |
| % van de totale bevolking | (9,1 %) | (58,5 %) | (32,3 %) | (100 %) |
| Vrouwen | 501 466 | 3 010 741 | 1 720 864 | 5 233 071 |
| % van de totale bevolking | (9,5 %) | (57,5 %) | (32,9 %) | (100 %) |

Bron : NIS, Bevolkingsstatistieken (toestand op 1/1/2000)

In 1968 bereikte de Brusselse bevolking een maximum met meer dan een miljoen inwoners. In de daaropvolgende 24 jaar nam het bevolkingsaantal geleidelijk af. In 1996 bedroeg het aantal nog slechts 948 122. Sindsdien merken we echter een stabilisatie en zelfs een lichte aangroei van het aantal inwoners (figuur 1).



Een noodzakelijke correctie van de officiële cijfers

Verschillende bronnen wijzen erop dat het aantal inwoners in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest hoger ligt dan het aantal officieel ingeschreven personen in het bevolkingsregister van de gemeenten (Noel 2000). Een aantal bewoners is officieel niet ingeschreven in het bevolkingsregister, omdat ze door hun speciaal statuut geen verplichting tot inschrijving hebben, of omdat ze gedomicileerd zijn buiten het Brussels Gewest hoewel ze er verblijven. In 1997 schatte men dit aantal op ongeveer 40 000 personen¹.

Brussel telt eveneens een belangrijk aantal illegale bewoners².

Het aantal personen dat niet is ingeschreven in het bevolkingsregister varieert van gemeente tot gemeente en van buurt tot buurt. Het wijkcontract 'Crystal –Zwarte Vijvers' schatte bijvoorbeeld dat het aantal niet-geregistreerde personen 20 % zou bedragen van de bevolking in Oud-Molenbeek (Stegen 2000).

Brussel: een multiculturele stad

28,5 % van de bevolking heeft niet de Belgische nationaliteit. Het Brussels Gewest telt daarmee 30 % van het totaal aantal vreemdelingen die in België verblijven. Van alle grote Belgische steden telt Brussel het grootste aantal inwoners van buitenlandse origine (tabel 2).

Tabel 2 : Aantal niet-Belgen in het Rijk en de gewesten op 1 januari 2000

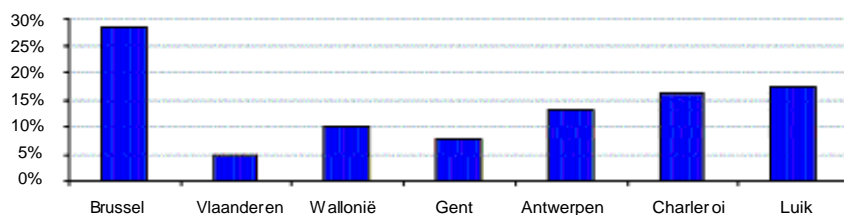
| Bevolking | Brussel | Vlaanderen | Wallonië | België |
|---|----------|------------|-----------|-----------|
| Belgen | 685 705 | 5 646 601 | 3 009 669 | 9 341 975 |
| (%) | (71,5 %) | (95 %) | (90 %) | (91 %) |
| Niet-Belgen | 273 <613 | 293 650 | 329 847 | 897 110 |
| (%) | (28,5 %) | (5 %) | (10 %) | (9 %) |
| % niet-Belgen tov het rijkstotaal niet-Belgen | 30,5 % | 32,7 % | 36,8 % | 100 % |

Bron: NIS, Bevolkingsstatistieken (toestand op 1 januari 2000)

¹ Deze inwoners zijn: het buitenlands diplomatiek personeel (12 600 personen), personen verbonden aan Europese of internationale instellingen (behalve de Europese Unie) zoals Eurocontrol enz. (300 personen), kandidaat politiek vluchtelingen opgenomen in het wachtregister (13 749 personen op 1/8/96), personen zonder vaste verblijfplaats (ongeveer 2 000 personen), studenten hoger universitair onderwijs die op k ot zijn in het Brussels Gewest maar er niet officieel gedomicileerd zijn (ongeveer 15 000 personen). (Noel 2000).

² Gezien de situatie van deze personen is het onmogelijk hun aantal te schatten.

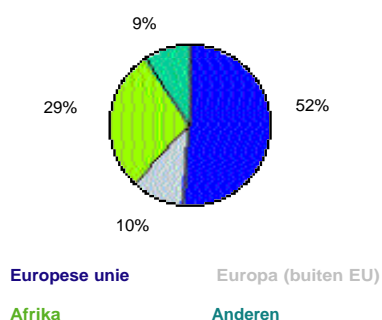
Figuur 2 : Aandeel niet-Belgen in de totale bevolking per gewest en in de grote Belgische steden. Situatie op 1 januari 2000



Bron: NIS, Bevolkingsstatistieken (toestand op 1 januari 2000)

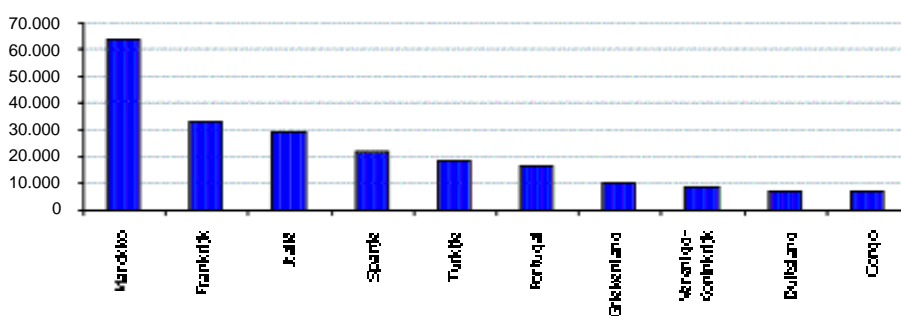
Meer dan de helft van de niet-Belgische inwoners zijn afkomstig uit de Europese Unie (figuur 3). Het groot aantal Marokkanen verklaart het belangrijk percentage Afrikanen in Brussel. De Marokkanen vormen inderdaad de belangrijkste groep niet-Belgen in Brussel (figuur 4).

Figuur 3 : Verdeling van de Brusselse niet-Belgen volgens geografische herkomst



Bron : NIS, Bevolkingsstatistieken (toestand op 1 januari 1999)

Figuur 4 : Voornaamste nationaliteiten bij de niet-Belgische Brusselse inwoners



Bron : NIS, Bevolkingsstatistieken (toestand op 1 januari 1999)

De demografische structuur weerspiegelt de sociale en multiculturele realiteit van het Brussels Gewest

De leeftijdsstructuur van de Brusselse bevolking verschilt nauwelijks van het Belgische gemiddelde (tabel 3).

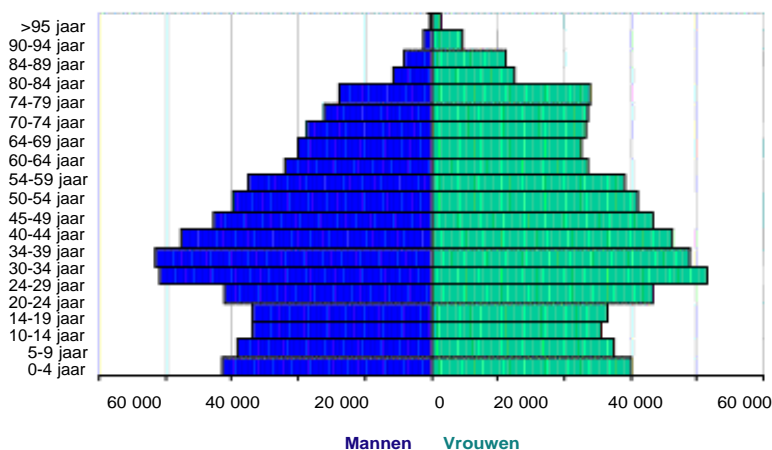
Tabel 3 : Verdeling van de bevolking per leeftijdsgroep per gewest. Situatie op 1 januari 2000

| | Brussel | Vlaanderen | Wallonië | België |
|----------------------------|---------|------------|----------|--------|
| < 18 jaar | 21,0 % | 20,6 % | 22,2 % | 21,1 % |
| 18-64 jaar | 62,2 % | 62,7 % | 61,0 % | 62,1 % |
| 65 en meer | 16,8 % | 16,7 % | 16,8 % | 16,8 % |
| Afhankelijkheidsgraad voor | | | | |
| ouderen ³ | 27,0 % | 26,7 % | 27,5 % | 27,0 % |

Bron : NIS, Bevolkingsstatistieken. (toestand op 1 januari 2000)

Algemeen genomen constateren we sinds enkele decennia een veroudering van de bevolking die mee wordt verklaard door een verlenging van de levensduur en een daling van de vruchtbaarheid. In de bevolkingshistogrammen zien we een "ontgroening" aan de basis (minder jongeren) en een "vergrijzing" aan de top (het aantal en de leeftijd van de ouderen stijgen).

Figuur 5 : Bevolkingshistogram van het Brussels Gewest. Situatie op 1 januari 2000

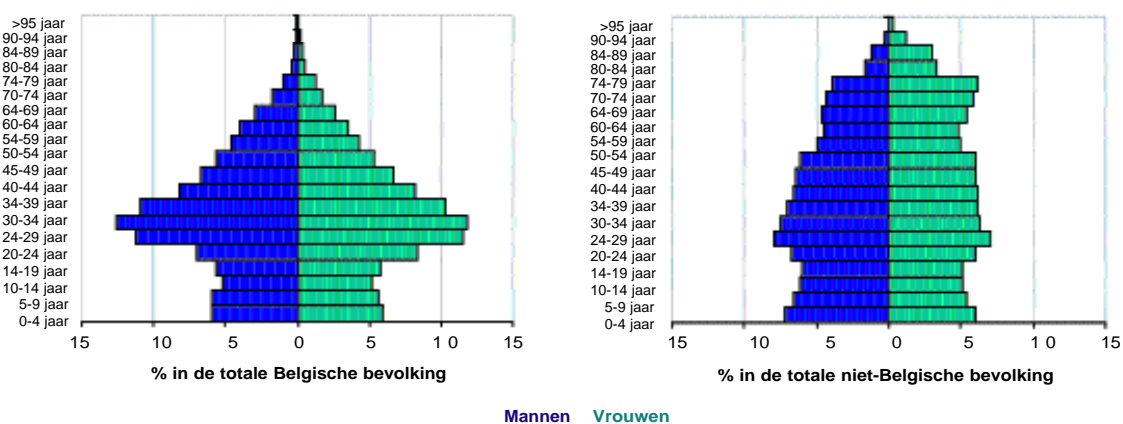


Bron : NIS, bevolkingsstatistieken (toestand op 1 januari 2000)

De cijfers van de totale Brusselse bevolking verbergen echter de verschillen in leeftijdsopbouw tussen de Belgische en niet-Belgische bevolking. Een vergelijking van de twee bevolkingshistogrammen toont duidelijk aan dat de niet-Belgische bevolking 'jonger' is dan de Belgische bevolking (figuur 6).

³ De afhankelijkheidsgraad voor ouderen is het aantal 65 plussers in verhouding tot het aantal personen van 18 tot 64 jaar (x100).

Figuur 6 : Bevolkingshistogram van Belgische en niet-Belgische inwoners in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Situatie op 1 januari 2000



Bron : NIS, bevolkingsstatistiek en (toestand op 1 januari 2000)

De leeftijdsstructuur van de Brusselse bevolking is weinig gewijzigd sinds 1971 (De Lannoy 1999). Zoals overal is de levensverwachting toegenomen, wat een stijging van het aantal 80-plussers met zich meebrengt. Op basis van de bevolkingsvooruitzichten van het NIS (1995-2020) lijkt het er echter op dat de Brusselse bevolking gedeeltelijk aan de bevolkingsveroudering ontsnapt. Vergeleken met de rest van het land kent het Brussels Gewest een kleinere daling van het aantal jongeren onder de 20, een opvallende concentratie van 'actieve' leeftijdsgroepen (20-59 jaar) en een beduidend kleinere toename van het aantal 60-plussers (De Lannoy 1999). Het opschuiven van een vrij groot aantal migrantenjongeren naar de actieve leeftijdsgroepen wordt zeker een sleutelement in de Brusselse demografische evolutie de komende decennia. Deze evolutie zal tot gevolg hebben dat de afhankelijkheidsgraad vrij stabiel zal blijven in Brussel, dit in tegenstelling tot de overige gewesten waar de vergrijzing toeneemt en de afhankelijkheidsgraad zal stijgen.

De samenstelling van de bevolking verschilt van buurt tot buurt

De leeftijdsstructuur van een bevolking heeft een duidelijke invloed op het buurtleven en de noden inzake gezondheidszorg. Deze verschillen zijn in kaart gebracht⁴(kaart 1). De Brusselse statistische buurten werden onderverdeeld in 5 types (clusters). De gemiddelde leeftijdsstructuur van elk type buurt is aangeduid met een klein cirkeldiagram. Alle buurten van hetzelfde type zijn aangegeven in dezelfde kleur op de kaart (zelfde kleur als het cirkeldiagram dat ermee overeenstemt). De naam van elk type verwijst naar de leeftijdsgroep die oververtegenwoordigd is in deze buurten, wat natuurlijk niet wegneemt dat er in elke buurt personen leven van elke leeftijdsgroep. De leeftijdsstructuur voor het volledige Brussels Hoofdstedelijk Gewest is ter vergelijking weergegeven in het wit.

Bij de eerste twee types is de leeftijdsstructuur het meest afwijkend van het regionaal gemiddelde.

De wijken van type één (donkerblauw) zijn 'jonge' wijken. Ze zijn voornamelijk gelegen in de 19e eeuwse gordel van Brussel, rond de Sint-Antoniuswijk in Vorst, rond de Graystraat en de Werystraat in Elsene, de Baucqstraat in Etterbeek en de Triomflaan in Oudergem. Ongeveer een derde van deze bevolking is jonger dan 20. Het aandeel ouderen is hier erg klein, gemiddeld 8,6 %. Hier vinden we meer jongvolwassenen en minder 35-plussers dan gemiddeld.

De wijken van type 2 (donkergroen) zijn daarentegen 'oude' wijken. Ongeveer een derde van deze bevolking is ouder dan 65. Hier vinden we minder dan 16 % kinderen en minder dan 16 % jongvolwassenen. Deze wijk en zijn voornamelijk gelegen in de rand van het gewest.

De wijken van type 3 en 4 hebben een bevolkingsstructuur die dicht aanleunt bij het regionaal gemiddelde. In de wijken van type 3 (lichtgroen) wonen meer ouderen dan gemiddeld. Deze wijken liggen vooral in de rand van de stad. In de wijken van type 4 (lichtblauw) zijn families met kinderen oververtegenwoordigd. Deze wijken liggen in de residentiële zones in het zuid-westen en in Laken, Neder-Over-Heembeek en Haren in het noorden.

Het vijfde type wijk (grijs) is typisch voor de stad. Het zijn wijken waar meer dan 30 % van de bevolking tussen de 20 en 34 jaar is. Er wonen relatief weinig kinderen en ouderen. Deze buurten worden gekenmerkt door een groot aandeel alleenwonenden en door frequente verhuizingen. Dat laatste is gelinkt aan de beperkte familiale en professionele stabiliteit van deze jongvolwassenen die hun intrede doen op de 'woningmarkt'. Elsene is bijna volledig samengesteld uit dit soort wijken, behalve in het zuiden (Boondaal). We zien ook een groot deel jongvolwassenen die in het oosten van de vijfhoek wonen, de Louizalaan, het oosten van Sint-Gillis, de Wielemans-Ceuppenslaan en in bepaalde wijken aan de Alsebergsesteenweg in Vorst, de buurten rond de universiteiten, de Europese wijk, het centrum van Bosvoorde en de stationswijk van Schaarbeek.

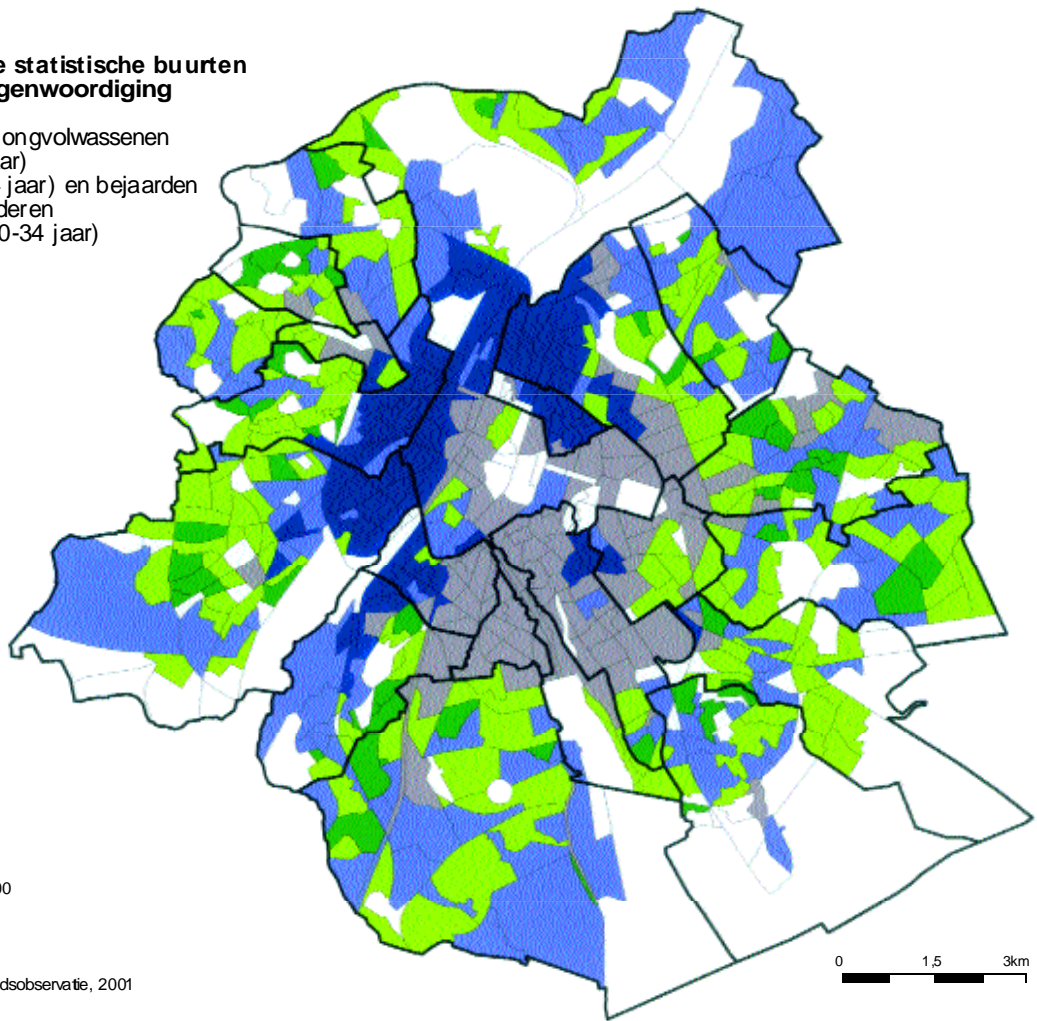
De typologie van de wijken wordt sterk beïnvloed door de aard van de woningmarkt.

⁴ De buurten zijn opgedeeld op basis van een clusteranalyse. Dit is een methode om een synthese te maken waarbij gelijkaardige buurten samengebracht worden in eenzelfde type (cluster), met dien verstande dat de verschillen tussen clusters zo groot mogelijk moeten blijven. Buurten met minder dan 200 inwoners zijn niet opgenomen in de analyse, aangezien het aantal te klein is om tot een correcte interpretatie van de percentages te komen. Voor meer informatie over de gebruikte methodologie, kan u contact opnemen met het Centrum voor Gezondheidsobservatie.

Kaart 1 : Leeftijdsstructuur van de bevolking op 1 januari 2000, Brussels Hoofdstedelijk Gewest

Typologie van de statistische buurten oververtegenwoordiging

- kinderen (0-19) en jongvolwassenen
- bejaarden (>=65 jaar)
- volwassenen (35-64 jaar) en bejaarden
- volwassenen en kinderen
- jongvolwassenen (20-34 jaar)
- < 200 inwoners

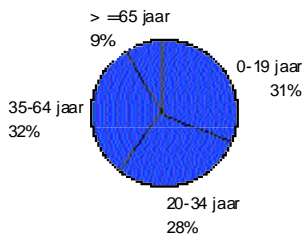


Bron : Rijksregister, 1/1/2000

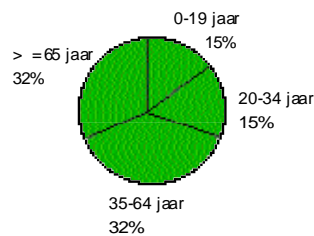
©Centrum voor Gezondheidsobservatie, 2001
cartografie: T. Roesems

0 1,5 3km

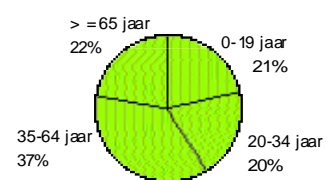
Cluster 1 :
oververtegenwoordiging van kinderen en jongvolwassenen



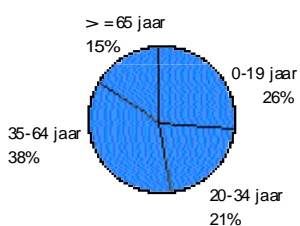
Cluster 2 :
oververtegenwoordiging van bejaarden



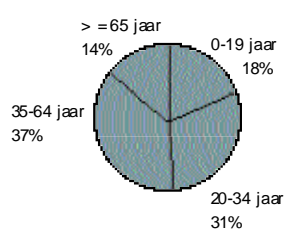
Cluster 3 :
oververtegenwoordiging van volwassenen en bejaarden



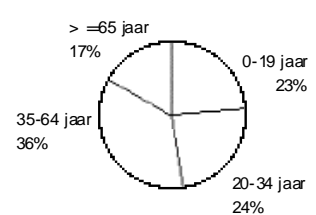
Cluster 4 :
oververtegenwoordiging van volwassenen en kinderen



Cluster 5 :
oververtegenwoordiging van jongvolwassenen



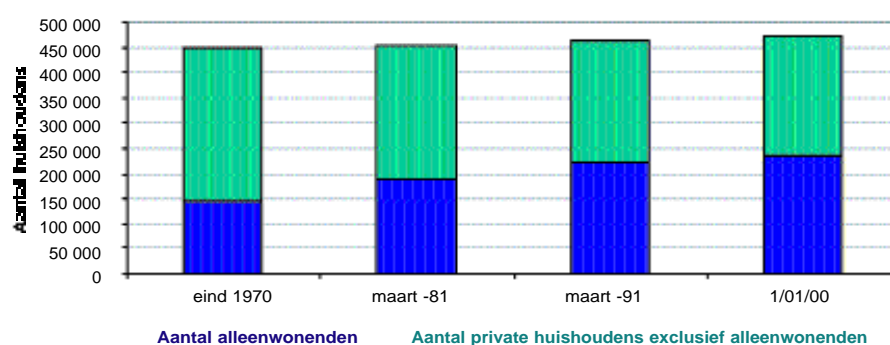
Gemiddelde voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest



De “niet-klassieke” huishoudens worden steeds talrijker in Brussel

De samenstelling van Brusselse huishoudens onderscheidt zich op verschillende vlakken van die in de andere gewesten. Sinds de jaren 70 merken we een toename van het aantal 'private' huishoudens⁵ in het Brussels Gewest. Deze stijging gaat gepaard met een afname van de omvang van de huishoudens en met een toename van het aantal alleenwonenden (figuur 7). In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest bestaat 50 % van de private huishoudens uit alleenstaanden. In Vlaanderen is dat slechts 27 %, in Wallonië 31 %.

Figuur 7: Evolutie van het aantal alleenwonenden in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 1970-2000



Bron : De Lannoy 2000, NIS bevolkingsstatistieken (toestand op 1/1/2000)

Kinderen die leven in eenoudergezinnen zijn oververtegenwoordigd in Brussel (Deboosere 1997).

De Turkse en Maghreb-bevolkingsgroepen bewaren vaker een traditionele gezinsstructuur: de ouders zijn meestal getrouwd en hebben kinderen op jongere leeftijd. Dit type huishoudens bevindt zich voornamelijk in de gemeenten van de eerste kroon waar de sterkste concentratie is van Turkse en Marokkaanse gezinnen (Deboosere 1997).

2 _ Loop van de bevolking

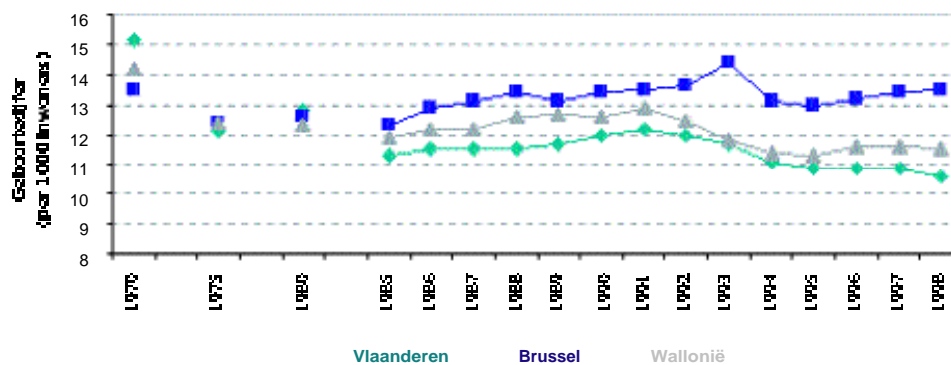
Een bevolking is een dynamisch geheel: geboorten, overlijdens, emigratie en immigratie zorgen ervoor dat een bevolking steeds in beweging blijft.

Een hoog geboortecijfer

Sinds de jaren 80 heeft Brussel het hoogste geboortecijfer van het land (figuur 8). In 1998 telde men 13,5 geboorten per duizend inwoners.

⁵ Een privaat huishouden wordt gedefinieerd tov een collectief huishouden (gevangenis enz...).

Figuur 8 : Evolutie van het geboortecijfer per gewest, 1970-1998



Bron: NIS, Rijksregister 1970-1998

Deze hoge geboortecijfers zijn deels te verklaren door het groot aandeel jonge vrouwen in de bevolking, deels door het hoge vruchtbaarheidscijfer.

In België blijft het vruchtbaarheidscijfer (aantal kinderen per vrouw tussen 15 en 49 jaar) reeds sinds een vijftiental jaar vrij stabiel (gemiddeld 1,6 kinderen per vrouw) (BIGE 1999, Deboosere 2000). In Brussel lag het vruchtbaarheidscijfer in 1998 op 1,8 kinderen per vrouw (1,5 kinderen per Belgische vrouw en 2,3 kinderen per niet-Belgische vrouw).

Het algemeen sterftcijfer daalt

De bruto⁶ sterftcijfers dalen in de loop der tijd regelmatig, zowel in Brussel als in de rest van het land. Sinds 1980 heeft Brussel het hoogste brutosterftcijfer van het land (BIGE 1999). In 1998 bedroeg het brutosterftcijfer 10,9 % in Brussel, 9,6 % in Vlaanderen en 11,1 % in Wallonië. Maar aangezien de sterftcijfers sterk verbonden zijn met de demografische structuur van de bevolking, is een vergelijking van de brutocijfers niet erg interessant.

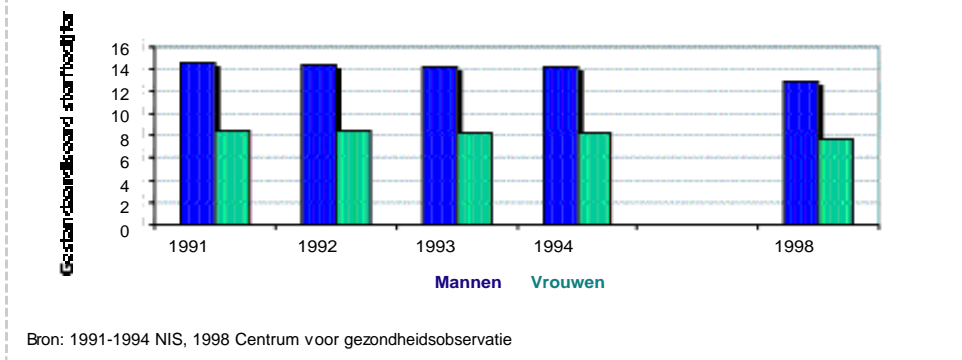
Door de cijfers te standaardiseren voor leeftijd kunnen de sterftcijfers van bevolkingsgroepen met een verschillende leeftijdsstructuur vergeleken worden. De verschillen in mortaliteit ten gevolge van een verschillende leeftijdsstructuur worden dan immers weg-gewerkt. Na standaardisatie voor leeftijd blijkt het sterftcijfer van Brusselse mannen gelijkaardig aan het nationale cijfer, terwijl de mortaliteit bij vrouwen lager ligt dan in andere regio's van het land (Deboosere 2001).

De vergelijking van de sterftcijfers gestandaardiseerd naar leeftijd in Brussel⁷ toont een lichte daling tussen 1994 en 1998, iets sterker voor mannen dan voor vrouwen (figuur 9).

⁶ Het brutosterftcijfer is het aantal overlijdens in verhouding tot de totale bevolking.

⁷ Het gestandaardiseerd sterftcijfer naar leeftijd verkrijgt men door de sterftcijfers van elke leeftijdscategorie toe te passen op de Belgische bevolking in 1998 (directe standaardisatie).

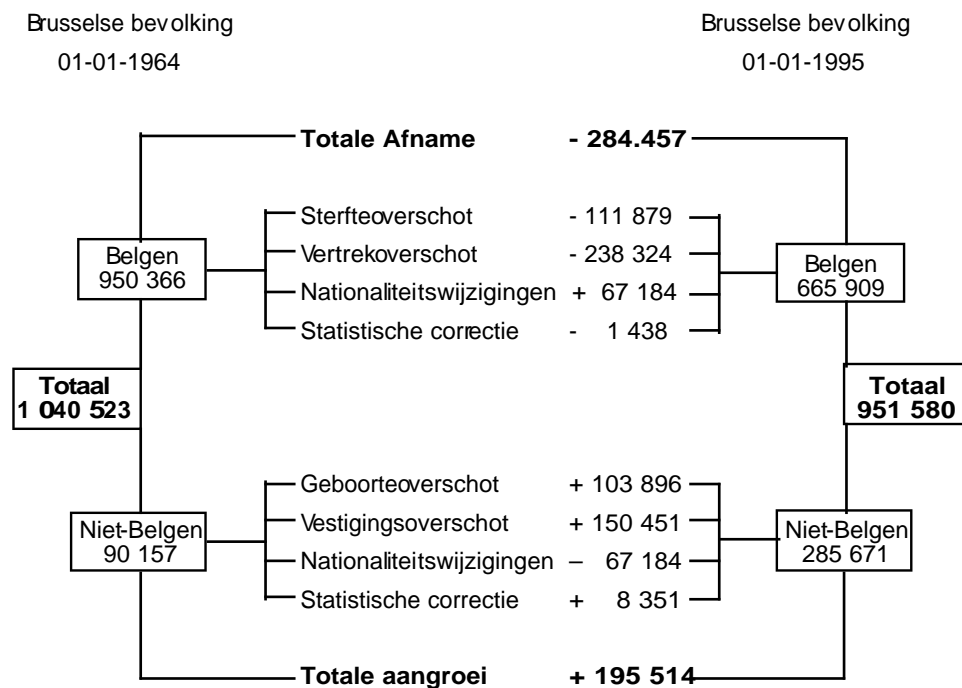
Figuur 9: Evolutie van de gestandaardiseerde mortaliteitscijfers in Brussel 1994-1998



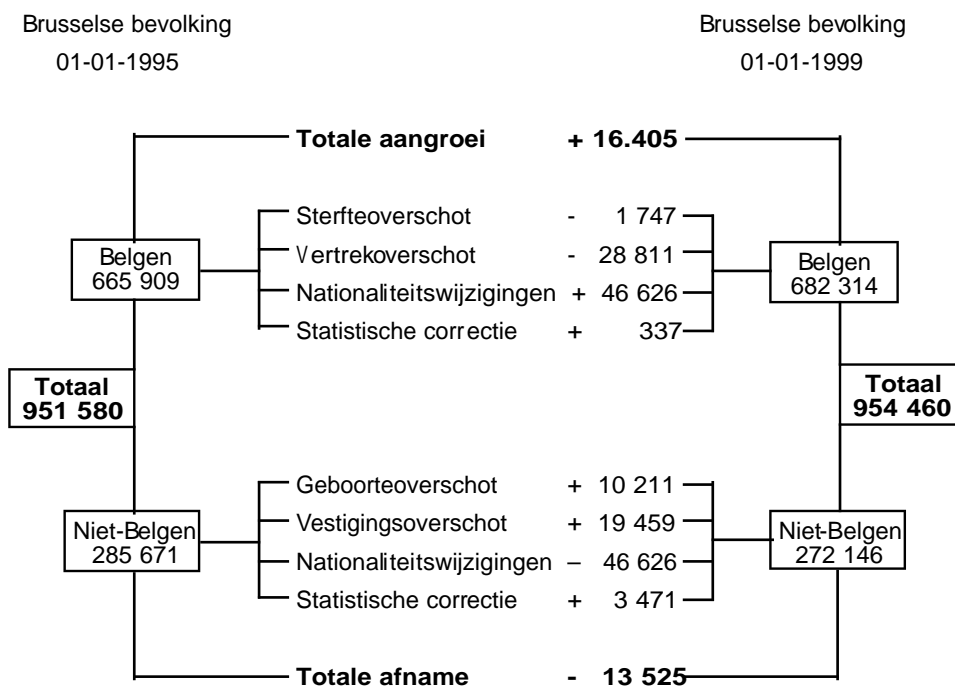
Belangrijke migratiebewegingen die samenhangen met het statuut van Brussel hoofdstad

De laatste dertig jaar is de evolutie van de Brusselse bevolking sterk beïnvloed door migratiebewegingen. Bijhorend schema vat de verschillende bevolkingsbewegingen tussen 1964 en 1995 samen. Deze periode is gekenmerkt door een afname van het Brusselse bevolkingsaantal. Anderzijds beslaat het schema ook de periode 1995 –1999, een periode waarin het bevolkingsaantal zich stabiliseert.

Demografie Brussel 1964-1995



Demografie Brussel 1995-1999



Bron: Van der Haegen 2000

De vermindering van de Brusselse bevolking tussen 1964 en 1995 wordt voornamelijk veroorzaakt door het aanzienlijk aantal Brusselaars die het Gewest verlaten. Deze uitwijking wordt niet gecompenseerd door inwijking. Het natuurlijk saldo is negatief voor de Belgen (meer overlijdens dan geboorten) en positief voor de niet-Belgen. Deze verschillende factoren verklaren waarom in die periode de Belgische bevolking met 30 % afneemt, terwijl de niet-Belgische bevolking verdrievoudigt.

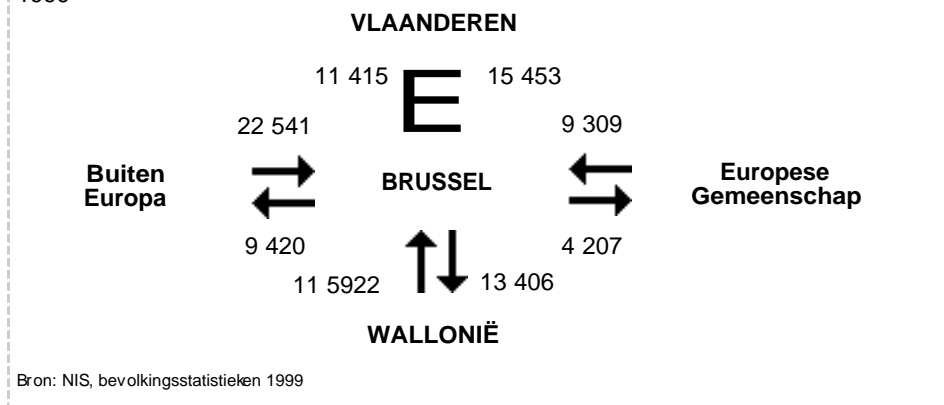
Tussen 1995 en 1999 blijft het aantal inwoners stabiel, de Belgische bevolking neemt lichtjes toe terwijl de niet-Belgen in aantal afnemen. Deze omgekeerde tendens wordt ten dele verklaard door een vermindering van het negatief natuurlijk saldo bij de Belgische bevolking en door de nationaliteitswijzigingen.

De uitstroom van de Belgische bevolking naar andere gewesten was bijzonder groot tijdens de jaren '70. Begin jaren '80 liep dit proces van 'suburbanisatie'⁸ sterk terug ten gevolge van de economische crisis. Deze crisis verplichtte een aantal huishoudens de aankoop van een woning in de rand op te geven of uit te stellen (De Lannoy 1999). Na een heropflakking eind jaren '80 zien we dat sinds 1990 de uitstroom van Brusselaars vermindert.

⁸ 'Suburbanisatie' is het vertrek van bevolking uit grote steden of dichtbevolkte gebieden naar randgebieden.

In de loop van 1999 constateren we echter nog steeds een vertrekoverschot naar Vlaanderen en Wallonië (figuur 10). Dit bevolkingsverlies wordt gecompenseerd door een migratieoverschot vanuit het buitenland. De belangrijkste landen van herkomst zijn Marokko (+ 2297), ex-Joegoslavië (+1630) en Frankrijk (+1217).

Figuur 10 : Migraties van en naar het Brussels Hoofdstedelijk Gewest in de loop van 1999



1 _ 2 Geografische context

Zoals in de meeste grote steden, bepaalt de sociale, economische en culturele geschiedenis van Brussel de stedelijke ruimte. Het is dus zeer interessant de gezondheidsindicatoren te bekijken in hun ruimtelijke context. Veel factoren die de gezondheid beïnvloeden worden immers mede bepaald door lokale omstandigheden (van Oers 1993). De ruimtelijke analyse van bijvoorbeeld mortaliteitsgegevens legt grote gezondheidsverschillen bloot tussen de zogenaamde arme en rijke buurten (Deboosere en Gadeyne 2001), een ongelijkheid die duidelijk aanwezig is in de ruimtelijke structuur van het gewest (Kesteloot 1999). Voor de interpretatie van gezondheidsindicatoren, maar ook voor de organisatie van lokale voorzieningen en de planning van een preventief gericht gezondheidsbeleid, houdt men best rekening met de samenstelling van de bevolking, de bevolkingsdichtheid en andere sociaal-economische kenmerken van de buurten.

Het zou ideaal zijn om, zoals in Nederland of Groot-Brittannië, over gezondheidsgegevens te beschikken voor een gebied dat overeenkomt met het gebied dat als een sociaal-ruimtelijke entiteit beschouwd kan worden, namelijk een buurt of wijk. De statistische buurt is in België de administratieve indeling die dit het beste benadert. Het is bovendien de kleinste ruimtelijke entiteit waarvoor een aantal andere statistieken beschikbaar zijn⁹. Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is opgedeeld in meer dan 700 statistische buurten¹⁰.

Het schaalniveau waarop analyses worden uitgevoerd, hangt uiteraard af van het bestudeerde fenomeen. Informatie over bijvoorbeeld geboorten en sterften of over eerstelijnszorg, moeten op een veel kleiner ruimtelijk niveau bestudeerd worden dan bijvoorbeeld gegevens over zeldzame gezondheidsproblemen.

⁹ Zoals gegevens uit het Rijksregister, de Volkstelling of fiscale statistiek en.

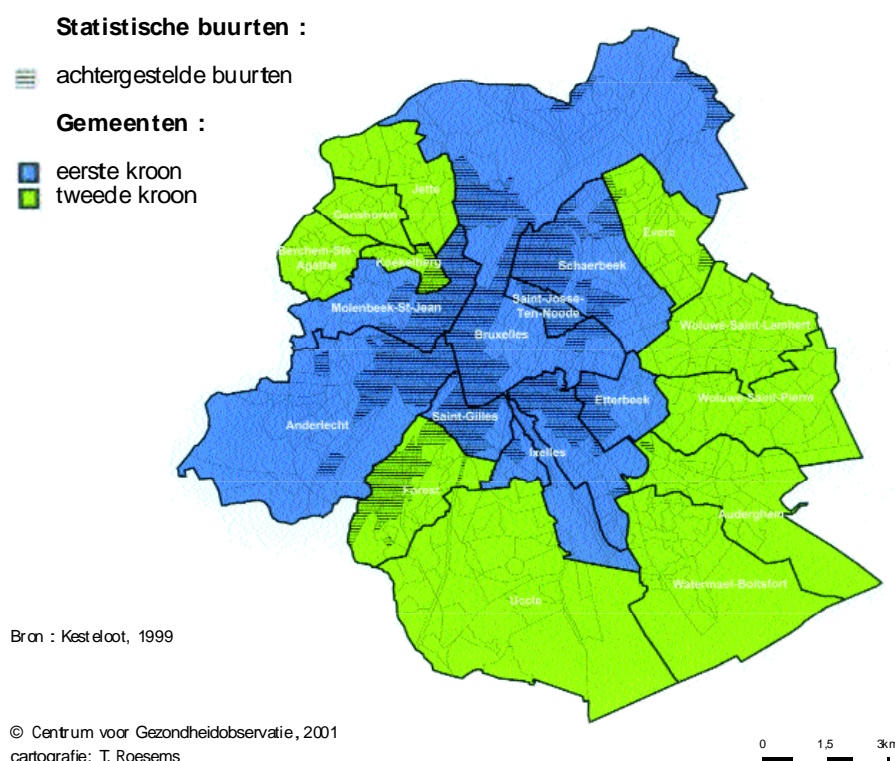
¹⁰ Voor meer informatie over de typologie van statistische buurten: "Atlas van achtergestelde buurten van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest" van Kesteloot C., Roesems T. en Vandenbroecke H. (1999) p.6

Op dit ogenblik zijn er weinig gezondheidsgegevens beschikbaar op buurtniveau. Daarom moeten we ons meestal tevreden stellen met analyses van de gegevens op gemeentelijk niveau. Om de dualiteit tussen 'arme' en 'rijke' gemeenten toch zo goed mogelijk in kaart te brengen, maken we een onderscheid tussen gemeenten van de eerste en de tweede kroon.

De gemeenten van de eerste kroon (zie kaart 2) bevinden zich in het centrum van het Gewest en hebben het grootste deel van de kansarme zone op hun grondgebied. Sint-Joost-ten-Node valt er geheel binnen en slechts een klein deel van Sint-Gillis ontsnapt eraan. De andere gemeenten van de eerste kroon hebben zelf een tweedelige structuur met rijkere en armere buurten. Globaal gezien worden de gemeenten van de eerste kroon als de armste gemeenten van Brussel beschouwd, ondanks het feit dat ze ook rijkere buurten bevatten. Etterbeek is een twijfelgeval, maar omdat het westen van deze gemeente ook in de 19e eeuw bebouwd werd en omdat het gebied verschillende achtergestelde buurten telt, rekenen we deze gemeente ook bij de eerste kroon.

Het omgekeerde geldt voor de gemeenten van de tweede kroon: Evere, Sint-Lambrechts-Woluwe, Sint-Pieters-Woluwe, Oudergem, Watermaal-Bosvoorde, Ukkel, Vorst, Sint-Agatha-Berchem, Koekelberg, Ganshoren en Jette. Met uitzondering van de oude dorpskernen, dateert de bebouwing grotendeels van na de Tweede Wereldoorlog. Deze gemeenten hebben hier en daar ook armere wijken op hun grondgebied, maar worden globaal als rijkere gemeenten beschouwd. In Vorst vinden we nabij de industriezone wel enkele (niet 19e eeuwse) achtergestelde buurten.

Kaart 2 : Gemeenten van de eerste en tweede kroon, Brussels Hoofdstedelijk Gewest



1 _ 3 Economische context

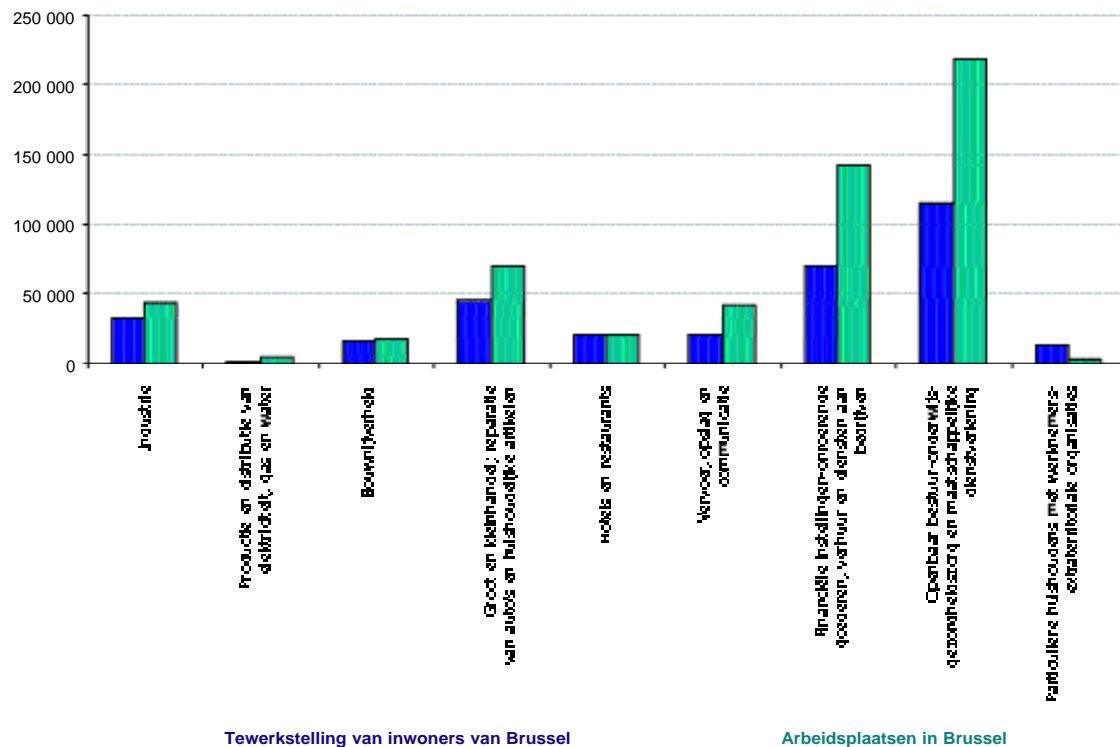
Brussel neemt een belangrijke plaats in in de Belgische, Europese en zelfs internationale economie.

Als economische metropool kan ze de vergelijking doorstaan met andere wereldsteden. Deze economische entiteit reikt echter verder dan de grenzen van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Vele Brusselaars profiteren niet van deze situatie, integendeel. Ze zijn te weinig geschoold om een plaats te vinden op de Brusselse arbeidsmarkt.

Meer dan de helft van de jobs in Brussel zijn ingenomen door niet-Brusselaars. Ongeveer 35 % van de werknemers woont in Vlaanderen, 20 % in Wallonië. Het aandeel niet-Brusselaars ligt het hoogst in sectoren die geschoolde werknemers in dienst hebben (figuur 11).

Bijna 90 % van de arbeidsmarkt wordt ingenomen door de tertiaire en quataire sectoren.

Figuur 11 : Vergelijking tewerkstellingsplaatsen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en tewerkstelling van de Brusselaars, 1998¹¹.



Bron: Statistieken van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 2000

In 2000 is in Brussel 55 % van de bevolking tussen de 15 en 64 jaar actief. Dat is 5,5 % minder dan in de rest van het land. We zien dat er een beter evenwicht is tussen werkende mannen en vrouwen dan in de rest van het land (NIS 2000).

¹¹ De primaire sector werd niet opgenomen in de grafiek vermits deze sector minder dan 1000 personen betreft.

Ondanks een recente positieve evolutie (BGDA 2001) heeft Brussel nog steeds een hoog werkloosheidscijfer. In 2000 telde men 76 217 werkzoekenden.

Het profiel van de Brusselse werklozen verschilt met de rest van het land. Enerzijds zijn er in Brussel ongeveer evenveel mannelijke als vrouwelijke werklozen, terwijl er in de rest van het land meer vrouwen dan mannen werkloos zijn. Anderzijds zien we in Brussel een aanzienlijk groter aantal werklozen met een gezin ten laste (40 %) dan in Vlaanderen of Wallonië, waar de belangrijkste groep werklozen bestaat uit samenwonenden zonder gezinslast (RVA 2000).

De werkloosheidsgraad is bijzonder hoog in bepaalde Brusselse buurten (Kesteloot 1999; Rousseau 2000). In deze buurten woont ook het grootste deel inwoners van buitenlandse afkomst. Bepaalde nationaliteiten worden sterker getroffen door de werkloosheid dan andere (Centrum voor Gezondheidsobservatie 2000).

Het aandeel jongeren bij de werklozen is zeer hoog. In februari 2001 was 15 % van de Brusselse UVW 's¹² jonger dan 25 jaar. Dat is een lichte verbetering ten opzichte van de vorige jaren (BGDA 2001). Er is ook een lichte terugval bij het aantal langdurige werklozen (UVW > 2 jaar), maar het gaat nog steeds om 47 % van de UVW's, dat is bijna de helft. Bovendien worden jaarlijks heel wat mensen geschorst uit de werkloosheid¹³; in 2000 werden in Brussel 903 mensen geschorst omwille van langdurige werkloosheid (RVA 2000).

Een slechte positie op de arbeidsmarkt vertaalt zich uiteraard in het inkomen¹⁴. Brussel verarmt steeds meer in vergelijking met de rest van het land. In 1998 lag het gemiddeld inkomen per inwoner er 8,7 % lager dan in België. De ruimtelijke ongelijkheid binnen het Gewest is enorm, het gemiddeld inkomen per inwoner in de rijkste buurten aan de rand van het Gewest ligt tien maal hoger dan in de armste buurten in het centrum van de stad (Kesteloot 1999, Noel en Vandermorten 2000).

Mensen die moeten rondkomen met een bestaansminimum zijn zelfs niet in de fiscale statistieken opgenomen. Ongeveer 3,5 % van de Brusselse bevolking is afhankelijk van het bestaansminimum of het equivalent, hetzij als gerechtigde, hetzij als persoon ten laste (Centrum voor Gezondheidsobservatie 2000).

Het aantal mensen dat uitgesloten is van de welvaart die in Brussel geproduceerd wordt, is dus behoorlijk groot. Het heeft weinig zin aan het gezondheidsbeleid te sleutelen, wanneer niet tegelijkertijd aan de levensomstandigheden gewerkt wordt. Het is belangrijk dat bij nieuwe ontwikkelingsplannen voor de stad, zoals de nieuwe wijkcontracten en het Gewestelijk Ontwikkelingsplan (GeWOP), voldoende aandacht gaat naar de economische situatie van de mensen.

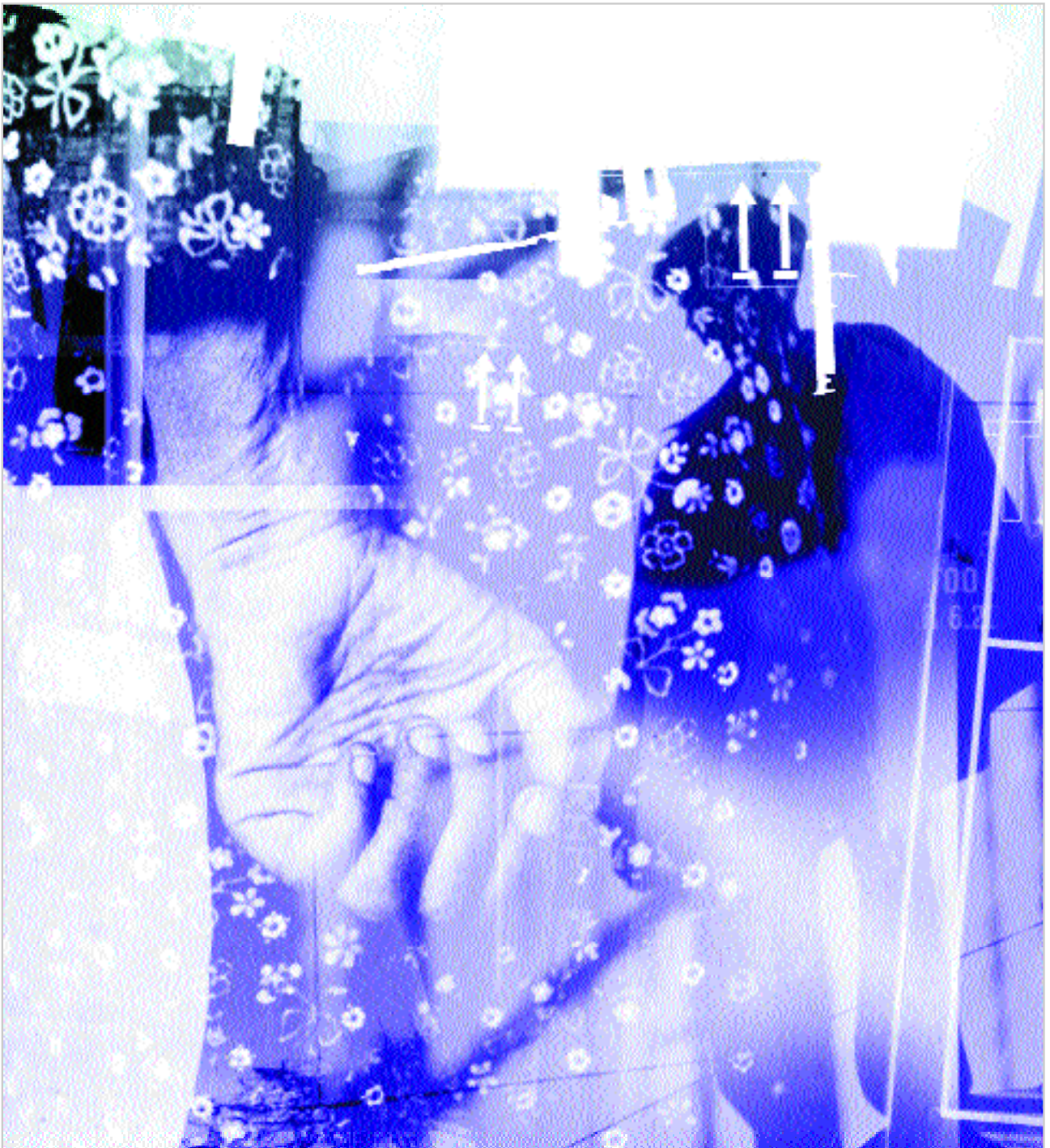
¹² UVW: Uitkeringsgerechtigde volledig werklozen. Dit is slechts een deel van de werkzoekenden. Werkzoekenden in tewerkstellingsprogramma's, werkende werkzoekenden, vrij ingeschrevenen en andere verplicht ingeschrevenen horen niet bij de UVW's (BGDA).

¹³ In het armoederapport wordt dieper ingegaan op het aantal schorsingen en de transfer van de sociale zekerheid naar de bijstand (Centrum voor Gezondheidsobservatie 2000, pp. 86-94).

¹⁴ De evolutie van de inkomens wordt uitvoerig besproken in het onderzoek over "de sociale problematiek van Brussel" door de ULBCRU in opdracht van voormalig staatssecretaris André (Noel 2000), in het kader van de voorbereiding van het nieuwe GeWOP.



2 Mortaliteit



2 _ 1 Algemene mortaliteit

De gegevens over de mortaliteit geven slechts een zeer fragmentair beeld van de gezondheidstoestand van een bevolking. Nochtans kunnen ze ons heel wat informatie bieden over de belangrijkste ziekten en ongevallen. Tevens laten ze ons toe de impact van preventieve maatregelen te evalueren (na een tijdsinterval dat eerder kort kan zijn, bijvoorbeeld bij preventieve campagnes voor ongevallen of relatief lang bij hart- en vaat-aandoeningen of kanker). Sterftcijfers laten eveneens toe vergelijkingen te maken tussen landen, regio's of steden. Een internationale classificatie van ziekten en gezondheidsproblemen¹ maakt het mogelijk de doodsoorzaken op een gestandaardiseerde wijze over de landen heen in te delen. Epidemiologische technieken, zoals standaardisatie, laten toe een vergelijking te maken tussen bevolkingen waarvan de leeftijdsstructuur verschilt.

De sterftcijfers in dit rapport hebben betrekking op het jaar 1998. Ze komen voort uit de analyse van de statistische formulieren bij de overlijdensattesten die ingevuld werden door de artsen (luiken B en C) en door de gemeentelijke administratie (luik D) voor elk overlijden.

In de loop van het jaar 1998 zijn er 12 132 personen overleden op het grondgebied van het Brussels Gewest. Van deze personen was 81,5 % gedomicilieerd in het Brussels Gewest, 11 % in Vlaanderen en 7,5 % in Wallonië. Deze verhouding was dezelfde in 1994. In 1998 zijn 10 161 Brusselaars overleden; 9 890 in Brussel en 271 in Vlaanderen².

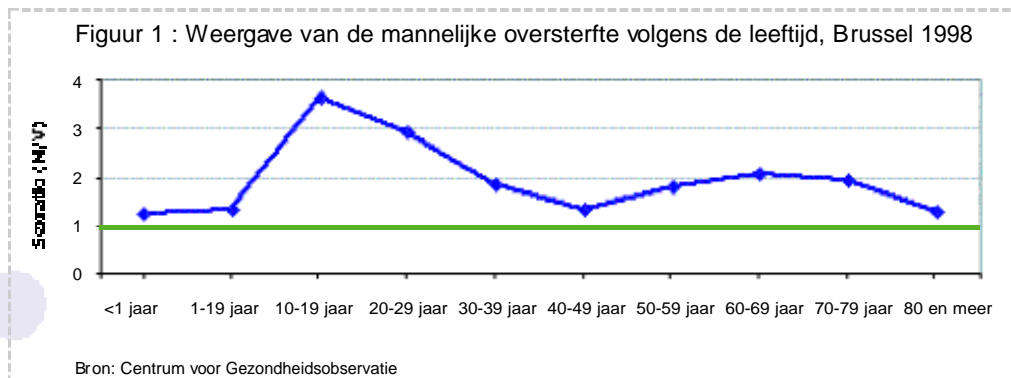
1 _ Mannen en vrouwen ongelijk voor de dood

In Brussel, net zoals elders in Europa, stelt men een hogere sterfte vast bij de mannen. Na standaardisatie voor leeftijd blijkt dat mannen 1,66 maal meer sterven dan vrouwen.

¹ Voor het jaar 1998 wordt gebruik gemaakt van de internationale statistische codering van gezondheids- en aanverwante problemen: de International Classification of Diseases, 10th revision (ICD-10), zoals deze in 1993 gepubliceerd werd door de Wereldgezondheidsorganisatie.

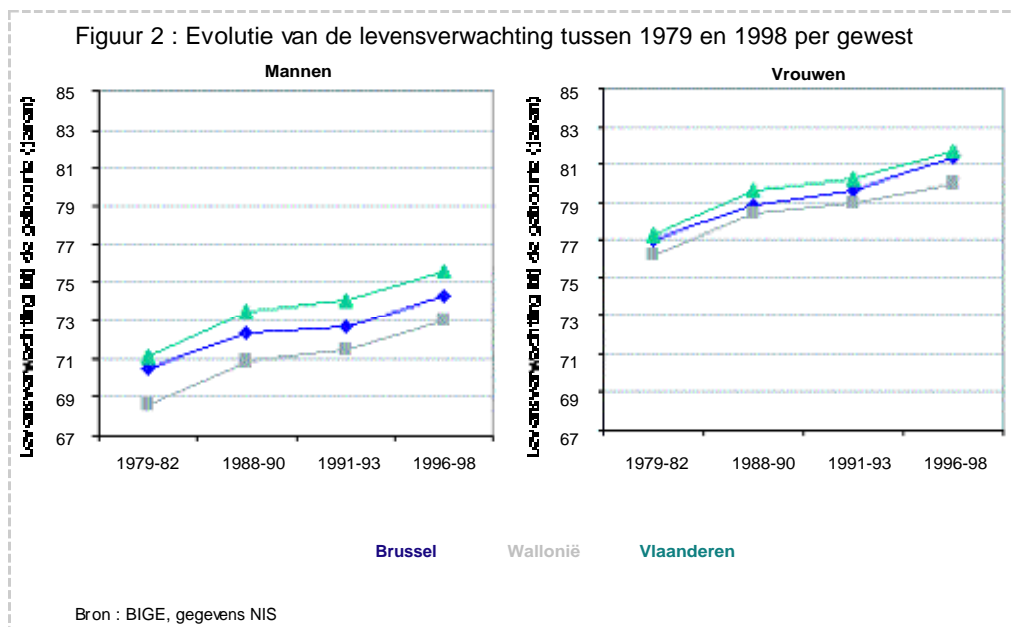
² Het aantal Brusselaars dat in het Waalse Gewest overleden is, is op dit moment niet gekend. De mortaliteitscijfers die hier vermeld worden, zijn bijgevolg licht onderschat. In 1994 zijn er 283 Brusselaars overleden in Wallonië, wat neerkomt op 2,6 % van alle sterfgevallen. Alle gegevens over mortaliteit zijn geanalyseerd volgens verblijfplaats en niet volgens plaats van overlijden.

Figuur 1 toont de evolutie van de mannelijke oversterfte in functie van de leeftijd (sterftecijfer bij mannen/sterftecijfer bij vrouwen). Men merkt twee pieken op: een eerste tijdens de adolescentie en een tweede tegen de leeftijd van 60 jaar.



2 _ Een toenemende levensverwachting

In 1998 bedroeg de levensverwachting in Brussel bij de geboorte 74,6 jaar voor mannen en 81,1 jaar voor vrouwen. Tijdens hetzelfde jaar liep de levensverwachting bij de geboorte in Vlaanderen op tot 75,4 jaar voor mannen en 81,1 jaar voor vrouwen (Aelvoet 2000). De levensverwachting bij de geboorte is tijdens de laatste 20 jaar toegenomen met ongeveer 4 jaar (figuur 2). De levensverwachting is het hoogst in Vlaanderen en het laagst in Wallonië. Er wordt een snellere toename van de levensverwachting vastgesteld bij de Brusselse vrouwen gedurende het laatste decennium.



De verschillen in levensverwachting tussen de gewesten zijn enkel merkbaar bij de mannen en vóór de leeftijd van 65 jaar. In deze groep is de weerslag van de levensomstandigheden op de mortaliteit het grootst. De levensverwachting na 65 jaar is in Brussel hoger dan in Vlaanderen (tabel 1).

Tabel 1 : Levensverwachting op bepaalde leeftijden in 1998, vergelijking Brussels Gewest & Vlaanderen

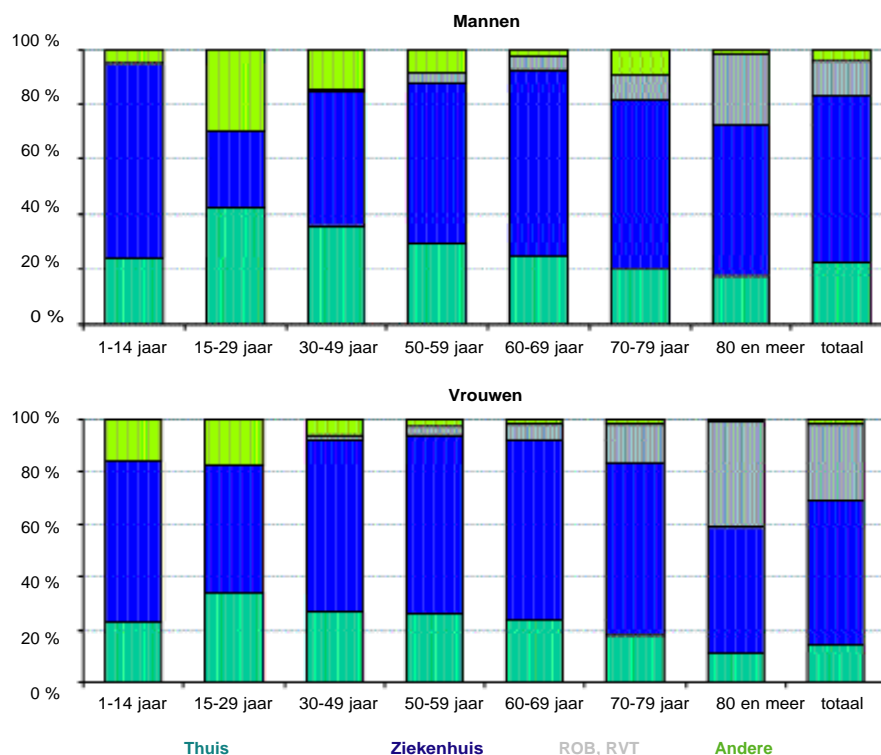
| | bij de geboorte | | 15 jaar | | 45 jaar | | 65 jaar | |
|---------|-----------------|------------|---------|------------|---------|------------|---------|------------|
| | Brussel | Vlaanderen | Brussel | Vlaanderen | Brussel | Vlaanderen | Brussel | Vlaanderen |
| Mannen | 74,6 | 75,4 | 60,3 | 61,0 | 31,9 | 32,5 | 15,8 | 15,6 |
| Vrouwen | 81,1 | 81,1 | 66,7 | 66,7 | 37,6 | 37,6 | 20,3 | 19,7 |

Bron : Vlaanderen (Aelvoet 2000), Brussel : Centrum voor Gezondheidsobservatie

3 _ De Brusselaars sterven vooral in het ziekenhuis

Thuis kunnen sterven, omringd door familie, vrienden en kennissen is een wens die door de meerderheid van de bevolking geuit wordt. In Brussel sterft nochtans minder dan 1 op 5 mensen thuis. Deze verhouding ligt lager dan in Vlaanderen, (nagenoeg 1 op 4) (Aelvoet 2000). De meerderheid van de overlijdens vindt plaats in een verzorgingsinstelling. Dit verklaart waarom de verdeling van de sterftecijfers in de Brusselse gemeenten nogal kan variëren naargelang het aantal en de capaciteit van de verzorgingsinstellingen in de verschillende gemeenten. Meer dan de helft van de vastgestelde overlijdens in Brussel worden aangegeven in de gemeenten Brussel (21,5 %), Anderlecht (14 %), Ukkel (11 %) en Jette (10 %). Het aantal mensen dat thuis overlijdt, daalt met de leeftijd (figuur 3). Vrouwen overlijden gemiddeld op een meer gevorderde leeftijd dan mannen. Dit verklaart waarom een groter aantal van hen in een rusthuis overlijdt.

Figuur 3 : Verdeling van de overlijdens volgens plaats van overlijden, Brussel 1998



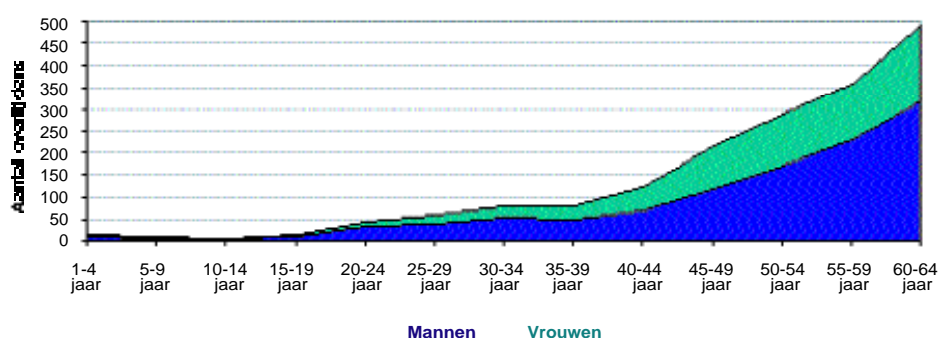
Bron : Centrum voor Gezondheidsobservatie

4 _ 18 % van de overlijdens vindt plaats voor de leeftijd van 65 jaar

De toename van de levensduur en de veroudering van de bevolking hebben geleid tot een gevoelige toename van de gemiddelde leeftijd op het moment van overlijden. Meestal bieden de statistieken van de doodsoorzaken vooral een weergave van de mortaliteit op hoge leeftijd. Hierdoor is hun bruikbaarheid voor preventieve gezondheidsdoeleinden eerder beperkt. De vroegtijdige dood wordt meestal gedefinieerd als een overlijden vóór de leeftijd van 65 jaar.

In 1998 overleden, met uitzondering van de kindersterfte waarvan de oorzaken zeer specifiek zijn, 1 776 Brusselaars (1 122 mannen en 654 vrouwen) vóór de leeftijd van 65 jaar. Dit vertegenwoordigt 17,6 % van het totaal aantal overlijdens. Proportioneel ziet men nochtans zeer sterke verschillen volgens het geslacht (figuur 4). Het cijfer bedraagt 24,4 % bij de mannen en bereikt slechts 11,9 % bij de vrouwen. Vroegtijdige overlijdens ziet men in verhouding dus veel vaker bij mannen. Deze cijfers zijn vergelijkbaar met deze in Vlaanderen.

Figuur 4 : Aantal vroegtijdige overlijdens per leeftijdsklasse en geslacht, Brussel 1998



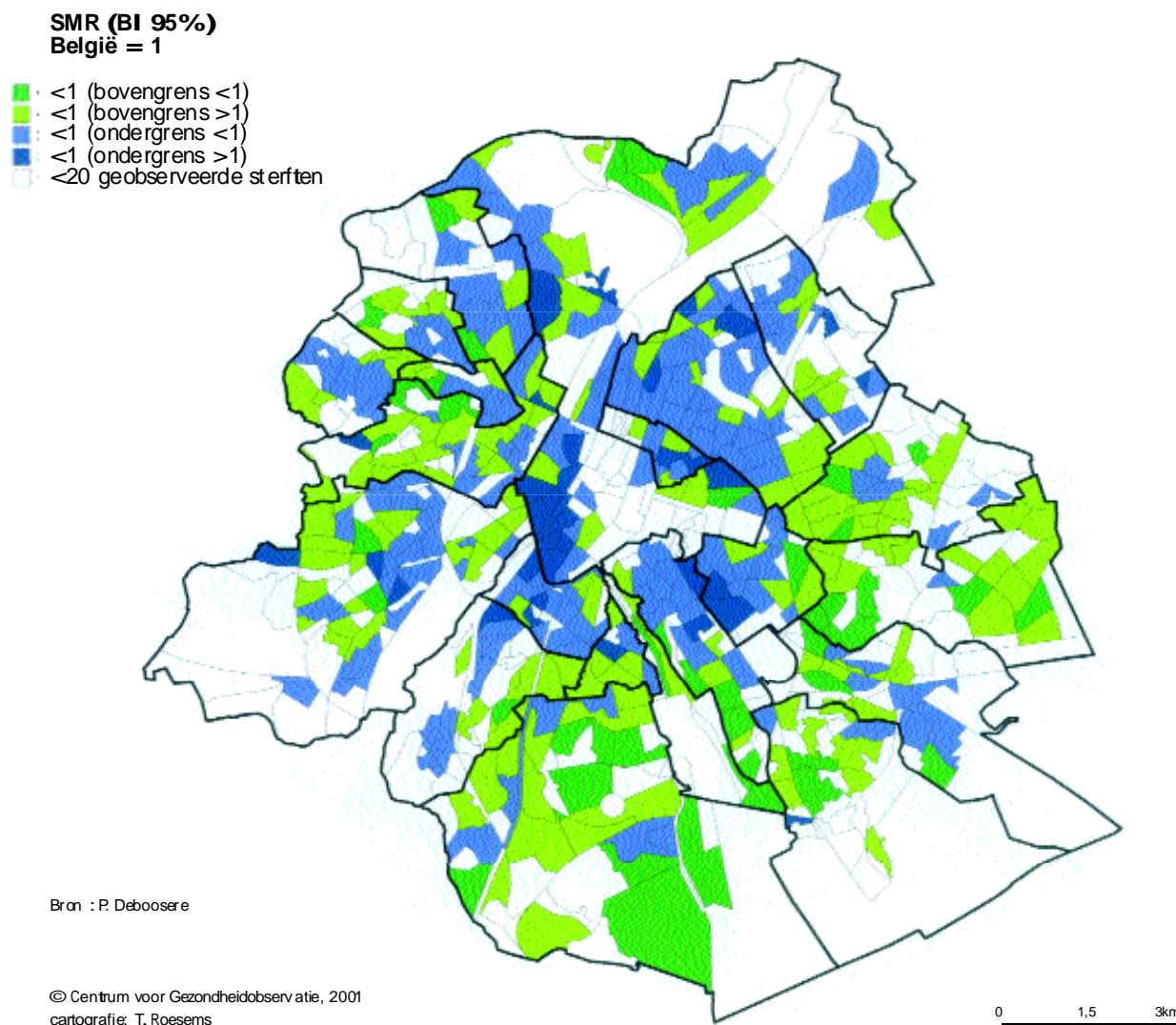
Bron: Centrum voor Gezondheidsobservatie

5 _ Niet iedereen is gelijk voor de dood op het grondgebied van het Gewest

Na standaardisatie voor leeftijd ligt de totale mortaliteit 1,2 maal hoger in de gemeenten van de eerste kroon dan in gemeenten van de tweede kroon (1,20 voor de mannen, 1,16 voor de vrouwen). De verschillen zijn nog sterker voor de vroegtijdige mortaliteit : de mannen die in een gemeente van de eerste kroon wonen, lopen 1,6 maal meer risico om voor de leeftijd van 65 te sterven dan mannen die binnen de tweede kroon wonen. Voor de vrouwen bedraagt deze verhouding 1,4.

De kaart van de gestandaardiseerde mortaliteitsratio's³ voor mannen volgens statistische buurt (periode 1991-95) toont duidelijk de sociale ongelijkheid met betrekking tot de dood aan (kaart 3). In de blauw gekleurde wijken van de stad ligt de mortaliteit hoger dan het Belgisch gemiddelde en in de groene wijken ligt ze lager. De wijken met de hoogste gestandaardiseerde mortaliteitsratio's zijn ook degene waarin de gemiddelde sociale status van de bewoners het laagst is (Deboosere 2001).

Kaart 3 : Gestandaardiseerde mortaliteitsratio's, mannen, periode 1991-1995, Brussels Hoofdstedelijk Gewest



3 De gestandaardiseerde mortaliteitsratio (Standardized Mortality Ratio of SMR) is de verhouding tussen het aantal geregistreerde sterfgevallen in de bestudeerde populatie en het aantal verwachte sterfgevallen. Het aantal verwachte sterfgevallen wordt bekomen door de mortaliteit per leeftijdsgroep van een referentiepopulatie toe te passen volgens de specifieke leeftijdsstructuur van de populatie die men bestudeert (methode van indirecte standaardisatie). Voor kaart 3 werden de mortaliteitscijfers per leeftijdsgroep voor de mannelijke Belgische bevolking van de periode 1991-95 (referentiepopulatie) toegepast op het aantal geleefde jaren voor elke leeftijdsgroep in elk van de statistische buurten tijdens diezelfde periode. Een SMR groter dan 1 betekent dat de mortaliteit van de populatie van deze statistische buurt, na standaardisatie voor leeftijd, hoger ligt dan deze van heel het land. Een SMR kleiner dan 1 betekent dat de mortaliteit van deze buurt lager ligt dan deze van heel het land.

2 _ 2 Doodsoorzaken

1 _ Hart - en vaataandoeningen en kanker zijn verantwoordelijk voor meer dan 60 % van de sterfgevallen

Alle geïndustrialiseerde landen hebben dezelfde belangrijkste doodsoorzaken en deze verschillen ook niet volgens de gewesten. De hart- en vaataandoeningen zijn verantwoordelijk voor meer dan één derde van de sterfgevallen. Kanker, in al zijn verschillende vormen, komt op de tweede plaats en ademhalingsaandoeningen op de derde.

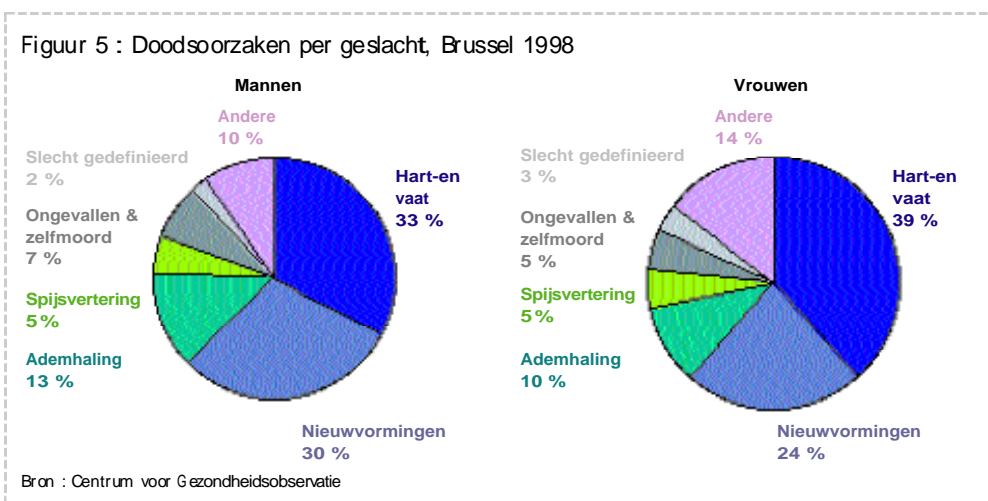
De tabel hieronder geeft het aantal overlijdens⁴ weer en het specifiek mortaliteitscijfer⁵ voor 18 oorzaken volgens de tiende International Classification of Diseases (ICD-10).

| Specifieke oorzaken | Mannen | | Vrouwen | | Totaal | |
|---|--------------|-------------------------|--------------|-------------------------|---------------|-------------------------|
| | Aantal ovl | specifiek sterftecijfer | Aantal ovl | specifiek sterftecijfer | Aantal ovl | specifiek sterftecijfer |
| Ziekten van hart- en vaatstelsel | 1 509 | 332,14 | 2109 | 422,22 | 3618 | 379,32 |
| Nieuwvormingen | 1 369 | 301,33 | 1265 | 253,25 | 2634 | 276,15 |
| Ziekten van het ademhalingsstelsel | 592 | 130,30 | 557 | 111,51 | 1149 | 120,46 |
| Ziekten van het spijsverteringsstelsel | 244 | 53,71 | 287 | 57,46 | 531 | 55,67 |
| Ongevallen en geweldpleging (uitgezonderd zelfmoord) | 196 | 43,14 | 215 | 43,04 | 411 | 43,09 |
| Psychische stoornissen en gedragsstoornissen | 110 | 24,21 | 205 | 41,04 | 315 | 33,02 |
| Slecht gedefinieerde condities | 101 | 22,23 | 190 | 38,04 | 291 | 30,51 |
| Ziekten van het zenuwstelsel | 114 | 25,09 | 162 | 32,43 | 276 | 28,94 |
| Zelfmoord | 138 | 30,37 | 64 | 12,81 | 202 | 21,18 |
| Endocriene ziekten en voedings- en stofwisselingsstoornissen | 63 | 13,86 | 132 | 26,43 | 195 | 20,44 |
| Infectieziekten en parasitaire aandoeningen | 86 | 18,93 | 108 | 21,622 | 194 | 20,34 |
| Ziekten van het urogenitaal stelsel | 41 | 9,02 | 72 | 14,41 | 113 | 11,85 |
| Ziekten van botspierstelsel en bindweefsel | 14 | 3,08 | 48 | 9,61 | 62 | 6,50 |
| Ziekten van huid en subcutis | 4 | 0,88 | 41 | 8,21 | 45 | 4,72 |
| Ziekten van bloed en bloedvormende organen | 6 | 1,32 | 24 | 4,80 | 30 | 3,14 |
| Genees- en heelkundige behandeling als oorzaak van complicaties | 7 | 1,54 | 4 | 0,80 | 11 | 1,15 |
| Congenitale afwijkingen | 4 | 0,88 | 3 | 0,60 | 7 | 0,73 |
| Zwangerschap, bevalling | | - | 1 | 0,20 | 1 | 0,10 |
| Totaal | 4 598 | | 5 331 | | 10 085 | |

⁴ De doodsoorzaken voor kinderen jonger dan 1 jaar zijn zeer specifiek voor deze leeftijdsgroep. Wij analyseren hier bijgevolg alleen de doodsoorzaken van kinderen ouder dan 1 jaar. De kindersterfte wordt geanalyseerd in het hoofdstuk gewijd aan moeder en kind.

⁵ Het specifieke mortaliteitscijfer per doodsoorzaak komt overeen met het aantal sterfgevallen dat te wijten is aan een specifieke doodsoorzaak, gekoppeld aan het populatiecijfer in het midden van het jaar.

De rangschikking volgens de belangrijkste doodsoorzaken verschilt licht naargelang het geslacht (figuur 5). Bij de mannen vormen de overlijdens door externe factoren (ongevallen, agressie) en zelfmoord de vierde belangrijkste doodsoorzaak.

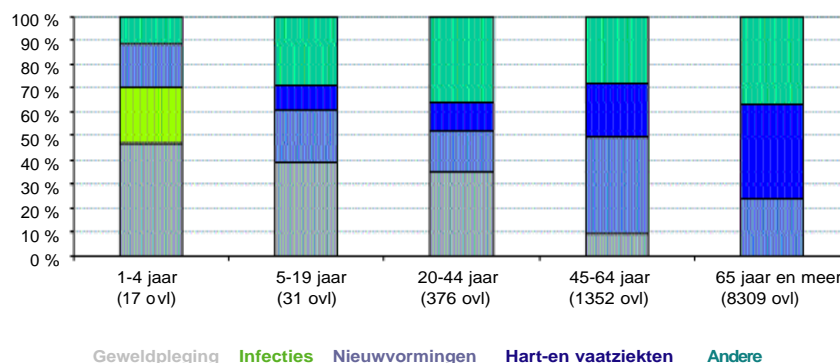


De aanpassing van het overlijdenscertificaat en de overschakeling vanaf 1998 van de 9e naar de 10e Internationale Classificatie van Aandoeningen maken het enigszins moeilijk vergelijkingen te maken met de voorbije jaren. De gepubliceerde gegevens voor Vlaanderen (Aelvoet 2000) en Henegouwen (Massot 2000) tonen nochtans aan dat de volgorde van de belangrijkste doodsoorzaken vergelijkbaar is voor de verschillende gewesten en dat deze de laatste jaren relatief stabiel gebleven is. Onder de rubriek "slecht gedefinieerde omstandigheden" wordt er voor de vrouwen een daling vastgesteld van 8 % naar 3 % en voor de mannen van 6 % naar 2 % tussen 1992-94 en 1998 (Tafforeau 1999).

2_ De belangrijkste doodsoorzaken wijzigen met de leeftijd

Onder de leeftijd van 45 jaar zijn geweldadige sterfgevallen de belangrijkste doodsoorzaak. Tussen 45 en 64 jaar neemt kanker de eerste plaats in onder de doodsoorzaken, gevolgd door aandoeningen van hart en bloedvaten. Na 65 jaar schuiven aandoeningen van hart en bloedvaten op naar de eerste plaats, gevolgd door kanker en aandoeningen van het ademhalingsstelsel (figuur 6). Slechts 4 % van de overlijdens treffen mensen jonger dan 45 jaar. Omwille van dit kleine aantal moeten alle gegevens met betrekking op deze groepen met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden (voor de leeftijdsgroep van 1-4 jaar bijvoorbeeld vertegenwoordigt 1 overlijden 6 % van de overlijdens van deze groep).

Figuur 6: Voornaamste doodsoorzaken volgens leeftijd, Brussel, 1998



Bron: Cent rum voor Gezondheidsobservatie

3 _ Doodsoorzaken voor 65 jaar

De analyse van de vroegtijdige overlijdens (voor de leeftijd van 65 jaar) biedt de mogelijkheid om het gevoerde beleid op vlak van gezondheidspreventie te evalueren. Meer dan de helft van de sterfgevallen tussen 1 en 64 jaar zijn namelijk te wijten aan oorzaken die in aanmerking komen voor preventieve maatregelen. Hiermee duidt men op de zogenaamde "vermijdbare" mortaliteit⁶. Het aandeel van de vermijdbare sterfgevallen in de vroegtijdige overlijdens is vergelijkbaar bij mannen en vrouwen.

De oorzaken van de vermijdbare sterfgevallen kunnen in twee groepen ondergebracht worden. Het onderscheid tussen beide groepen wordt gemaakt volgens de interventiemogelijkheden om de frequentie ervan te verminderen.

De eerste groep omvat de sterfgevallen die in essentie vermeden kunnen worden door een preventieve actie op individuele risicofactoren (alcoholisme, roken, rijgedrag, enz.), met andere woorden op : kanker ten gevolge van roken, hartinfarcten, sterfgevallen ten gevolge van alcoholmisbruik, verkeersongevallen, aids, fatale vallen en zelfmoord. Deze mortaliteit is bijgevolg verbonden met sociale, economische en culturele factoren.

De tweede groep omvat de sterfgevallen die vooral vermijdbaar zijn door een verbetering van het systeem van zorgvoorzieningen, met inbegrip van de opsporingsactiviteiten, bijvoorbeeld voor overlijdens door tuberculose, borst-, baarmoeder- en huidkanker, hypertensie, aandoeningen die vermeden kunnen worden door vaccinatie, astma en de maternale sterfte.

Er dient op gewezen te worden dat de zogenaamd "vermijdbare" mortaliteit varieert naargelang de socio-economische status. De primaire preventie slaat bijgevolg ook op zeer algemene maatregelen die een brede weerslag hebben op de verbetering van de levensomstandigheden.

Kanker blijft de belangrijkste oorzaak van vermijdbare sterfte en is verantwoordelijk voor 19 % van de sterfgevallen voor 65 jaar (26 % bij de vrouwen en 15 % bij de mannen).

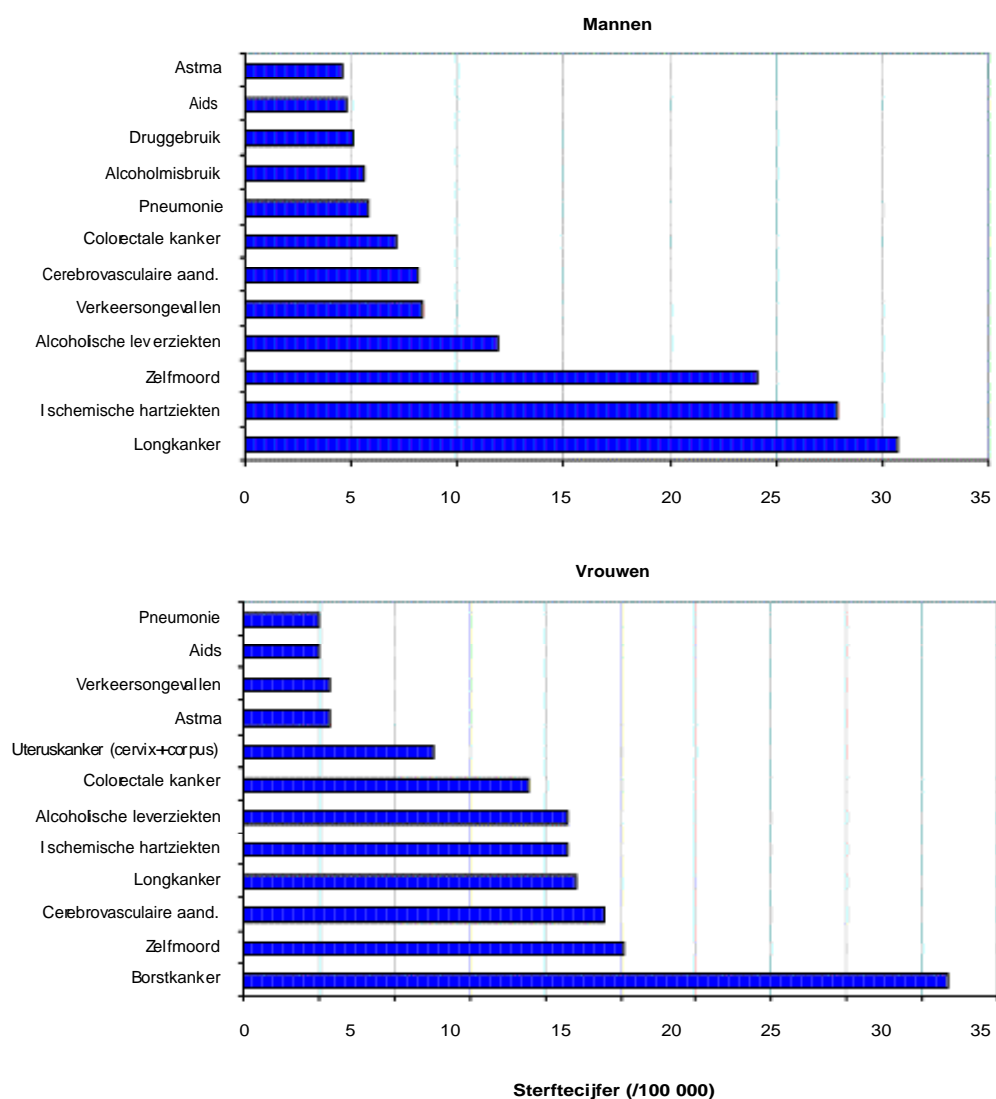
Cardiovasculaire aandoeningen volgen op de tweede plaats. Zij veroorzaken 13,5 % van de vroegtijdige overlijdens bij mannen en 12 % bij de vrouwen.

⁶ Het begrip "vermijdbaar" kan tot verwarring aanleiding geven. De zogenaamde "vermijdbaarheid" van een aandoening is relatief en heeft betrekking op slechts een deel van de sterfgevallen. Van de sterfgevallen door borstkanker, bijvoorbeeld, doet 31 % zich voor bij vrouwen jonger dan 50 jaar, met name een groep van vrouwen voor wie de systematische opsporing niet aanbevolen wordt.

Zelfmoord (8 %) en aandoeningen ten gevolge van alcohol (6 %) volgen op de derde en de vierde plaats.

De belangrijkste oorzaken van vroegtijdig overlijden variëren volgens het geslacht (figuur 7). Het relatieve aandeel van verkeersongevallen⁷, aids en doden ten gevolge van druggebruik is groter bij mannen. Longkanker is de belangrijkste oorzaak van vroegtijdig overlijden bij de man en borstkanker bij de vrouw.

Figuur 7: Voornaamste doodsoorzaken bij vroegtijdige overlijdens, Brussel 1998



Bron : Centrum voor Gezondheidsobservatie

⁷ Het mortaliteitscijfer voor verkeersongevallen is waarschijnlijk een onderschatting. Wij beschikken namelijk niet over de statistische formulieren voor Brusselaars overleden in Wallonië in 1998. Waarschijnlijk ligt het aantal overlijdens door verkeersongevallen hoger voor deze deelgroep.



3 Gezondheidsproblemen

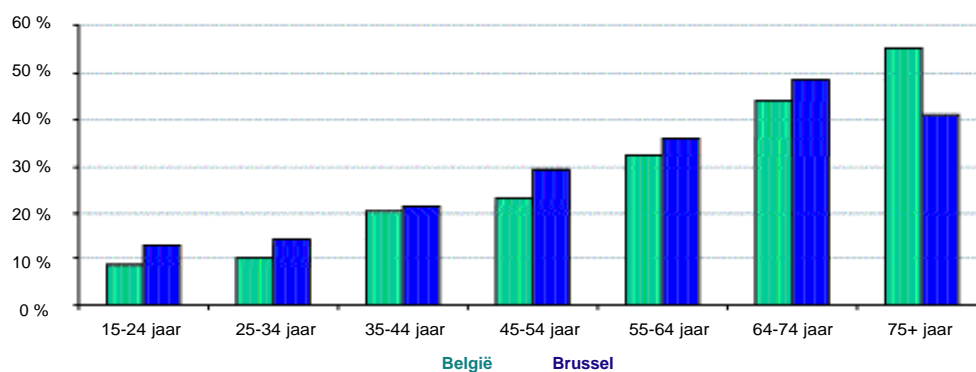


3 _ 1 De inschatting van de eigen gezondheid

De wijze waarop een persoon zijn eigen gezondheidstoestand evalueert, is een aanwijzing voor de levenskwaliteit. Volgens de gezondheidsenquête van 1997 schat 75 % van de bevolking in Brussel de eigen gezondheid in als goed of zeer goed (Leurquin 1998). 27,4 % van de vrouwen en 22,8 % van de mannen menen dat hun gezondheid ondermaats is. Dit percentage neemt toe met de leeftijd.

De bejaarden in Brussel hebben een positiever beeld van hun gezondheid dan deze in de rest van het land. Vóór die leeftijd, met name 75 jaar en specifiek bij jongeren, is de proportie van mensen die hun gezondheid als niet bevredigend beoordeelt nochtans groter in Brussel (figuur 1).

Figuur 1 : Percentage personen dat een slechte subjectieve gezondheid aangeeft, naar leeftijd in het Brussels Gewest en België.



Bron: WIV-Louis Pasteur, Gezondheidsenquête 1997

De subjectieve waarneming van de gezondheid varieert met het sociaal statuut : hoe lager het inkomen of het opleidingsniveau, hoe meer mensen die hun gezondheidstoestand als slecht beschouwen.

3 _ 2 Chronische aandoeningen

1 _ Overzicht van de pathologieën

Volgens de nationale gezondheidsenquête van 1997 geeft 55 % van de Brusselse bevolking aan dat ze lijdt aan een chronische aandoening; 31 % aan minstens twee aandoeningen. Deze cijfers liggen hoger dan voor heel België (50 % en 26 %). De meest vermelde aandoeningen zijn artrose en langdurige rugklachten, cardiovasculaire aandoeningen en allergieën (Leurquin 1998).

De tabel hieronder herneemt in afnemende orde van frequentie de chronische aandoeningen die het meest gerapporteerd werden door de ondervraagde Brusselaars tijdens deze enquête. Het gaat hier niet letterlijk om de prevalentie van deze aandoeningen, maar wel om het aantal mensen dat verklaart te lijden aan één of meer van de aandoeningen die vermeld werden op de vragenlijst.

Tabel 1 : Percentage van de personen die een chronische aandoening rapporteren, Gezondheidsenquête 1997

| Mannen | % | Vrouwen | % |
|--------------------------------------|----------|---------------------------------------|----------|
| Allergie | 14,4 | Allergie | 17,8 |
| Astma, chronische bronchitis of CARA | 12,1 | Migraine | 15,9 |
| Migraine | 9,4 | Hoge Bloeddruk | 11,8 |
| Langdurige rugklachten | 9,1 | Artrose | 11,6 |
| Hoge bloeddruk | 8,1 | Langdurige rugklachten | 11,3 |
| Prostaatklachten | 6,8 | Sinusitis | 10,4 |
| Artrose | 6,5 | Astma, chronische bronchitis, CARA | 10,4 |
| Ernstige hartkwaal of hartinfarct | 6,1 | Depressie | 9,1 |
| Sinusitis | 5,8 | Gewrichtsontsteking (chronisch reuma) | 8,2 |
| Maagzweer of zweer van de dunne darm | 5,1 | Osteoporose | 6,1 |
| Depressie | 5,1 | Duizeligheid met vallen | 5,7 |

Bron : Gezondheidsenquête 1997, WIV-Louis Pasteur

In deze studie geven 2,9 % van de vrouwen en 2,7 % van de mannen aan dat ze aan diabetes lijden. Men weet nochtans dat een aanzienlijk aantal diabetici niet op de hoogte is van hun eigen aandoening. Er zijn op dit moment, helaas, geen betrouwbare gegevens voor Brussel over de prevalentie van diabetes, meer bepaald voor diabetes type 21. Na standaardisatie voor leeftijd en geslacht blijkt dat het aantal aangegeven chronische aandoeningen gemiddeld veel hoger ligt in Brussel dan in de andere Belgische stedelijke agglomeraties (Tafforeau 1999).

¹ Er bestaat sinds 1989 een registratie voor diabetes die optreedt vóór de leeftijd van 40 jaar. Tot in 1994 werden alleen diabetici met diabetes type 1 geregistreerd. Sinds die datum kunnen ook andere types van diabetes die ontstaan voor 40 jaar geregistreerd worden. Volgens schattingen is momenteel 75 % van de diabetici met type 1 in Brussel geregistreerd. De jaarlijkse incidentie van dit type van diabetes bedraagt 6,8 per 100 000 inwoner in Brussel (Belgisch Diabetes Register 2000).

De gezondheidsenquête van 1997 brengt in Brussel een algemene "overmorbiditeit" aan het licht: een groter aandeel van mannen verklaart dat ze lijden aan ernstige hart-kwalen, maagzweren of zweren van de dunne darm, chronische bronchitis of chronische ademhalingsaandoeningen, migraine en depressie. Men dient nochtans voorzichtig te zijn met de interpretatie van deze gegevens.

Eén van de hypothesen is dat deze overmorbiditeit verband kan houden met de toegenomen toegankelijkheid van de gezondheidsvoorzieningen en met de toestroom naar de hoofdstad van zieke mensen die zich willen laten verzorgen in de universitaire ziekenhuizen (Tafforeau 1999). De Brusselaars worden nochtans niet vaker gehospitaliseerd dan de bewoners uit de rest van het land² (Ministerie van Sociale Zaken 2000).

Een andere hypothese zou kunnen zijn dat de Brusselse populatie conform de steekproeftrekking misschien meer gevoelig is voor bepaalde problemen door haar hogere scholingsgraad (de minderbegoede bevolkingsgroepen zijn ondervertegenwoordigd in de Brusselse steekproef). Dit wordt geïllustreerd door de antwoorden in verband met allergie. Het percentage personen die vermeldt aan een allergie te lijden, ligt in Brussel hoger dan elders. Het percentage personen dat aangeeft daarvoor een arts te consulteren of geneesmiddelen inneemt voor deze allergie, ligt lager in Brussel dan elders³. Dit suggereert dat Brusselaars frequenter "minder ernstige" problemen in verband met allergie zouden signaleren en/of dat ze gezondheidsproblemen frequenter identificeren als "niet-specifieke allergieproblemen".

2 _ Cardiovasculaire aandoeningen

Mortaliteit

Cardiovasculaire aandoeningen zijn de belangrijkste doodsoorzaak in Brussel. In 1998 veroorzaakten ze meer dan één derde van de sterfgevallen, namelijk 3 618 overlijdens, waarvan 1 509 mannen en 2 109 vrouwen. Het cardiovasculaire mortaliteitscijfer bedraagt daardoor 3,8 ‰. In vergelijking met 91-94⁴ wordt er in 1998 bij mannen een daling vastgesteld van het mortaliteitscijfer voor cardiovasculaire aandoeningen. Dezelfde evolutie is merkbaar in Vlaanderen (Aelvoet 2000) en in het buitenland (FNORS 1997, Centraal Bureau voor de Statistiek Nederland 1999).

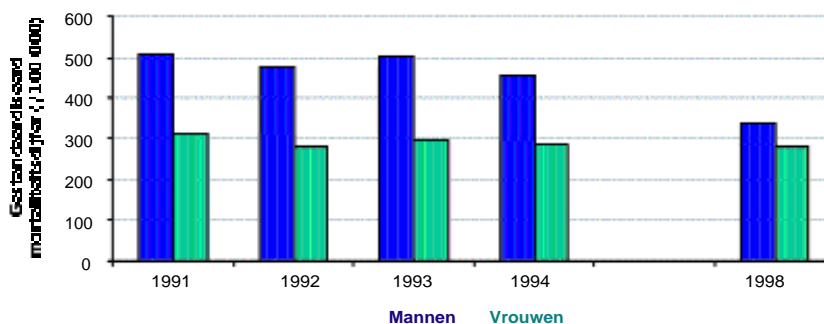
Dit kan in verband gebracht worden met de verbeterde behandeling en de informatie-campagnes die de voorbije 15 jaar gevoerd werden met het oog op een afname van de risicofactoren voor cardiovasculaire aandoeningen. Bij de vrouwen daarentegen blijft het cardiovasculair mortaliteitscijfer stabiel. Dit wordt verklaard door het feit dat de overlijdens door cardiovasculaire aandoeningen vooral oudere vrouwen treffen, een groep van sterfgevallen die weinig gevoelig is voor preventieve maatregelen.

² De analyse van de Minimale Klinische Gegevens (MKG) toont aan dat het aantal ziekenhuisopnamen voor de Brusselaars niet hoger ligt dan voor de bewoners van rest van het land (Ministerie van Sociale Zaken 2000).

³ 15 % van de Brusselaars en 12 % van de niet-Brusselaars die ondervraagd werden, stellen aan een allergie te lijden. Van deze groep heeft een aantal personen voor dit probleem nog nooit een arts geconsulteerd. Voor de Brusselaars bedraagt dit 41 % en voor de niet-Brusselaars 26 %. Het aantal mensen dat geneesmiddelen gebruikt tegen de allergie bedraagt 53 % voor de Brusselaars en 68 % voor de niet-Brusselaars.

⁴ De aanpassing van de classificatie van aandoeningen werd ingevoerd tussen de gegevensregistratie van 1991-1994 (ICD-9) en deze van 1998 (ICD-10). De invloed van deze aanpassing op de specifieke mortaliteitscijfers werd nog niet geëvalueerd (zie Aelvoet 2000, p. 20).

Figuur 2 : Evolutie van het gestandaardiseerd mortaliteitscijfer⁵ naar leeftijd voor car-



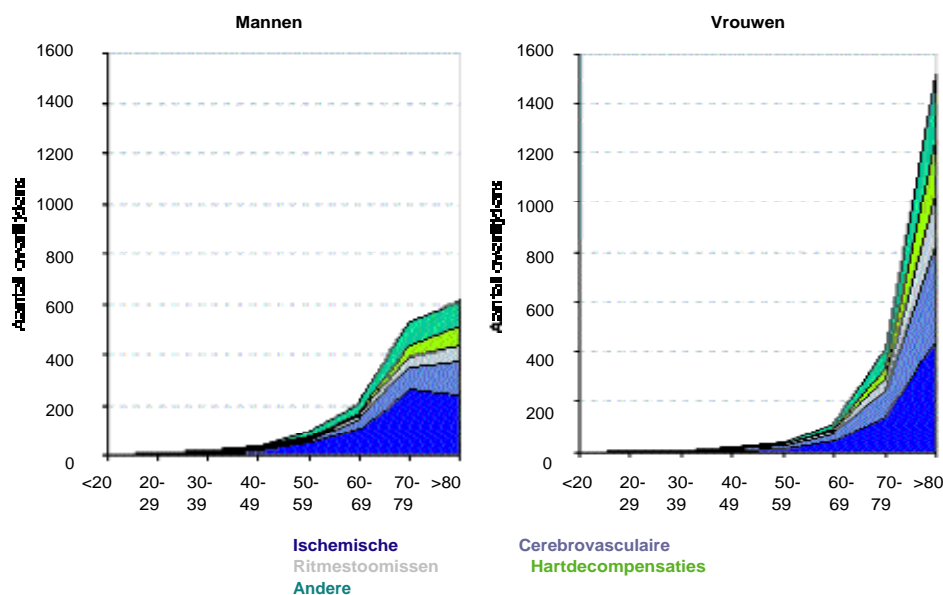
Bron : 1991-1994 NIS, 1998 Centrum voor Gezondheidsobservatie

Er is een mannelijke oversterfte merkbaar in bijna alle leeftijdsklassen. De mannen sterven 2,5 maal meer aan cardiovasculaire aandoeningen dan de vrouwen⁶.

De cardiovasculaire groep omvat een groot aantal aandoeningen. De ischemische hartziekten (myocardinfarct) is de belangrijkste cardiovasculaire doodsoorzaak zowel bij mannen als bij vrouwen. Vervolgens komen de cerebrale vasculaire aandoeningen, daarna de hartritmestoornissen en als laatste hartdecompensatie.

Bij de vrouwen vindt 91 % van de overlijdens door een cardiovasculaire aandoening plaats in de groep van 70 jaar en ouder. Bij de mannen komt het overlijden door een cardiovasculaire aandoening doorgaans vroeger. 16 % van de sterfgevallen doet zich voor bij mannen jonger dan 65 jaar. Het relatieve aandeel van de verschillende aandoeningen varieert met de leeftijd en het geslacht (figuur 3).

Figuur 3 : Verdeling van de doodsoorzaken door cardiovasculaire aandoeningen in Brussel in 1998 volgens leeftijd en geslacht.



Bron : Centrum voor Gezondheidsobservatie

5 Voor de grafieken van de evolutie van de gestandaardiseerde mortaliteitscijfers tussen 1991 en 1998 werd als methode een directe standaardisatie gebruikt met de Brusselse populatie van 1998 als referentiepopulatie.
 6 Geslachtsratio na standaardisatie voor leeftijd.

Morbiditeit

Er bestaat geen register van cardiovasculaire aandoeningen⁷ voor Brussel.

Het aantal opnamen in een ziekenhuis voor een cardiovasculaire aandoening kan een beeld opleveren van de frequentie van hartaandoeningen, ook al kunnen we er de incidentie of de prevalentie onmogelijk uit afleiden.

In 1996 werden er 4 941 ziekenhuisopnamen voor een cardiale ischemie geregistreerd voor patiënten die in Brussel gedomicilieerd waren. Twee derde van de opnamen had betrekking op mannen. Het myocardinfarct vertegenwoordigde 3 % van het totaal aantal opnamen voor de Brusselaars.

Na standaardisatie voor leeftijd en geslacht stelt men vast dat het aantal opnamen voor cardiale ischemie lager ligt dan voor heel het land⁸ (Ministerie van Sociale Zaken 2000). Voor hetzelfde jaar worden 1 521 opnamen geteld voor hartfalen. Voor deze pathologie ligt de frequentie van de opnamen in het Brussels Gewest eveneens lager dan voor de rest van het land (Ministerie van Sociale Zaken 2000).

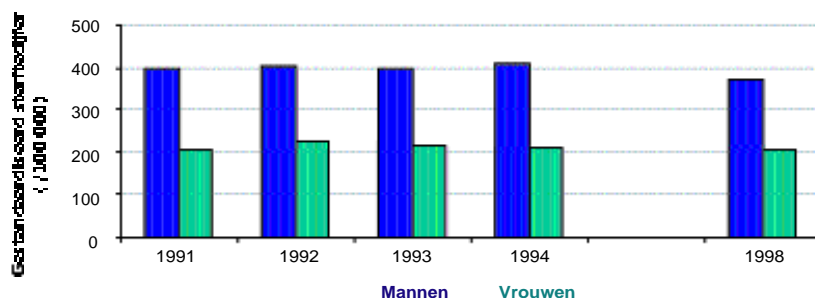
3 _ Kanker

Mortaliteit

De tumorale pathologie (goed- en kwaadaardige tumoren) neemt, met ongeveer 26 % van de sterfgevallen, de tweede plaats in in de volgorde van de doodsoorzaken in Brussel. De mortaliteitscijfers voor kanker zijn de laatste jaren stabiel gebleven, met ongeveer 3 sterfgevallen per 1 000 inwoners per jaar.

Na standaardisatie voor leeftijd stelt men een duidelijke mannelijke oversterfte vast (figuur 4).

Figuur 4 : Evolutie van het sterftecijfer gestandaardiseerd voor leeftijd volgens tumorale pathologie tussen 1991-1994 en 1998 in Brussel



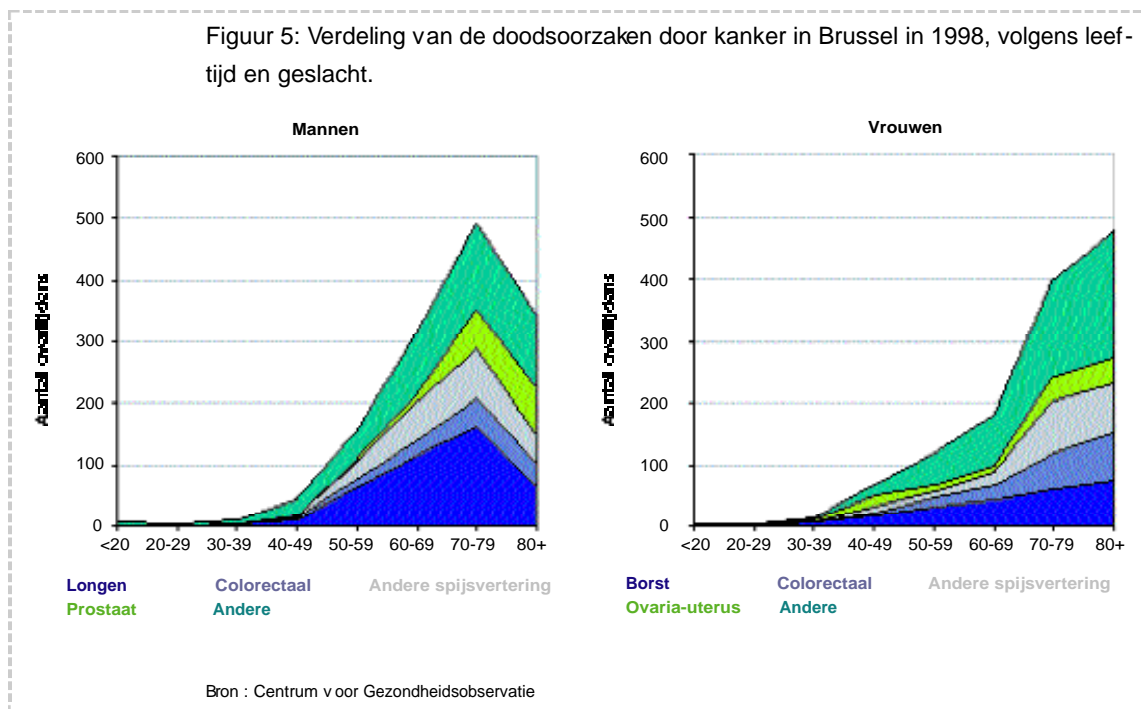
Bron : 1991-1994 NIS, 1998 Centrum voor Gezondheidsobservatie

⁷ Het MONICA-programma omvat een registratie van deze aandoeningen voor de steden Gent en Charleroi.

⁸ Het gaat voor deze Minimale Klinische Gegevens (MKG) steeds om een analyse in functie van het domicilieadres en niet van de tijdelijke verblijfplaats.

Bij de mannen is longkanker de grootste doder. Deze kanker neemt op zich bijna één derde van alle sterfgevallen door kanker voor zijn rekening (33 %). Vervolgens komt de groep van kankers van het spijsverteringskanaal die 25 % van de sterfgevallen door kanker veroorzaken.

Bij de vrouwen zijn 31 % van de sterfgevallen door kanker te wijten aan tumoren van het spijsverteringskanaal en 18 % aan borstkanker.



Het respectieve belang van de verschillende vormen van kanker varieert volgens leeftijd en geslacht (figuur 5).

Kanker is de belangrijkste doodsoorzaak voor 65 jaar (26 % bij de vrouwen en 15 % bij de mannen). Bij de mannen is het overlijden voor 65 jaar vooral te wijten aan longkanker (37 %), aan kankers van het spijsverteringskanaal (27 %) en aan mond- en keelkanker (9 %). Bij de vrouwen zijn de overlijdens voor 65 jaar op de eerste plaats te wijten aan borstkanker (27 %), aan kankers van het spijsverteringskanaal (21 %), aan gynaecologische kankers (15 %) en aan longkanker (14 %).

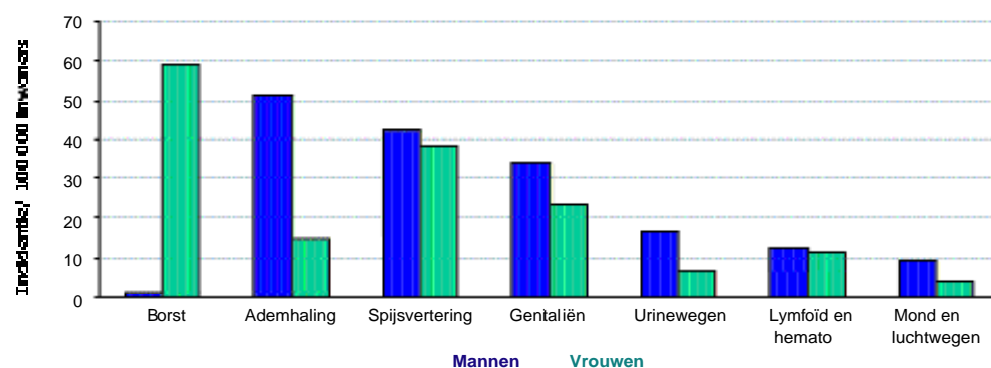
Kanker voor de leeftijd van 35 jaar is eerder zeldzaam. Het gaat vooral om hersenkanker of leukemie. De kwaadaardige kankers zijn verantwoordelijk voor één kwart van de sterfgevallen tussen 1 en 14 jaar.

Morbiditeit

Het Nationaal Kankerregister verzamelt gegevens over de nieuw gediagnosticeerde kwaadaardige kankers. Dit maakt het mogelijk om de incidentie van de verschillende types van kanker te evalueren.

Voor het jaar 1996 werden in Brussel 1 704 nieuwe gevallen van kanker aangemeld bij het Nationaal Kankerregister (figuur 6).

Figuur 6 : Incidentiecijfer van de belangrijkste tumoren en lokalisatie, Brussel 1996



Bron : Nationaal Kankerregister 2000

Borstkanker vertegenwoordigt 33,7 % van alle aangegeven gevallen van kanker bij de vrouw. Bij de man komt longkanker het meest voor (27,3 % van alle kankers bij mannen). Een analyse van de Minimale Klinische Gegevens (MKG) komt voor het jaar 1996 voor de Brusselaars uit op 1 186 ziekenhuisopnamen met als belangrijkste diagnose kanker van de keel, de luchtwegen of de longen. De Brusselaars situeren zich daarmee op het nationaal gemiddelde (Ministerie van Sociale Zaken 2000).

Preventie: opsporingsprogramma's voor borstkanker bij vrouwen tussen 50 en 69 jaar

Borstkanker was in 1998 verantwoordelijk voor 230 sterfgevallen, waarvan 23 (10 %) bij vrouwen jonger dan 50 jaar, 75 (33 %) bij vrouwen tussen 50 en 69 jaar en 132 (57 %) bij de groep van 70 jaar en ouder.

De mortaliteit door kanker lijkt significantief verminderd te kunnen worden door een systematische opsporing door een mammografie om de 2 jaar bij alle vrouwen uit de groep van 50 tot 69 jaar⁹ (Kerlikowske 1995). Dit is de reden waarom er momenteel met zo een opsporingsprogramma van start gegaan wordt voor heel het Belgisch grondgebied¹⁰. Alle betrokken vrouwen kunnen om de 2 jaar genieten van een gratis onderzoek, ofwel na voorschrift van hun behandelende arts, ofwel op uitnodiging (er zijn bijgevolg twee mogelijke toegangswegen voor dit programma voorzien).

Om met dit programma het doel te kunnen bereiken, namelijk een daling van de mortaliteit, is het essentieel dat er voorzien wordt in een systeem dat de kwaliteit garandeert, zowel van de opsporingsonderzoeken¹¹ als van de opvolging en behandeling van de opgespoorde vrouwen (Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap 1997). Om een reëel voordeel te kunnen bereiken in termen van mortaliteit moet de deelnemingsgraad hoog liggen (minstens 70 % van de vrouwen tussen 50 en 69 jaar).

⁹ Het is niet bewezen dat een mammografie om de twee jaar vóór deze leeftijd voordeel oplevert voor de opsporing (National Institute of Health 1997, Kerlikowske 1995). Voor vrouwen met specifieke risico's moeten andere opsporingsonderzoeken voorgesteld worden in het kader van een persoonlijke medische opvolging (Comité van behandelende artsen van het Referentiecentrum voor de Opsporing van Borstkanker). Voor vrouwen ouder dan 70 jaar is er betwisting omtrent het nut van een systematische screening (Kerlikowske 1995).

¹⁰ Volgens een protocol van overeenkomst tussen de verschillende bevoegde autoriteiten, wordt de financiering van de mammografieën opgenomen door het Ministerie van Sociale Zaken. Al de andere opdrachten die tot de realisatie van het programma moeten bijdragen, (uitnodigen, sensibilisering, enz.) worden betaald door de Gemeenschappen (voor Brussel zijn dit de Franstalige en Vlaamse Gemeenschap en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van Brussel-Hoofdstad).

¹¹ Ter garantie van de kwaliteit van de onderzoeken mogen alleen mammografie-eenheden die beantwoorden aan zeer strikte kwaliteitscriteria deelnemen aan het programma (European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening, Europese Commissie)

Volgens de gezondheidsenquête van 1997 heeft 58 % van de Brusselse vrouwen in deze leeftijdsgroep deelgenomen aan een mammografiescreening tijdens de laatste twee jaar. Dit aandeel ligt hoger dan in de rest van het land (49 %) (Leurquin 1998). Het aantal vrouwen dat deelneemt aan zo een opsporingsprogramma neemt toe met de sociale status (Leurquin 1998, Brussels Project voor de opsporing van borstkanker 1991). Het doel van het screeningsprogramma voor Brussel is dus het verhogen van het aantal vrouwen tussen 50 en 69 jaar dat deelneemt aan het opsporingsprogramma. Vermits de spontane deelnemingsgraad lager ligt in de minder begoede sociaal-economische groepen, zullen deze extra gesensibiliseerd en aangemoedigd moeten worden tot deze preventieve actie.

3 _ 3 Infectieziekten

Ook al nemen infectieziekten een eerder bescheiden aandeel voor hun rekening wat de mortaliteit betreft (minder dan 2 % van de sterfgevallen), toch hebben zij een belangrijke weerslag inzake morbiditeit.

De gegevens in verband met infectieziekten komen van verschillende bronnen : de verplichte aangiften van overdraagbare aandoeningen, het netwerk van peillaboratoria microbiologie van het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid - Louis Pasteur, de referentielaboratoria en de specifieke registers.

Het systeem van de verplichte aangifte van overdraagbare aandoeningen laat op dit moment niet toe de evolutie van de overdraagbare aandoeningen in Brussel op epidemiologisch vlak te volgen. Wij presenteren hier bijgevolg de gegevens van slechts enkele specifieke aandoeningen waarvoor een systematische registratie uitgevoerd werd.

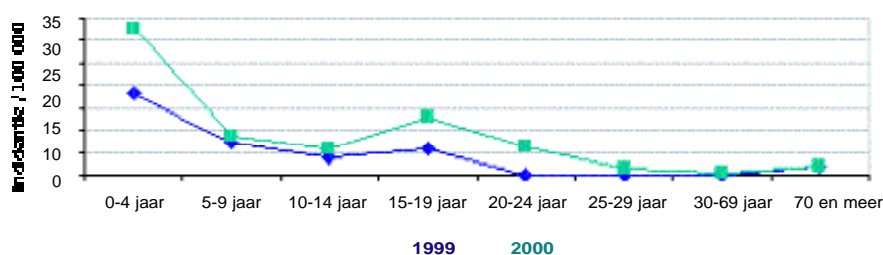
1 _ Meningokokken-infecties

De infecties door meningokokken worden op de voet gevolgd door twee diensten van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. De arts hygiënist ontvangt de aangiften van de gevallen en verifieert of alle preventieve maatregelen adequaat uitgevoerd werden (chemoprofylaxie van de contacten). Het Centrum voor Gezondheidsobservatie volgt de epidemiologische evolutie (statistische rapportering van het aantal gevallen en het serotype). De gegevens worden aangeleverd door de referentielaboratoria voor meningokokken (WIV-Louis Pasteur), de ziekenhuizen en de diensten voor medisch schooltoezicht van de Centra voor Leerlingenbegeleiding.

Tijdens de jaren 1999 en 2000 werden in Brussel 70 gevallen van meningokokkeninfectie geregistreerd : 23 in 1999 en 47 in 2000. De incidentie is dus verdubbeld tussen 1999 en 2000 : 2,4 gevallen per 100 000 inwoners in 1999 en 4,8 per 100 000 in 2000.

De ernstige gevallen van meningokokkeninfectie (meningitis en/of meningokokken-septicemie) treffen vooral jonge kinderen : de helft van de geregistreerde gevallen betrof kinderen jonger dan 6 jaar. Tussen 1999 en 2000 is de incidentie vooral toegenomen bij de zeer jonge kinderen en bij de 15-25 jarigen (figuur 7). Deze leeftijdsgroep vertegenwoordigde 13 % van de gevallen in 1999 en 25 % in 2000.

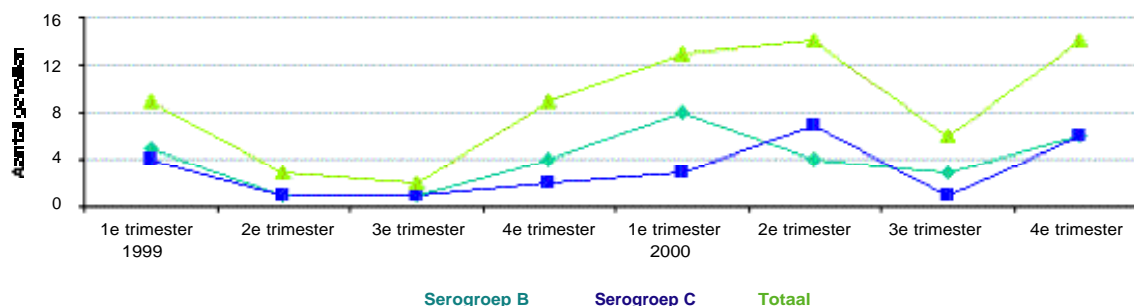
Figuur 7: Incidentie van meningokokkeninfecties volgens leeftijd in Brussel in 1999 en 2000



Bron : Centrum voor Gezondheidsobservatie

Het serotype kon bepaald worden in 61 gevallen. Daarvan werd 52,5 % veroorzaakt door het serotype B en 41 % door het serotype C. We stellen in ons land sinds 1996 een stijging vast van het aandeel infecties dat door het serotype C veroorzaakt wordt. Voor dit serotype is er sinds kort een vaccin beschikbaar in België. Vooral in Brussel is het aandeel van het serotype C in de besmettingen momenteel het sterkst toegenomen (Carion 2000).

Figuur 8: Aantal gevallen van meningokokkeninfectie per trimester in 1999 en 2000 te Brussel

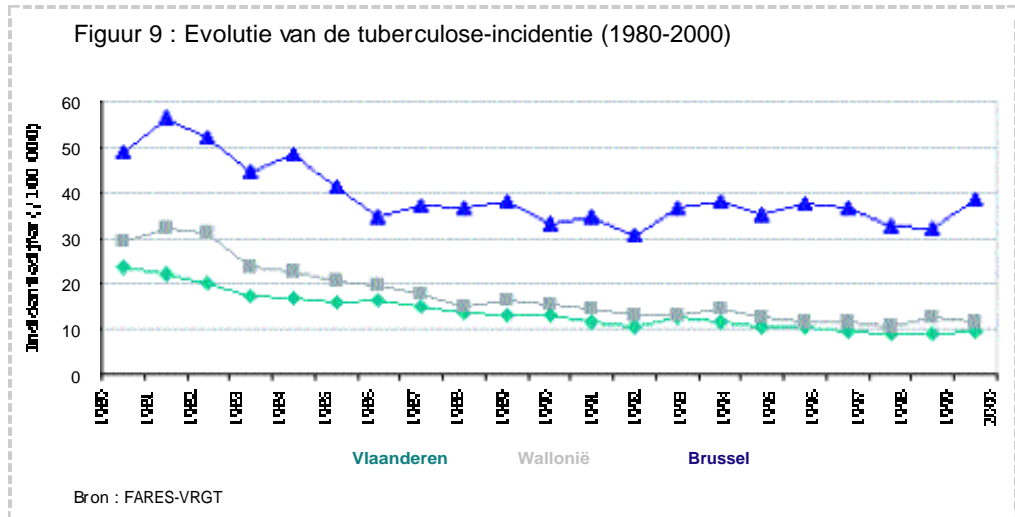


Bron WIV-Louis Pasteur Peillaboratoria microbiologie, Centrum voor Gezondheidsobservatie

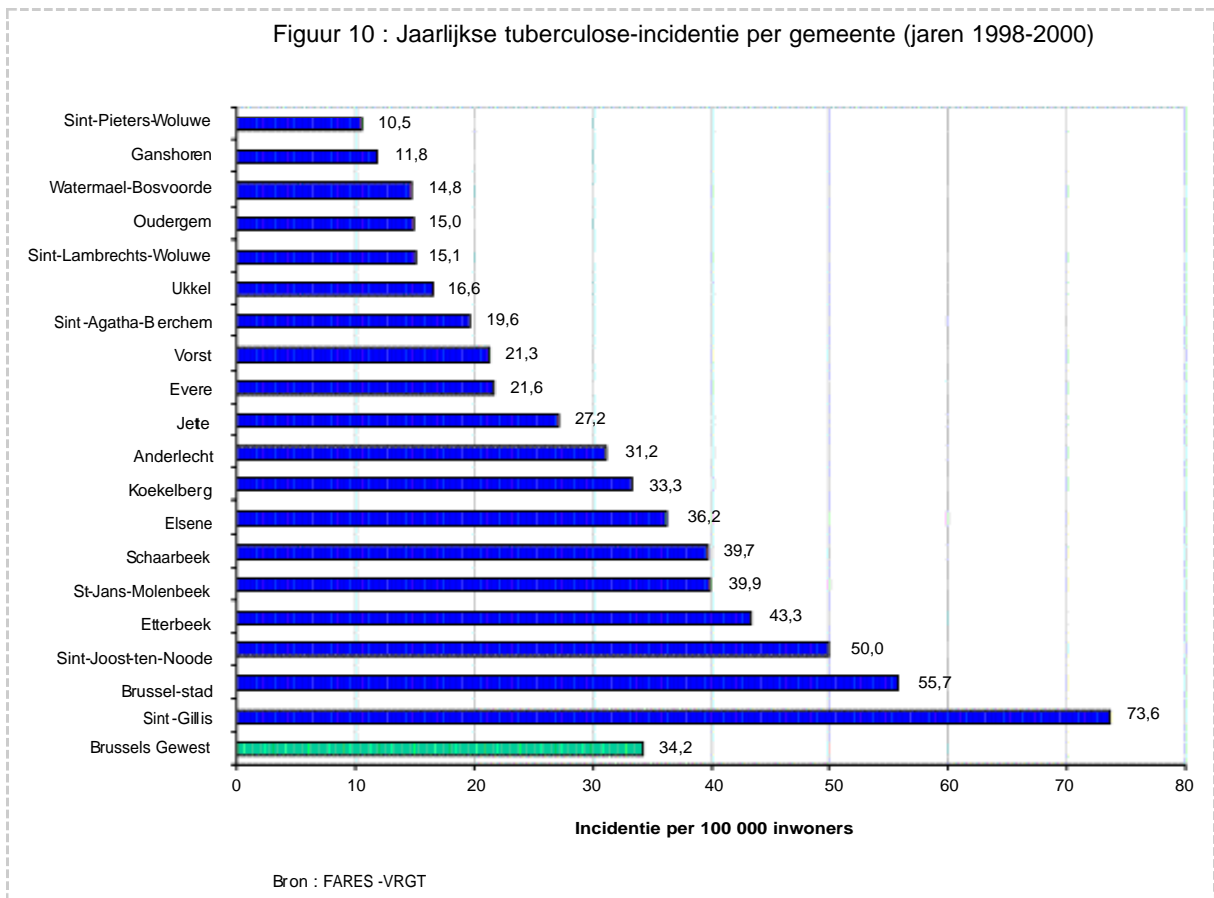
2_ Tuberculose

Na een periode van constante daling is de incidentie van tuberculose in Brussel sinds 1986 stabiel gebleven. Ze schommelt tussen 30 en 38,2/100 000 (figuur 9). In 1998 werden 310 nieuwe gevallen gemeld, 305 gevallen in 1999 en 366 in 2000¹² (FARES-VRGT). De incidentie van tuberculose in het Brussels Gewest is 3 tot 4 maal hoger dan deze in Wallonië en Vlaanderen (figuur 9). Dit fenomeen kan verklaard worden door het groter aantal personen dat zich in een zorgwekkende economische toestand bevindt en het groter aantal mensen afkomstig uit landen met een hoge tuberculose-prevalentie. De incidentie in Brussel is eveneens het hoogst in vergelijking met de andere grote Belgische steden. In 1999 lag de incidentie in Brussel op 32 per 100 000 bewoners, op 25 in Charleroi, 17 in Luik, 16 in Namen, 15,5 in Brugge, 15 in Antwerpen en 14 in Gent (VRGT 2000).

¹² De toename van het aantal nieuwe gevallen in 2000 moet voorzichtig geïnterpreteerd worden. Volgens de VRGT en FARES kan dit het gevolg zijn van een betere aangifte van de gevallen in plaats van een reële toename van het aantal gevallen van tuberculose. Er zijn sinds 1999 immers effectief grote inspanningen geleverd om de registratie van nieuwe gevallen in Brussel te verbeteren.



Er worden zeer grote verschillen vastgesteld tussen de Brusselse gemeenten (figuur 10). Voor de jaren 1998-2000 lag de incidentie in Sint-Gillis 7 maal hoger dan de incidentie in Sint-Pieters Woluwe. Men stelt algemeen vast dat de incidentie 2,5 maal hoger ligt in de gemeenten van de eerste kroon (44,9/100 000) dan in de gemeenten van de rand (18,2/100.000).

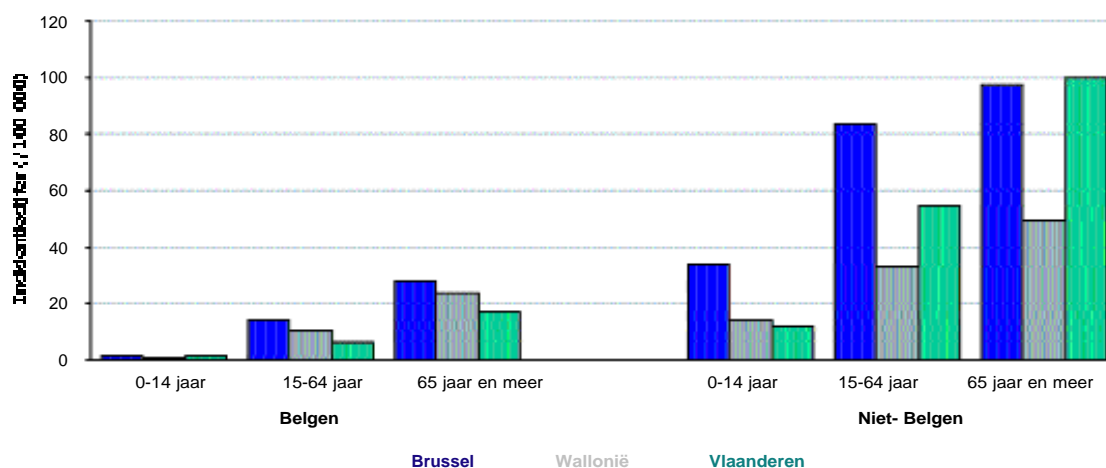


Van alle gevallen van tuberculose in 1999 in Brussel werd 67 % vastgesteld bij mensen met een vreemde nationaliteit (61 % in 1998). De incidentie bij de niet-Belgen ligt 5 maal hoger dan bij de Belgen (75,3/100 000 versus 14,7/100 000). In de loop van het laatste decennium stelt men een daling vast van de incidentie bij de Belgen en een toename bij de niet-Belgen. De verhouding van de incidenties tussen de niet-Belgen en de Belgen is gestegen van 3 naar 5 tussen 1988 en 1999.

Daarbij mag men nochtans niet uit het oog verliezen dat de incidentie bij de Belgen hoger is in Brussel (14,7/100 000) dan in Wallonië (10,4/100 000) en in Vlaanderen (7,1/100 000). Dit wordt zeer waarschijnlijk verklaard door het grotere aantal Brusselaars van Belgische nationaliteit die het financieel-economisch moeilijk hebben. In Vlaanderen en Wallonië treft tuberculose bij voorkeur oudere mensen. In Brussel daarentegen worden alle leeftijden getroffen. Voor 1999 lag de gemiddelde incidentie per 100 000 inwoners op 11 voor alle kinderen jonger dan 15 jaar, op 37 tussen 15 en 64 jaar en op 35 voor 65 jaar en ouder.

De incidentie bij de niet-Belgen ligt steeds hoger ongeacht de leeftijdsgroep (figuur 11). Het verschil is opmerkelijk uitgesproken bij de kinderen jonger dan 15 jaar. Voor de allerjongsten merkt men dat de incidentie bij de niet-Belgen duidelijk veel hoger ligt in Brussel dan in de andere gewesten.

Figuur 11 : Incidentie van tuberculose volgens leeftijd en nationaliteit in de 3 gewesten in 1999



Bron : FARES en VRGT, 1999

Het aantal gevallen van multiresistente tuberculose neemt lichtjes toe. In 1999 werden in Brussel 8 gevallen vastgesteld waarvan 2 bij Belgische patiënten en 5 bij kandidaat politieke vluchtelingen.

In 1998 zijn er in Brussel 13 mensen overleden aan tuberculose (10 mannen en 3 vrouwen). De helft van de mannen die aan tuberculose overleed, was jonger dan 55 jaar. De 3 vrouwen die aan tuberculose overleden, waren ouder dan 65 jaar. Er is in de loop van de laatste jaren geen betekenisvolle evolutie merkbaar in het aantal sterfgevallen door tuberculose. Sterfgevallen door deze ziekte moeten kunnen worden vermeden door een zo vroeg mogelijke diagnose en start van een adequate verzorging. Dit geldt minder voor ouderen omdat bij hen bijkomende aandoeningen de verklaring kunnen vormen voor het overlijden.

De rapporten van de ploegen op het terrein beklemtonen dat het opvolgen van mensen met tuberculose in Brussel moeilijker en moeilijker wordt. Deze moeilijkheden zijn gedeeltelijk te wijten aan het profiel van de patiënten, namelijk mensen die in zeer precare omstandigheden leven, soms in de clandestiniteit, zonder vaste verblijfplaats of met veelvuldige adresveranderingen, van uiteenlopende afkomst en nationaliteit, wat tal van communicatieproblemen meebrengt (taal, cultuur). De ploegen signaleren eveneens dat de toegang tot de gezondheidszorg steeds moeilijker wordt voor deze mensen.

3 _ Aids

De gegevens met betrekking tot de evolutie van aids en het aantal HIV infecties in België komen van twee bronnen : de registratie en aangifte van de patiënten met aids door de artsen en de registratie van seropositieven door de referentielaboratoria die de bevestigingstests uitvoeren. De gegevens die hier gepubliceerd worden, zijn afkomstig uit de rapporten van het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid - Louis Pasteur (Sasse 2000).

Mensen besmet met het virus

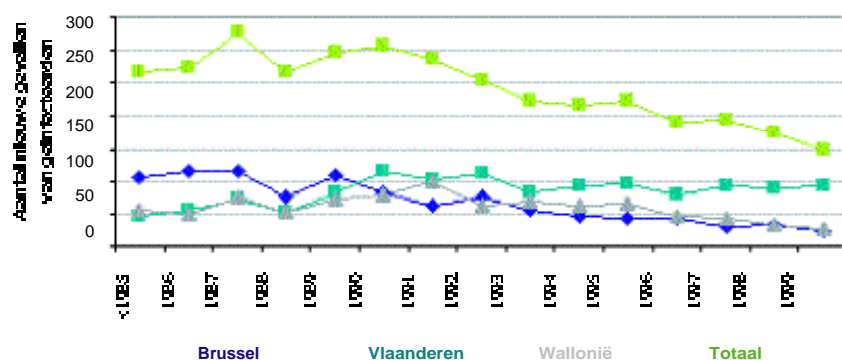
Het aantal nieuwe gevallen van seropositiviteit voor HIV blijft, globaal genomen, stabiel sinds 1986. In de loop van de periode 1986-1999 schommelde het aantal nieuwe infecties in België tussen 690 en 977 gevallen per jaar¹³. In de verstedelijkte zones, vooral in Brussel, worden de meeste gevallen aangegeven.

Van alle geïnfecteerde mensen waarvan sinds het begin van de epidemie de woonplaats bekend is¹⁴, woont 38 % in Brussel Hoofdstad (32 % van de geïnfecteerden met de Belgische nationaliteit en 46 % van de niet-Belgen). Voor de Belgische patiënten daalt dit aantal langzaam met de jaren : van meer dan 50 % in het begin van de epidemie tot 16 % in 1999.

¹³ Het is duidelijk dat de gepubliceerde cijfers betrekking hebben op personen die een diagnose ondergaan hebben. Het werkelijke aantal HIV-seropositieven in de bevolking is niet gekend.

¹⁴ De verblijfplaats is bekend voor 84 % van de Belgische patiënten en voor 52 % van de niet-Belgen.

Figuur 12 : Evolutie van het aantal geïnfecteerde personen met Belgische nationaliteit per gewest



Bron : WIV-Louis Pasteur, Sasse 2000

Het epidemiologisch profiel van de patiënten verschilt naargelang het geslacht en de nationaliteit.

Er zijn meer geïnfecteerde mannen dan vrouwen. De verhouding mannen/vrouwen bedraagt 4,1 voor de geïnfecteerden met de Belgische nationaliteit en 1,2 voor de niet-Belgen.

Twee derde van de gevallen bij de mannen zijn het gevolg van homo- of biseksuele contacten. Bij de vrouwen is drie vierden het gevolg van heteroseksueel contact. Bij de niet-Belgen komt heteroseksuele overdracht veel vaker voor (meer dan 2/3 van de gevallen).

Intraveneus druggebruik is de meest waarschijnlijke transmissieweg bij 6,8 % van de patiënten. Deze groep is groter in Brussel (8,6 %) dan in Wallonië (7,5 %) en in Vlaanderen (4,7 %). Deze wijze van overdracht komt meer voor bij jongeren (18 % van de patiënten tussen 15 en 24 jaar). Er wordt wel een daling vastgesteld van deze wijze van besmetting in de loop der jaren.

Sinds 1990 werden er geen gevallen van HIV besmetting meer gerapporteerd bij hemofiliëpatiënten. In Brussel geeft 3,8 % van de besmette personen aan dat ze ooit een bloedtransfusie ontvingen. Bij de overgrote meerderheid vond deze transfusie plaats voor 1985 of in het buitenland.

Mensen met aids

Tussen 1983 en 31 december 1999 werden in België 2 664 gevallen van aids geregistreerd; 53 % van hen heeft de Belgische nationaliteit. Sinds 1996 stelt men een daling vast van de incidentie van het aantal zieken dankzij het gebruik van nieuwe behandelingen. Tussen 1991 en 1995 registreerde men in België gemiddeld ongeveer 250 nieuwe gevallen per jaar. Tussen 1997 en 1999 is dit jaarlijks gemiddelde teruggevallen tot ongeveer 125. De vastgestelde daling sinds 1996 wordt nochtans afgeremd door het aantal zieken dat zijn seropositiviteit pas ontdekt op het moment dat ze ziek worden (21 % in 1995-96 en 41 % in 1998-99).

De plaats van huisvesting is gekend voor 55 % van de patiënten. Van hen verblijft 46 % in Brussel. Het gecumuleerde incidentiecijfer¹⁵ is 6 tot 8 maal hoger in Brussel dan in de andere gewesten.

¹⁵ Het aantal nieuw geregistreerde gevallen tussen 1983 en 1999 op het aantal bewoners in de loop van deze periode.

Het grotere aantal HIV-geïnficeerden en aids-patiënten in Brussel is vermoedelijk aan meerdere factoren te wijten: de aanwezigheid van een groot aantal mensen afkomstig uit landen met een hoge prevalentie, de wens van de zieken om dicht in de buurt van de gespecialiseerde medische centra te verblijven en de sociologische kenmerken van de bevolking van de grote stedelijke centra (verhoogde tolerantie voor seksueel risicogedrag, een groter aantal mensen die niet gebonden zijn door een stabiele relatie (Van Hove 1994).

In 1998 zijn in Brussel 31 personen overleden aan aids (21 mannen en 10 vrouwen), wat overeenkomt met een mortaliteitscijfer van 3,2 per 100 000 inwoners. De gemiddelde leeftijd was 46 jaar bij de mannen en 42,5 jaar bij de vrouwen. Aids is verantwoordelijk voor 1,7 % van de vroegtijdige sterfte in Brussel.

3 _ 4 Geestelijke gezondheid

1 _ Geestelijke gezondheid in het algemeen en depressie

De resultaten van de nationale gezondheidsenquête van 1997 geven aan dat 11,4 % van de Brusselse bevolking ouder dan 15 jaar mentaal in een slechte gezondheid verkeert. Van de ondervraagde personen verklaart 8,5 % aan een depressie geleden te hebben tijdens de laatste 12 maanden¹⁶. Meer dan 15 % van de Brusselaars ouder dan 15 jaar gebruikt psychotrope middelen (kalmeermiddelen, slaapmiddelen en/of antidepressiva) (Kittel 2000). In een enquête onder Brusselse schoolgaande jongeren tussen 12 en 18 jaar vermeldt 23 % van de adolescenten last te hebben van depressieve gevoelens (28 % van de meisjes en 17 % van de jongens) (De Clercq 1996).

De gezondheidsenquête van 1997 toont duidelijk het verband tussen de mentale gezondheidsproblemen en de indicatoren voor lichamelijke gezondheid of het gedrag dat een risico vormt voor de gezondheid (roken, gebrek aan lichamelijke activiteit, onevenwichtige voeding). De geestelijke gezondheidstoestand hangt sterk samen met de kwaliteit van het sociale leven. Na aanpassing voor sociaal-economische variabelen blijkt dat mensen die hun sociale contacten als weinig bevredigend ervaren, 10 tot 15 maal meer risico lopen om aan mentale gezondheidsproblemen te lijden (Kittel 2000). Depressie komt meer voor bij vrouwen. Gescheiden mensen geven bijna twee maal meer depressies aan dan mensen die samenwonen. Depressie komt meer voor naarmate de sociale status of het opleidingsniveau lager is.

Welke indicator van mentale gezondheid men ook in beschouwing neemt, Vlaanderen vertoont een veel gunstiger profiel dan het Brusselse of het Waalse Gewest. Voor die laatste twee zijn de cijfers zeer gelijkaardig. De verschillen met Vlaanderen blijven bestaan, ook na aanpassingen voor sociaal-economische variabelen. Dit betekent dat het onderscheid niet volledig verklaard kan worden door verschillen op sociaal-economisch vlak (Kittel 2000).

¹⁶ De prevalentie van depressie in deze studie wordt geschat op basis van één gestelde vraag in de enquêtes. Het antwoord wordt in belangrijke mate beïnvloed door de erkenning door de arts van depressie in de diagnose gegeven aan de patiënt. Het is dus niet verbazend dat men tot een lagere prevalentie komt dan deze die vastgesteld wordt in studies die gebruik maken van een onderzoeksinstrument dat gebaseerd is op een reeks meer objectieve criteria (Kittel 2000).

Indien men de Brusselaars vergelijkt met de inwoners van andere steden worden er geen statistisch significante verschillen gevonden voor de prevalentie van depressie volgens de woonplaats. Het aantal stedelingen dat verklaart aan een depressie te lijden, ligt op 7,4 % in Vlaanderen, op 8,5 % in Brussel en op 8,6 % in Wallonië (Kittel 2000).

2 _ Zelfmoord : een belangrijk probleem voor de volksgezondheid

Mentale aandoeningen gaan gepaard met een duidelijk gestegen mortaliteit. Zelfmoord is een van de belangrijkste oorzaken van overlijden verbonden met mentale aandoeningen.

In 1998 werden er in Brussel 202 overlijdens door zelfmoord opgetekend. Dit cijfer houdt geen rekening met bepaalde fenomenen van onderaangifte, die geschat wordt op een grootteorde van 20 tot 25 % (Bayedan 2001).

De sterftcijfers door zelfmoord liggen duidelijk veel hoger bij mannen dan bij vrouwen. Voor 1998 bedroegen de sterftcijfers 30,3/100 000 bij de mannen en 12,8/100 000 bij de vrouwen.

Deze cijfers (die dicht in de buurt liggen van de cijfers voor België in 1994) zijn opmerkelijk veel hoger dan deze in andere landen, zoals in Nederland, Zweden, Denemarken of Duitsland. De Franse cijfers liggen in de buurt van de onze. In 1997 bedroegen de zelfmoordcijfers er respectievelijk 29 en 10 per 100 000 inwoners.

De evolutie van de zelfmoordcijfers vertoont voor de laatste jaren geen belangrijke verschillen (tabel 2). Maar, deze resultaten moeten met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. De internationale classificatie van aandoeningen werd immers aangepast tussen 1994 en 1998 en verder kan het aantal niet aangegeven gevallen schommelen in de loop der jaren (bv. vergiftigingen met geneesmiddelen of verkeersongevallen die niet herkend worden als zelfmoord en bijgevolg ook niet als dusdanig geklasseerd worden).

Tabel 2 : Evolutie sterftcijfers door zelfmoord, gestandaardiseerd naar leeftijd¹⁷

| | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1998 | Vlaanderen 1998 |
|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------------------|
| Mannen | 26,79 | 32,67 | 41,35 | 31,68 | 29,88 | 34,74 | 28,66 |
| Vrouwen | 12,14 | 13,46 | 11,71 | 12,23 | 14,47 | 12,23 | 9,45 |
| Totaal | 18,32 | 21,5 | 24,89 | 21,27 | 21,38 | 21,44 | 18,23 |

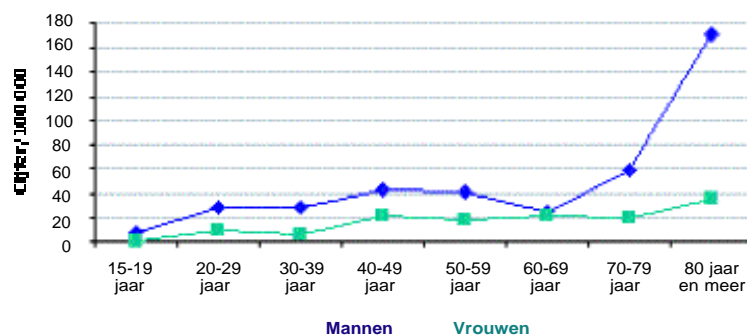
Bron : 1991-94 : NIS 1998 Brussel : Centrum voor Gezondheidsobservatie, Vlaanderen : Gezondheidsindicatoren 1998

De mortaliteitscijfers voor zelfmoord evolueren met de leeftijd. Er is een duidelijke stijging merkbaar in aanloop naar de leeftijd van 40 jaar, zowel bij mannen als bij vrouwen. Bij vrouwen ouder dan 40 jaar blijft het cijfer nadien redelijk stabiel, maar bij mannen neemt het aantal zeer snel toe na 70 jaar. Deze stijging van de zelfmoordcijfers met de leeftijd wordt regelmatig teruggevonden in de literatuur. Op hoge leeftijd kan zelfmoord misschien verband houden met een verzet tegen de pijn of afhankelijkheid ten gevolge van chronische aandoeningen (Bayedan 2001).

¹⁷ Het betreft een directe standaardisatie. De referentiepopulatie is de Brusselse populatie van 1998.

Het aantal sterfgevallen door zelfmoord mag dan al lager liggen bij jongeren, het blijft voor die leeftijdsgroep toch één van de belangrijkste oorzaken van overlijden. Tussen 20 en 29 jaar is 1 op 4 overlijdens het gevolg van een zelfmoord.

Figuur 13 : Zelfmoordcijfer per 100 000 inwoners in 1998



Bron : Centrum voor Gezondheidsobservatie

De belangrijkste methoden van zelfmoord verschillen volgens geslacht. Mannen plegen meestal zelfmoord door verhangen; vrouwen met geneesmiddelen. Zelfmoord door een sprong van een hoogte komt op de tweede plaats, zowel bij de mannen als bij de vrouwen. Van de mannen pleegt 15 % zelfmoord met een vuurwapen. Bij vrouwen werd geen enkele zelfmoord van dit type geregistreerd.

Er bestaat momenteel geen enkele vorm van systematische registratie van de zelfmoordpogingen. Men schat dit aantal nochtans 10 tot 20 maal hoger dan het aantal geslaagde zelfmoorden. In tegenstelling tot de effectieve zelfmoorden ligt het aantal pogingen daartoe veel hoger bij de vrouwen dan bij de mannen, vooral bij jongeren (Bayedan 2001). Een studie in Gent in 1998 schat het aantal pogingen tot zelfmoord op 308 per 100 000 vrouwen en op 219 voor mannen (van Heeringen 2000).

Wanneer we vertrekken van de zelfmoordcijfers in Brussel, de cijfers van de zelfmoordpogingen uit de Gentse studie en de schattingen van INSERM in Frankrijk, mag na extrapolatie het aantal zelfmoordpogingen in Brussel geschat worden op 2 500 tot 3 000 per jaar¹⁸.

3 _ 5 Verslavingen

1 _ Mortaliteit

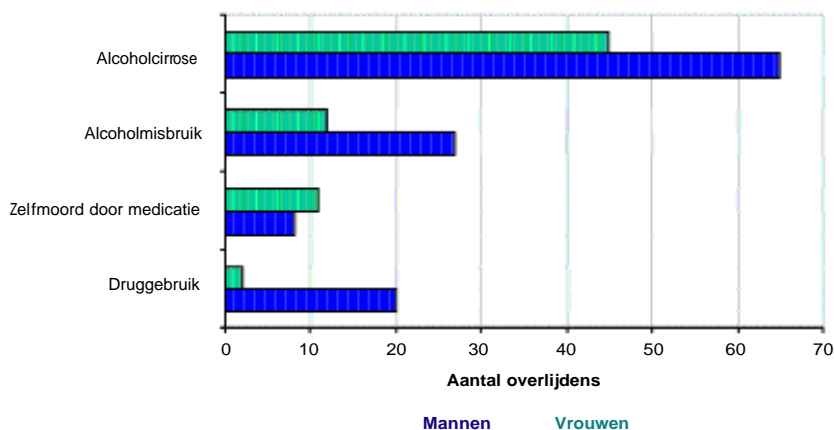
De overlijdens ten gevolge van alcohol of drugs zijn goed voor 8 % van de sterfgevallen vóór de leeftijd van 65 jaar. Voor het jaar 1998 werden in Brussel 190 sterfgevallen door drugs¹⁹ geregistreerd.

¹⁸ De Franse gegevens schatten de verhouding tussen het aantal zelfmoorden en het aantal zelfmoordpogingen op 14,5. Door deze verhouding toe te passen op de Brusselse gegevens komen we tot 2 929 pogingen tot zelfmoord voor 1998. Door op de Brusselse populatie de cijfers toe te passen die in Gent vastgesteld werden, komen we tot 2 536 pogingen tot zelfmoord. Dit zijn zeer ruwe schattingen. Zij zijn immers uit van de veronderstelling dat de verhouding zelfmoorden/pogingen tot zelfmoord dezelfde is in Brussel als in Frankrijk of dat het aantal pogingen tot zelfmoord even groot zou zijn in Gent als in Brussel.

¹⁹ Uitgaand van de internationale classificatie van aandoeningen wordt hier het onderscheid gemaakt tussen sterfgevallen ten gevolge van gebruik en misbruik (intentioneel of toevallig) van psychoactieve substanties of geneesmiddelen (F11-16, F18-19, X41-42, X61-62, Y11-12) en het aantal sterfgevallen te wijten aan alcohol (K70 : leveraantasting door alcohol en F10 sterfgevallen ten gevolge van alcoholmisbruik). De mortaliteit te wijten aan alcohol wordt onderschat vermits onder meer de sterfgevallen ten gevolge van aantasting van de pancreas, verkeersongevallen of agressie na alcoholmisbruik hierin niet meegeteld worden.

De sterftcijfers voor alcohol bedroegen 20,2 per 100 000 mannen en 11,4 per 100 000 vrouwen. Voor de overige drugs en geneesmiddelen lagen deze cijfers op 6,1 per 100.000 voor de mannen en 2,6 per 100 000 voor de vrouwen.

Figuur 14 : Aantal overlijdens door gebruik van toxische substanties in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest in 1998

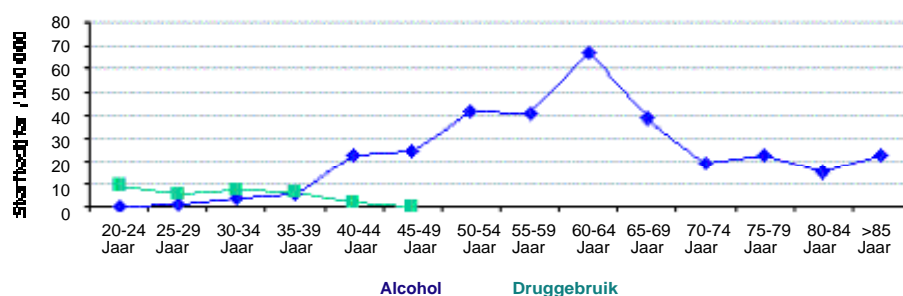


Bron : Centrum voor Gezondheidsobservatie

Na standaardisatie voor leeftijd ligt het aantal sterfgevallen door misbruik van drugs en geneesmiddelen 2,4 maal hoger bij mannen dan bij vrouwen. Het aantal sterfgevallen door alcoholmisbruik is 2 maal groter bij mannen dan bij vrouwen.

De sterfgevallen door drugmisbruik²⁰ betreffen vooral jonge mannen, terwijl de sterfgevallen door alcoholmisbruik op latere leeftijd plaatsvinden (figuur 15).

Figuur 15 : Evolutie van het sterftcijfer door alcohol en druggebruik volgens leeftijd



Bron : Centrum voor Gezondheidsobservatie

Het schatten van het aantal overlijdens door een overdosis blijft moeilijk. Van de 114 sterfgevallen waarvan de oorzaak onduidelijk is gebleven of nog verder onderzocht wordt, zouden er een aantal het gevolg kunnen zijn van een overdosis.

²⁰ In deze grafiek zijn de zelfmoorden door inname van geneesmiddelen niet meegerkend.

2 _ Omvang van het gebruik van genotmiddelen

Er zijn geen betrouwbare bronnen die toelaten een reële schatting te maken van het aantal mensen dat legale of illegale drugs en genotmiddelen gebruikt in Brussel.

Het gebruik van cannabis neemt toe

Het problematisch gebruik van cannabis als " tweede product " komt meer en meer aan bod bij de bezoekers van gespecialiseerde centra. Men stelt nochtans ook een toename van gebruik vast onder de algemene bevolking (studie CATI Sanomètre²¹).

Een studie uit 1994 in Brussel toonde aan dat op een leeftijd van 18 jaar 31 % van de jongens en 23 % van de meisjes reeds met cannabis kennism gemaakt hadden en dat 11 % van de schoolgaande jeugd het geregeld gebruikte (De Clercq, 1996).

Uit deze studie bleek ook dat het aantal cannabisgebruikers onder de jongeren uit België of de Europese Unie ongeveer 2 maal hoger lag dan onder de jongeren van andere nationaliteiten.

Bij de mannen ligt het aantal cannabisgebruikers ongeveer 2 maal hoger dan bij de vrouwen. Het gebruik komt meer voor in de groep jonger dan 30 jaar en het betreft meestal personen met een hoog niveau van opleiding.

Het gebruik van cannabis hangt zeer sterk samen met het roken van tabak (Kohn 1997).

De omvang van het gebruik van andere drugs is slecht gekend

Aleen de studies die uitgevoerd werden bij de Brusselse adolescenten geven ons enige informatie over de soorten illegale drugs die in deze groep gebruikt worden. Onder de adolescenten die secundair onderwijs volgen, bedraagt het aantal "gebruikers" (jongeren die de maand vóór de studie minstens éénmaal gebruikt hadden) 11 % voor cannabis, 2 % voor XTC, 2 % voor barbituraten, 1 % voor LSD, 1 % voor oplosmiddelen, 1 % voor amfetamines en 1,1 % voor harddrugs (cocaïne, crack en opiaten). De omvang van het gebruik van illegale drugs onder volwassenen in Brussel is momenteel niet bekend.

Het gebruik van legale drugs (tabak, alcohol en geneesmiddelen) is een van de belangrijkste oorzaken van vroegtijdige sterfte. Het vormt dus een prioritair probleem voor de volksgezondheid.

Volgens de gezondheidsenquête van 1997 zijn er in Brussel 33 % rokers waarvan 27 % dagelijks rookt. Mannen roken meer dan vrouwen (38 % versus 29 %), behalve in de groep jonger dan 25 jaar. Eén op 3 van de jongeren tussen 15 en 19 jaar is reeds roker (Leurquin 1998).

Het aantal mensen met een problematische alcoholconsumptie is momenteel niet gekend²².

²¹ De studie CATI Sanomètre bestaat uit een telefonische enquête die sinds 1996 continu uitgevoerd wordt onder de volwassen bevolking (18-65 jaar) in 4 zones van de Franstalige Gemeenschap waarvan er 2 in Brussel gelegen zijn. Deze studie wordt uitgevoerd door de Unité de Promotion Education Santé de l'École de Santé Publique van de Université Libre de Bruxelles.

²² Specifieke vragen over het gebruik van alcohol, cannabis en XTC maken deel uit van de nieuwe gezondheidsenquête die momenteel gevoerd wordt.

3 _ Profiel van de cliënten van de gespecialiseerde diensten

Het Overleg Druggebruik Brussel (ODB) heeft een monitoringsysteem opgezet voor de gespecialiseerde diensten voor verslavingsproblematiek in Brussel : het systeem ADDIBRU (Vanderveken 2000). Aan de hand van de gegevens die door dit instrument verzameld worden, kan het profiel van de gebruikers van deze diensten gevolgd worden en dit sinds 1996²³.

De gespecialiseerde Brusselse diensten ontvangen vooral patiënten die in het Brussels Gewest wonen. Er is een afname van cliënten die buiten Brussel verblijven : ze vertegenwoordigden 19 % van de consultaties in 1996 en minder dan 16 % in 1999.

Steeds meer oudere en mannelijke hulpzoekenden voor de gespecialiseerde diensten

De gespecialiseerde hulpverleningscentra worden vooral bezocht door mannen. Het aantal vrouwen neemt stelselmatig af sinds 1996. De geslachtsratio (M/V) is gestegen van 2,2 in 1996 naar 5,4 in 1999.

Deze ondervertegenwoordiging van de vrouwen onder de hulpzoekenden wordt niet volledig verklaard door een lagere behoefte. De geslachtsratio voor de mortaliteit (drugs + alcohol) bedraagt immers 1,7. Andere hypothesen moeten hiervoor ook onderzocht worden, met name: een andere soort hulpvraag, een ander type van gebruik waardoor er minder aanleiding is om een gespecialiseerde dienst te consulteren, ...

De analyse van de gegevens van ADDIBRU toont eveneens aan dat de gemiddelde leeftijd van de hulpzoekenden de laatste jaren toeneemt. De groep jonger dan 30 jaar is met 25 % afgenomen, terwijl er een toename is van personen ouder dan 30 jaar. Dit suggereert een veroudering van de cliëntengroep, net alsof deze groep stabiel zou zijn en er geen rekrutering van nieuwe patiënten uit jongere groepen meer plaatsvindt.

Het problematisch gebruik van stimulerende middelen en cannabis neemt toe. Een problematisch gebruik van meerdere middelen wordt de regel

Steeds meer hulpzoekers die bij een gespecialiseerd centrum aankloppen, gebruiken meerdere middelen. Van deze middelen wordt er één aangeduid als het "hoofdproduct". Men stelt vast dat het gebruik van opiaten als belangrijkste middel progressief afneemt (72,4 % in 1997 tegen 61,5 % in 1999), terwijl het gebruik van stimulerende middelen toeneemt (5,7 % in 1997 en 11,6 % in 1999). Alcohol komt op de tweede plaats als " hoofdproduct ".

Indien men rekening houdt met de " tweede producten ", blijkt dat het probleemgebruik van cannabis stelselmatig toeneemt onder de hulpzoekenden: van 19 % in 1997 naar 27 % in 1999.

23 Voor meer gedetailleerde inlichtingen verwijzen wij naar het epidemiologisch rapport van het Overleg Druggebruik Brussel (ODB) : " De systematische verzameling van epidemiologische gegevens ", november 2000.

De cliënten van gespecialiseerde centra hebben vaak een lange geschiedenis van afhankelijkheid en ervaring met gevangenisstraffen

Ongeveer de helft van de mensen die in 1999 een gespecialiseerd centrum opzochten, heeft reeds meer dan 10 jaar lang een verslavingsprobleem.

Bijna 60 % van de mensen zoekt een behandeling op persoonlijk initiatief en 10 % is verwezen door diensten uit de eerstelijnsgezondheidszorg. Slechts 4 % wordt verwezen door de sociale sector. Ongeveer 21 % is doorverwezen door justitie.

Driekwart van de cliënten zijn verhoord door een rechter of het parket. Twee derden hebben ervaring met opsluiting in een gevangenis (55 % in 1997 en 66 % in 1999). Deze ervaring weegt vaak zwaar door op de hulpverlening. Een gevangenisstraf is immers een traumatiserende ervaring die de kansen op sociale reïntegratie beperkt door de aanwezigheid van een strafblad. Ze gaat vaak gepaard met een verplichting tot behandeling.

De sociale bescherming van de hulpzoekenden wordt beter

De groep die bij de gespecialiseerde hulpcentra aanklopt, heeft een zeer precare sociaal-economische achtergrond. Slechts 14 % van de hulpzoekers heeft een inkomen uit werk. 12 % heeft geen inkomen en 64 % ontvangt een vervangingsinkomen (OCMW 26 %, ziekteverzekering 20 %, werkloosheidsuitkering 18 %). In de loop van de laatste 4 jaren is het aantal hulpzoekers met een vervangingsinkomen toegenomen (47 % in 1996 en 64 % in 1999). Deze stijging gaat gepaard met een toename van het aantal hulpzoekers via de ziekenfondsen: van 62 % in 1996 naar 80 % in 1999.

De "niet gespecialiseerde" diensten ontvangen een ander publiek

De mensen die een "niet gespecialiseerde" dienst voor geestelijke gezondheidszorg opzoeken voor verslavingsproblemen, hebben een ander profiel dan diegenen die zich tot een gespecialiseerd centrum wenden. De gegevens van de Nederlandstalige centra voor geestelijke gezondheidszorg²⁴ in Brussel tonen aan dat zij een jonger publiek en veel meer vrouwen aantrekken. Een kwart van de patiënten worden naar de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg doorverwezen via de eerstelijnsdiensten en 9 % via de sociale hulpverlening (deze groep neemt toe sinds 1996). Justitie speelt een kleinere rol dan bij de gespecialiseerde centra. Op dit ogenblik beschikken we over geen gegevens van patiënten gevolgd door de eerstelijnsgezondheidszorg (huisartsen).

3 _ 6 Ongevallen

1 _ Verkeersongevallen

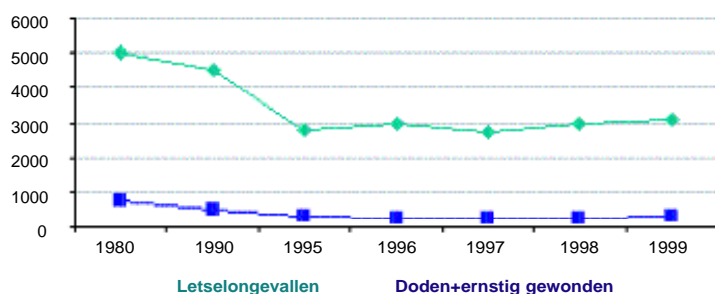
Het aantal ongevallen met lichamelijke letsels is in Brussel sterk afgenomen tussen 1980 en 1995.

24 Momenteel zijn voor het Brusselse Gewest alleen de gegevens van de Nederlandstalige Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg beschikbaar op het Overleg Druggebruik Brussel (ODB) (Vanderveken 2000).

Sindsdien is de toestand ongeveer stabiel gebleven, al was er een lichte stijging (het aantal slachtoffer is met 4 % toegenomen tussen 1998 en 1999) (figuur 17).

Het aantal overledenen of zwaargewonden is merkkelijk kleiner in Brussel (29/100 000 inwoners) dan in Wallonië (121/100 000) of in Vlaanderen (127/100 000). Dit houdt verband met de lage verkeerssnelheid in de stedelijke omgeving (BIVV 1999).

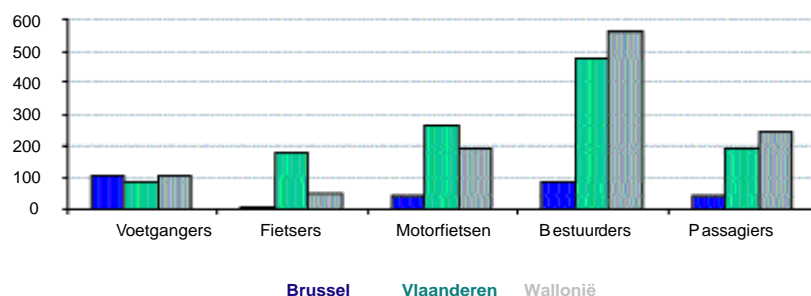
Figuur 16 : Aantal letselgevallen, doden en ernstig gewonden tussen 1980 – 1999 in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest



Bron : NIS-BIVV 1999

De meest kwetsbare weggebruikers in Brussel zijn de voetgangers. Zij maken 35 % uit van de doden en zwaargewonden. Het aantal dodelijk of zwaar gekwetste voetgangers ligt het hoogst in Brussel (figuur 18). Voor de overige weggebruikers ligt het aantal slachtoffers in verhouding tot de bevolking in Brussel lager dan in de rest van het land.

Figuur 17 : Aantal doden en ernstig gewonden per 1 000 000 inwoners, volgens aard van gebruik en Gewest, 1999



Bron : NIS-BIVV 1999

In 1998 zijn 52 Brusselaars dodelijk verongelukt in het verkeer; 39 in Brussel zelf en 13 in Vlaanderen²⁵. In totaal vielen er op het grondgebied van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest 90 doden door verkeersongevallen. 57% woonde buiten het gewest.

De helft van Brusselaars omgekomen in een verkeersongeval, was jonger dan 45 jaar. Bij de "zwakke" weggebruikers (voetgangers en fietsers) was 60 % van de slachtoffers ouder dan 65 jaar.

²⁵ Bron : overlijdenscertificaten, Centrum voor Gezondheidsobservatie. Het exacte aantal Brusselaars dat in het Waalse Gewest overleden is, is niet gekend. Wanneer men hiermee rekening houdt, lijkt het waarschijnlijk dat het reële aantal overlijdens nog hoger ligt.

2 _ Ongevallen in de privé-sfeer

Wij beschikken spijtig genoeg niet over gegevens over het aantal, de omstandigheden en de gevolgen van ongevallen in de privé-sfeer voor het Brussels Gewest, behalve dan de statistische gegevens over fatale ongevallen. Zij vormen ongetwijfeld slechts "het puntje van de ijsberg". De ongevallen in de privé-sfeer worden geregistreerd via het EHLASS-systeem, tenminste voor zover ze aanleiding geven tot een consultatie op een dienst spoedopname in bepaalde ziekenhuizen²⁶. In 45,5 % van de geregistreerde accidenten gaat het om een val. Eén derde van de ongevallen vindt thuis plaats en 20 % op een sportterrein. Adolescenten en jonge volwassenen zijn vaker betrokken in een ongeval, maar de gevolgen van het ongeval zijn ernstiger bij jonge kinderen en bejaarden (wat betreft opname in een ziekenhuis en overlijden) (EHLASS 1999).

Vergiftigingen zijn goed voor 0,7 % van de ongevallen geregistreerd via EHLASS, maar voor 80 % van de oproepen aan het Antigifcentrum²⁷. Ze hebben vooral betrekking op kleine kinderen. Van de oproepen van het Antigifcentrum handelt 42 % over geneesmiddelen en 31 % over huishoudelijke producten (Antigifcentrum 1998).

In 1998 zijn 298 Brusselaars overleden aan de gevolgen van een ongeval in de privé-sfeer (val, verdrinking of andere). Dit is ook de belangrijkste doodsoorzaak bij kinderen tussen 1 en 4 jaar (7 overlijdens of 41 % van het totaal aantal doden in deze leeftijdsgroep) en tussen 5 en 9 jaar (4 overlijdens of 33 % van de doden).

Een val is een niet te verwaarlozen doodsoorzaak bij kleine kinderen (10 % van de sterfgevallen) en bij hoogbejaarden (4 % van de sterfgevallen na 85 jaar).

3 _ Ongevallen op het werk

In 1999 zijn er 23 831 arbeidsongevallen geregistreerd in Brussel : 20 018 op de werkplek en 3 813 op weg van en naar het werk. Dit komt overeen met respectievelijk 10,3 % en 17,4 % van het totaal aantal ongevallen van dit type in België (Fonds voor Arbeidsongevallen 1998)²⁸. In vergelijking met 1998 is het aantal ongevallen op de werkplek gedaald (- 9,5 %). Het aantal ongevallen op weg van en naar het werk is zeer licht gestegen (+ 1 %).

Het Brussels Gewest situeert zich hiermee op het landelijk gemiddelde voor de ongevallen op weg van en naar het werk : 8,3 ongevallen per 1000 werknemers (nationaal gemiddelde 8,8). Het aantal ongevallen op de werkplek ligt echter beduidend lager dan het nationaal gemiddelde : 56,9 ongevallen per 1000 werknemers (nationaal gemiddelde 85,3). Van de aangegeven ongevallen zijn er 1 728 zware ongevallen (met een dodelijke afloop of blijvende arbeidsongeschiktheid) voor 1998 en 1 711 voor 1999. Voor 1998 en 1999 vertegenwoordigen de zware ongevallen daarmee 6,9 % van de ongevallen in Brussel en 6,6 % van de ongevallen in heel het land.

Arbeiders zijn de meest kwetsbare groep. Zij zijn het slachtoffer in 81 % van de ongevallen terwijl ze slechts 50,5 % van de werknemersgroep uitmaken. Zij lopen eveneens een veel groter risico om het slachtoffer te worden van een ernstig ongeval.

²⁶ Het betreft hier het Universitair Ziekenhuis van Antwerpen, het Universitair Ziekenhuis van Gent en het Erasmus-ziekenhuis in Brussel (EHLASS 1999). De gegevens zijn dus niet representatief voor alle ziekenhuizen samen en ook niet voor de afzonderlijke gewesten.

²⁷ Om technische redenen beschikt het Antigifcentrum niet over afzonderlijke gegevens voor Brussel.

²⁸ De gegevens die hier weergegeven worden, zijn afkomstig uit de jaarrapporten van het Fonds voor Arbeidsongevallen en de Dienst voor Arbeidsongevallen en Beroepsziekten van het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Milieu. Zij hebben alleen betrekking op de privé-sector. De gegevens voor de openbare sector zijn momenteel niet beschikbaar. Het totaal aantal arbeidsongevallen is daarmee onderschat.

3 _ 7 Beroepsziekten

De aard van de economische activiteiten in Brussel en de lijst van de erkende beroepsziekten, verklaren waarom er in Brussel zo weinig uitkeringen van het Fonds van Beroepsziekten aangevraagd en toegekend worden in vergelijking met de rest van het land.

In 1998 heeft het Fonds van Beroepsziekten voor Brussel slechts 242 nieuwe aanvragen van schadeloosstelling ontvangen omwille van arbeidsonbekwaamheid ten gevolge van een beroepsziekte. Dit vertegenwoordigt slecht 3,9 % van de ingediende aanvragen voor heel het land (Fonds voor Beroepsziekten 1998).

Tijdens hetzelfde jaar genoten 1 355 Brusselaars van een maandelijkse uitkering omwille van een blijvende arbeidsongeschiktheid ten gevolge van een beroepsziekte. Dit komt overeen met 2 % van het totaal aantal mensen dat in België van zo een uitkering geniet (Fonds voor Beroepsziekten 1998).

3 _ 8 Handicaps en invaliditeit

In de gezondheidsenquête van 1997 vermeldde 6 % van de ondervraagde Brusselaars dat ze aan een lichamelijke handicap lijden. Deze groep wordt groter met de leeftijd. 9 % van de mannen en 6 % van de vrouwen tussen 65 en 74 jaar heeft een ernstige handicap (een handicap die hen verplicht tot blijven zitten of liggen). Na de leeftijd van 75 jaar neemt dit aantal toe tot 12 % bij de mannen en 16 % bij de vrouwen (Leurquin 1998).

Op 1 januari 2000 genoten 11 135 Brusselaars tussen 20 en 64 jaar van een tegemoetkoming voor gehandicapte personen, wat overeenkomt met 3,9 % van de bevolking in deze leeftijdsgroep. Dit aantal bedraagt 5,1 % in Wallonië en 2,5 % in Vlaanderen (tabel 3). 3 663 bejaarden genieten van een tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden, of 6,1 % van de plus 65-jarigen. Dit aantal is kleiner dan in de andere gewesten : 8,8 % in Wallonië en 11,9 % in Vlaanderen (tabel 3) (Administratie van Sociale Integratie 2000).

Tabel 3 : Aantal uitkeringsgerechtigde gehandicapten²⁹ op 1 januari 2000 per Gewest

| | Brussel | | Wallonië | | Vlaanderen | | Totaal | |
|--|---------|---------|----------|----------|------------|----------|---------|---------|
| | Aantal | (%) | Aantal | (%) | Aantal | (%) | Aantal | (%) |
| Inkomensvervangende tegemoetkoming en/of integratie-tegemoetkoming | 11 135 | (9,9 %) | 49 935 | (44,5 %) | 51102 | (45,6 %) | 112 172 | (100 %) |
| Tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden | 3 663 | (5 %) | 19 406 | (26,6 %) | 49 897 | (68,4 %) | 72 966 | (100 %) |
| Totaal ³⁰ | 15 153 | (8 %) | 71 283 | (37,4 %) | 104 143 | (54,6 %) | 190 579 | (100 %) |
| Totaal in instelling | 1 196 | (5,6 %) | 5 494 | (25,6 %) | 14 762 | (68,8 %) | 21 452 | (100 %) |

Bron : Bestuur Maatschappelijke Integratie, 2000

²⁹ De cijfers hebben betrekking op uitkeringsgerechtigde gehandicapten toegekend door het Ministerie van Sociale Zaken. De inkomensvervangende tegemoetkoming wordt toegekend aan personen die ten gevolge van hun handicap een inkomensverlies kennen van een derde of nog minder dan dat een valide persoon op de arbeidsmarkt zou verdienen. De integratietegemoetkoming wordt toegekend aan personen met een handicap ten gevolge van een verlies van hun autonomie en daardoor ook moeilijkheden ondervinden bij sociale integratie. De tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden wordt eveneens toegekend omwille van een verlies van autonomie of een vermindering van autonomie.

³⁰ Dit heeft betrekking op het totaal aantal gerechtigden van een inkomensvervangende tegemoetkoming, een integratietegemoetkoming of een tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (de wet van 27 februari 1987) en de personen die genieten van gewone en speciale tegemoetkomingen (wet van 27 juni 1969 en KB van 24 december 1974) (Bestuur Maatschappelijke Integratie 2000).



4

Moeder en kind



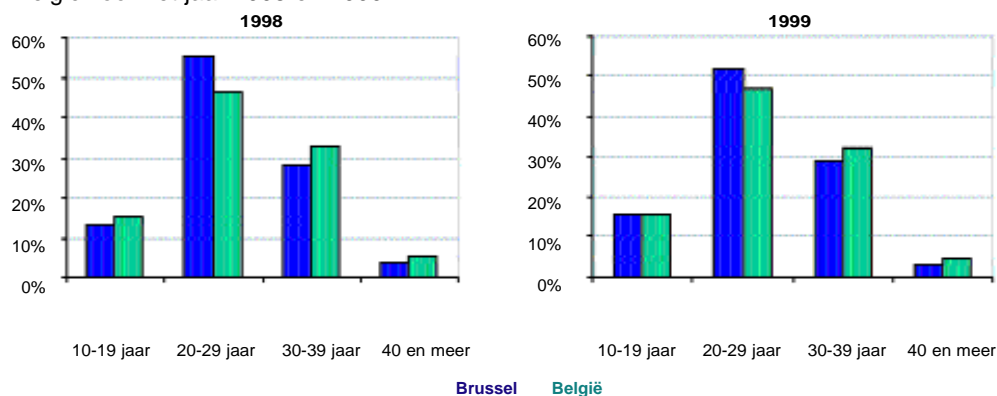
In 1998 werden meer dan 13 000 kleine Brusselaars geboren. De prenatale periode en de eerste levensjaren zijn cruciaal voor de toekomst. Het is een prioriteit in de gezondheidszorg elk kind vanaf zijn geboorte alle mogelijkheden te bieden om zijn gezondheidspotentieel en ontplooiing volledig te ontwikkelen. Wij trachten aan de hand van enkele indicatoren een aantal gezondheidsaspecten van die levensperiode in kaart te brengen.

4 _ 1 Over de zwangerschap

1 _ Vrijwillige zwangerschapsonderbreking

Volgens het rapport van de Nationale Evaluatiecommissie van de wet van 3 april 1990, waren er in 1998 2 243 vrijwillige zwangerschapsonderbrekingen bij vrouwen gedomicilieerd in het Brussels Gewest; in 1999 waren dat er 2606. Dit vertegenwoordigt respectievelijk 18,7 % en 20,5 % van de vrijwillige zwangerschapsonderbrekingen in België. Het percentage van vrijwillige zwangerschapsonderbreking¹ bedraagt dus in 1998 15,6 % voor Brussel tegenover 9,4 % voor de rest van het land. Ter vergelijking: het percentage van vrijwillige zwangerschapsonderbreking bedroeg in 1998 18,1 % voor heel Frankrijk tegenover 19,6 % voor de regio Ile-de-France. Het percentage varieert volgens leeftijd. In 1998 telde men in Brussel 39,5 vrijwillige zwangerschapsonderbrekingen per 100 bevruchtingen vóór de leeftijd van 20 jaar, 15,2 tussen 20 en 29 jaar, 10,2 tussen 30 en 39 jaar en 16,6 ouder dan 40 jaar. Meer dan de helft van de vrijwillige zwangerschapsonderbrekingen vindt plaats bij vrouwen tussen de 20 en 30. Deze verhouding ligt iets hoger in Brussel dan in de rest van het land. Het aantal adolescenten (jonger dan 20) is gestegen tussen 1998 en 1999: 13,1 % in 1998 en 15,7 % in 1999 (figuur 1).

Figuur 1 : Verdeling van zwangerschapsonderbrekingen per leeftijdsgroep in Brussel en België voor het jaar 1998 en 1999



Bron : Nationale Evaluatiecommissie 2000

¹ Het percentage vrijwillige zwangerschapsonderbreking is het aantal vrijwillige zwangerschapsonderbrekingen (gerekend op het domicilie van de vrouw) vergeleken met het aantal concepties (geboorten, doodgeboorten en vrijwillige zwangerschapsonderbreking).

De noodsituaties die door vrouwen worden aangehaald zijn vaak verschillend. Het aantal vrouwen dat een situatie van materiële tegenspoed aanhaalt (financiële problemen, beroepssituatie of woonproblemen) ligt hoger in Brussel (33 %) dan in de rest van het land (24 %) en steeg tussen 1998 en 1999.

2 _ Opvolging van de zwangerschap

Volgens de gezondheidsenquête van 1997 krijgt 7 % van de zwangere vrouwen een eerste prenatale controle op 16 weken of later. Dit aantal ligt hoger dan in Vlaanderen (2 %) of Wallonië (4 %) (Leurquin 1998).

Meer dan 98 % van de zwangerschappen wordt gevolgd door een specialist, minder dan 1 % door een huisarts. Ongeveer 0,8 % van de zwangerschappen wordt niet medisch opgevolgd (dit betek ent 108 geboorten in 1999) (K&G en ONE²).

In 1999 rookte 13,3 % van de toekomstige moeders op het einde van de zwangerschap; 3,4 % rookte meer dan 20 sigaretten per dag (ONE). Dit aandeel ligt lager dan in de andere provincies van de Franse Gemeenschap. Het grote aantal moeders van buitenlandse afkomst in Brussel verklaart waarschijnlijk dit verschil. Er zijn immers dubbel zoveel Belgische vrouwen die roken op het einde van de zwangerschap dan vrouwen van buitenlandse origine (ONE 2000).

3 _ Geboorten

In 1998 werden 18 047 geboorten in Brussel geregistreerd. 30 % van de kinderen geboren in Brussel zijn geen Brusselaars: 17,3 % is in Vlaanderen gedomicileerd en 12,4 % in Wallonië. 1,3 % van de kinderen geboren in Brussel zijn in het buitenland gedomicileerd. 98,4 % van de Brusselse kinderen worden geboren in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest³. 99,5 % van de geboorten vindt plaats in het ziekenhuis. De geboorten concentreren zich in de gemeenten waar de kraamklinieken zich bevinden. Van de 18 047 geboorten die in Brussel werden geregistreerd, vond 26 % plaats in Brussel-Stad, 20 % in Ukkel, 13 % in Etterbeek, 11 % in Anderlecht, 10 % in Elsene, 6 % in Sint-Lambrechts-Woluwe, 6 % in Sint-Joostten-Node en 5 % in Sint-Agatha-Berchem.

Profiel van de moeders

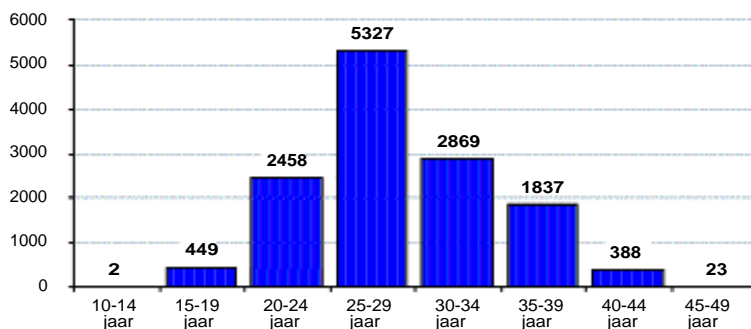
De mediaanleeftijd bedraagt 28 jaar voor het geheel van geboorten en 26 jaar voor een eerste kind⁴. De gemiddelde leeftijd voor een eerste kind ligt hoger naargelang het opleidingsniveau van de moeder: 25 jaar voor moeders die maximum een diploma lager secundair onderwijs bezitten en 29 jaar voor moeders met een diploma hoger onderwijs. We noteren 85 bevallingen bij adolescenten jonger dan 18 (0,6 % van de geboorten) en 451 geboorten bij moeders jonger dan 20 (3,4 % van de geboorten). 411 geboorten (3,1 %) vinden plaats na de leeftijd van 40.

² De gegevens van K&G kregen we van hun studiedienst (anoniem bestand van kinderen die een contact hadden met Kind en Gezin). De gegevens van ONE komen van de medisch-sociale databank van ONE (anonieme databank 'A vis de naissance'). Daar waar mogelijk werden de gegevens van K&G en ONE aan elkaar gekoppeld om zo dubbels te vermijden. Voor het jaar 1999 waren er 380 kinderen op 11 858 (3,2 %) opgenomen in beide bestanden. Na eliminatie van deze dubbels bevatten beide bestanden 89,5 % van de geboorten in Brussel in 1999.

³ Net zoals voor de mortaliteitsgegevens, hebben we geen gegevens over de Brusselse kinderen die in Wallonië geboren worden. Het totaal aantal Brusselse kinderen geboren in 1998 is dus onderschat.

⁴ De leeftijd van de moeders ligt tussen de 14 en 48 jaar met een gemiddelde van 28,99 (+/- 5,48) en 26,91 (+/- 5,03) voor een eerste kind.

Figuur 2 : Aantal bevallingen volgens leeftijdsgroep van de moeder, Brussel 1998

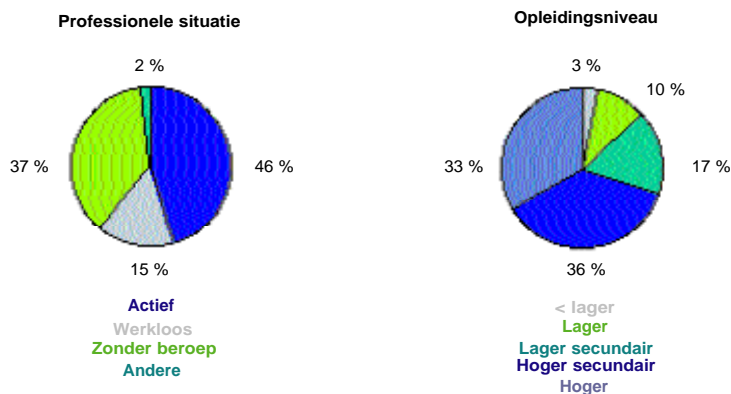


Bron : Centrum voor Gezondheidsobservatie

We zien sinds geruime tijd een geleidelijke stijging van het aantal niet-gehuwde moeders: hun aandeel bedroeg 9 % in 1980, 14 % in 1985, 20 % in 1990, 22 % in 1994 en 23,4 % in 1998.

Vroeger werd het feit niet gehuwd te zijn geassocieerd met een groter risico voor moeder en kind. Vandaag de dag kunnen we, gezien het groeiend aantal niet-gehuwde koppels, aan de hand van de burgerlijke stand niet meer uitmaken welke moeders hun kinderen alleen moeten opvoeden. Het nieuwe statistisch geboorteformulier zal daarom informatie bevatten over de staat van verbintenis van de moeder. In 1998 leefde in Brussel 15 % van de moeders alleen op het ogenblik van de bevalling.

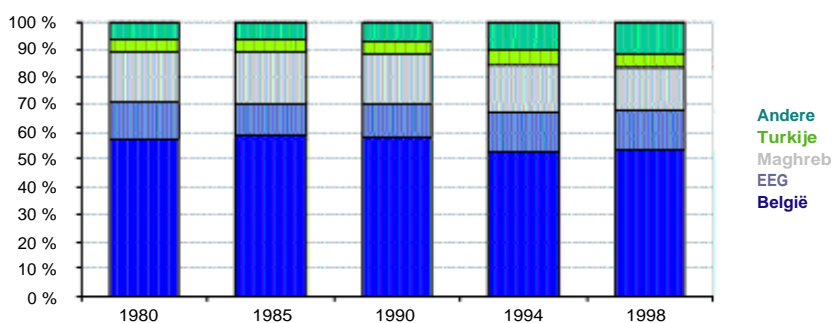
Figuur 3 : Socio-economisch profiel van de moeders, Brussel 1998



Bron : Centrum voor Gezondheidsobservatie

In Brussel leven mensen van zeer uiteenlopende nationaliteiten. In 1998 had ongeveer de helft van de pasgeboren Brusselaars een niet-Belgische moeder. De verdeling van geboorten in functie van de nationaliteit van de moeder is als volgt: België 54 %, Maghreblanden 16 %, landen van de Europese Unie: 14 %, Sub-Saharisch Afrika : 5 %, Turkije: 4 %, Oost-Europa: 3 %, Azië: 2 %, Zuid-Amerika: 1 %.

Figuur 4: Evolutie van de geboorten volgens nationaliteit van de moeder tussen 1980 et 1998



Bron : Centrum voor Gezondheidsobservatie

We zien gedurende de jaren '90 een relatieve stijging van het aantal andere nationaliteiten: van 6 % in 1980 naar 12 % in 1998 (figuur 4).

Verloop van zwangerschap en bevalling

In 1998 is er een geval van moedersterfte door een uterusbreuk tijdens arbeid. Voor 16,2 % van de bevallingen wordt een medisch risico gesignaleerd tijdens de zwangerschap: 3 % van de toekomstige moeders heeft last van hypertensie, 1,9 % van diabetes en 0,4 % van bloedingen tijdens het derde trimester van de zwangerschap.

Tabel 1: Gegevens betreffende zwangerschap en bevallingen in het Brussels Gewest in 1998, vergelijking met de gegevens van Vlaanderen 1998

| | Brussel 1998 | | Vlaanderen 1998 |
|----------------------------------|--------------|--------|-----------------|
| | Aantal | % | % |
| Pariteit | | | |
| 1 | 2 670 | 30.2 % | 46.2 % |
| 2 | 3 216 | 36.4 % | 34.2 % |
| 3 | 1 581 | 17.9 % | 13.1 % |
| 4 | 713 | 8.1 % | 3.9 % |
| 5 | 331 | 3.7 % | 1.4 % |
| 6 en meer | 335 | 3.8 % | 1.2 % |
| Duur zwangerschap | | | |
| < 33 weken | 193 | 1.7 % | 1.2 % |
| 33-36 weken | 679 | 6.1 % | 5.5 % |
| 37 weken en meer | 10 181 | 92.1 % | 93.3 % |
| Meervoudige zwangerschap | | | |
| Tweelingen | 436 | 3.4 % | 1.9 % |
| Drielingen | 18 | 0.1 % | <0.1 % |
| Inductie van de bevalling | 3 263 | 28.7 % | 31.3 % |
| Keizersnede | 1 735 | 15.2 % | 15.5 % |

Bron : Vlaanderen : Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie 1998, Brussel : Centrum voor Gezondheidsobservatie

Het aantal keizersneden varieert tussen de 8,5 % en 22 % naargelang de gemeente waar de bevalling plaatsvond. Het aantal inducties van de baring schommelt tussen 22 en 44 %. Dit doet denken dat er belangrijke verschillen tussen de materniteiten bestaan. Het aantal keizersneden neemt toe naargelang de ouderdom: het schommelt tussen de 10 % voor de leeftijd van 25 jaar en 29 % na 44 jaar. Vrouwen van Turkse of Marokkaanse nationaliteit ondergaan minder vaak een keizersnede dan Belgische vrouwen of vrouwen van een andere nationaliteit, zelfs na een leeftijdscontrole.

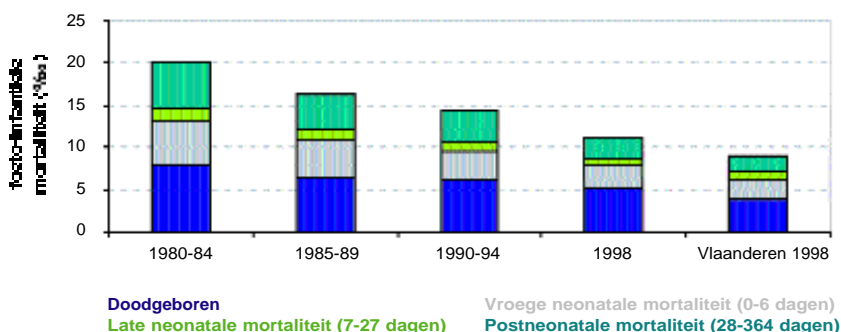
4 _ 2 Gezondheid van het jonge kind

3 _ De foeto-infantiele mortaliteit daalt

In de loop van de laatste 20 jaar daalde de foeto-infantiele mortaliteit⁵ gestaag. Deze daling constateert men zowel voor perinatale sterfte⁶ als voor kindersterfte⁷.

Sinds 1980 ligt de foeto-infantiele mortaliteit hoger in Brussel dan in de rest van het land (Masuy-Stroobant 2000). Om een vergelijking te maken voor 1998 beschikken we enkel over de gegevens van het Vlaams Gewest. We constateren dat de Brusselse jonge kinderen nog steeds een hoger risico hebben op sterfte tijdens de neonatale periode⁸ en op een sterfte voor de eerste verjaardag (figuur 5).

Figuur 5 : Evolutie van de diverse vormen van foeto-infantiele mortaliteit van 1980 tot 1998, Brussel



Bron : Centrum voor Gezondheidsobservatie

Jongens zijn kwetsbaarder dan meisjes, vooral tijdens de perinatale periode. Het percentage van perinatale sterfte en kindersterfte bedraagt respectievelijk 9,1 % en 6,6 % voor jongens en 6,6 % en 4,9 % voor meisjes.

Verwikkelingen tijdens de zwangerschap of de bevalling en congenitale afwijkingen zijn de voornaamste doodsoorzaken.

5 Foeto-infantiele sterfte is het aantal doodgeboren kinderen of kinderen overleden voor hun eerste verjaardag in verhouding tot het aantal geboorten (uitgedrukt voor 1000 geboorten, ‰).

6 Perinatale sterfte is het aantal doodgeboren kinderen of kinderen gestorven voor de 8e levensdag in verhouding tot het totaal aantal geboorten (uitgedrukt voor 1000 geboorten, ‰).

7 Kindersterfte is het aantal kinderen overleden voor de leeftijd van 1 jaar in verhouding tot het aantal levende geboorten (uitgedrukt voor 1000 levende geboorten, ‰).

8 De neonatale sterfte is het aantal kinderen overleden voor de 28ste levensdag in verhouding tot het aantal levende geboorten.

Dankzij de preventiecampagnes is wiegendood sterk teruggedrongen in Vlaanderen. Tussen 1981 en 1988 telden we 2 overlijdens door wiegendood per 1000 geboorten. In 1998 bedraagt dit percentage nog 0,6 % in Brussel (0,4 % in Vlaanderen). Toch blijft wiegendood de eerste doodsoorzaak bij kinderen tussen 28 dagen en 1 jaar. Het klein aantal overlijdens voor de leeftijd van 1 jaar laat ons niet toe de analyse per oorzaak uit te diepen. Tabel 2 geeft een detailoverzicht van de voornaamste doodsoorzaken voor de verschillende vormen van foeto-infantiele sterfte.

Tabel 2 : Verdeling van overlijdens naar doodsoorzaak op het ogenblik van het overlijden, Brussel 1998

| Doodsoorzaak | Dood- geboren | 0-27 dagen | 28-364 dagen | Foeto- infantiel |
|---|------------------|---------------|-----------------|---------------------|
| Congenitale afwijkingen | 8 (11 %) | 16 (33 %) | 2 (7 %) | 26 (18 %) |
| Verwikkelingen van zwangerschap en perinatale periode | 25 (36 %) | 4 (8 %) | 1 (4 %) | 30 (20,5 %) |
| Prematuriteit - dysmaturiteit | 2 (3 %) | 2 (4 %) | | 4 (3 %) |
| Infecties | | 1 (2 %) | 3 (11 %) | 4 (3 %) |
| Wiegendood | | 1 (2 %) | 7 (25 %) | 8 (5,5 %) |
| Andere (inclusief slecht gedefinieerd) | 35 (50 %) | 24 (50 %) | 15 (54 %) | 74 (51 %) |
| Totaal | 70 (100 %) | 48 (100 %) | 28 (100 %) | 146 (100 %) |

Bron : Centrum voor Gezondheidsobservatie

Determinanten van foeto-infantiele sterfte

Kinderen die prematuur geboren worden, hebben 15 maal meer kans om te overlijden dan kinderen geboren na een voldragen zwangerschap.

Tabel 3 : Foeto-infantiele sterfte volgens zwangerschapsduur, Brussel 1998

| | Zwangerschapsduur (weken) | | |
|----------------------------------|---------------------------|-------|-------|
| | < 33 | 33-36 | >= 37 |
| Mortinaliteit | 166 ‰ | 18 ‰ | 2 ‰ |
| Neonatale mortaliteit (0-27 j) | 93 ‰ | 7 ‰ | 2 ‰ |
| Postneonatale sterfte (28-364 j) | 26 ‰ | 9 ‰ | 1 ‰ |

Bron : Centrum voor Gezondheidsobservatie

Verskillende socio-demografische factoren spelen een rol in de kindersterfte voor 1 jaar. Het sterftecijfer ligt uitzonderlijk hoog bij kinderen van moeders die ouder zijn dan 40, die reeds een groot aantal kinderen kregen of die afkomstig zijn uit Turkije of uit Sub-Saharisch Afrika. Deze verschillende risicofactoren zijn gelinkt aan mekaar. Het klein aantal overlijdens laat ons niet toe een meer diepgaande analyse per risicofactor te maken.

Tabel 4 : Invloed van de socio-demografische factoren op foeto-infantiele mortaliteit

| | Aantal overlijdens | % | RR (BI= 95 %) |
|-------------------------------------|--------------------|--------|------------------|
| Geslacht van het kind | | | |
| Jongens | 84 | 12,5 ‰ | 1,36 (1,22-1,51) |
| Meisjes | 61 | 9,2 ‰ | 1,00 |
| Leeftijd van de moeder | | | |
| < 20 jaar | 6 | 13,3 ‰ | 1,27 (0,58-2,80) |
| 20 – 39 jaar | 130 | 10,4 ‰ | 1,00 |
| 40 en meer | 10 | 24,3 ‰ | 2,34 (1,26-4,32) |
| Meervoudige zwangerschappen | | | |
| Eenlingen | 47 | 17,6 ‰ | 1,40 (0,98–2,01) |
| 2 tot 4 kinderen | 75 | 12,5 ‰ | 1,00 |
| 5 kinderen en meer | 8 | 39,8 ‰ | 3,17 (1,55–6,49) |
| Opleidingsniveau | | | |
| Lager secundair of minder | 34 | 9,6 ‰ | 2,60 (1,60–4,24) |
| Hoger secundair of meer | 30 | 3,7 ‰ | 1,00 |
| Professionele toestand | | | |
| Actief | 49 | 8,2 ‰ | 1,00 |
| Zonder beroep | 77 | 15,7 ‰ | 1,90 (1,34–2,72) |
| Gezinstoestand van de moeder | | | |
| Alleenwonend | 29 | 14,9 ‰ | 1,54 (1,02–2,32) |
| Samenwonend | 104 | 9,7 ‰ | 1,00 |
| Nationaliteit moeder | | | |
| België | 57 | 8 ‰ | 1,00 |
| Europese Unie | 26 | 13,7 ‰ | 1,72 (1,08-2,72) |
| Noord-Afrika | 28 | 13,4 ‰ | 1,67 (1,07-2,62) |
| Turkije | 14 | 24,4 ‰ | 3,05 (1,71-5,45) |
| Afrika : andere landen | 11 | 17,1 ‰ | 2,14 (1,13-4,06) |
| Andere | 9 | 9,8 ‰ | 1,21 (0,60-2,44) |

Bron : Centrum voor Gezondheidsobservatie

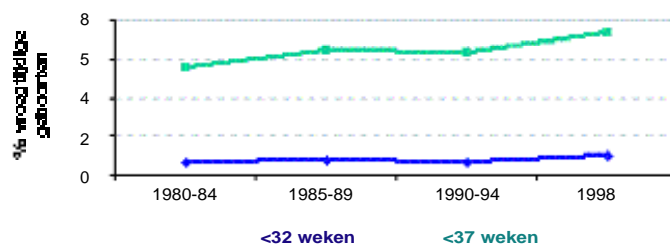
2 _ Het percentage van vroeggeboorten

In 1998 werd bij 7,9 % van de Brusselse kinderen een vroeggeboorte vastgesteld (voor 37 weken) en werd bij 1,7 % een ernstige vroeggeboorte vastgesteld (voor 33 weken zwangerschap).

We constateren een stijging van het aantal vroeggeboorten in het geheel van geboorten (figuur 6). Deze stijging zou gedeeltelijk te wijten kunnen zijn aan de stijging van het aantal meerlingenzwangerschappen (Bayedan 2000). In 1998 werd in Brussel 51 % van de kinderen van een meerlingenzwangerschap te vroeg geboren.

Het percentage van vroeggeboorten ligt duidelijk hoger bij grote multiparae (meer dan 5 kinderen) en bij alleenstaande moeders (10 %). We konden geen merkbaar hoger risico voor vroeggeboorte vaststellen bij zeer jonge moeders.

Figuur 6 : Evolutie van het percentage vroeggeboorten op het totaal aantal levend geboren, Brussel 1980-1998



Bron : Centrum voor Gezondheidsobservatie

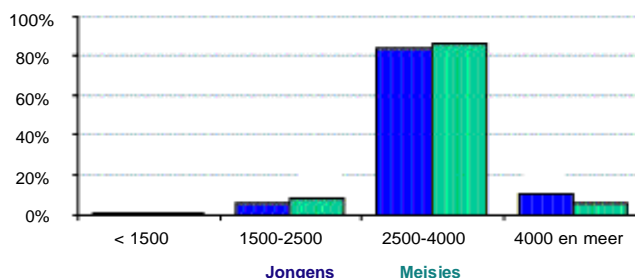
3 _ Geboortegewicht

Het gemiddeld geboortegewicht in Brussel bedroeg in 1998 3,262 kg (SD 0,573). Het aandeel lage geboortegewichten (< 2500 g) bedroeg 7,7 %. De verdeling van geboortegewichten is stabiel sinds 1980 (Masuy-Stroobant 2000).

De frequentie van macrosomie (> 4 kg) hangt samen met een hogere leeftijd van de moeder en een groter aantal kinderen.

We zien geen verhoogd risico voor laag geboortegewicht bij kinderen van zeer jonge moeders (< 20 jaar) of oudere moeders (40 en ouder). We constateren daarentegen wel een verhoogd risico voor laag geboortegewicht bij kinderen van alleenwonende moeders. (RR (BI 95 %) = 1,5 (1,3 –1,8)).

Figuur 7 : Verdeling van het geboortegewicht volgens geslacht, Brussel 1998



Bron : Centrum voor Gezondheidsobservatie

4 _ Voeding

In 1999 kreeg 82 % van de Brusselse zuigelingen in de materniteit borstvoeding (K&G en ONE). Dit aantal ligt merkkelijk hoger dan in de andere gewesten: 62 % in Vlaanderen (K&G 2000) en iets meer dan 70 % in de Franse Gemeenschap in 1998 (ONE 2000).

De nationaliteit van de moeder speelt een belangrijke rol in het starten met borstvoeding. 80 % van de Belgische moeders, 92 % van de Marokkaanse moeders, 91 % van de Turkse en 83 % van de moeders afkomstig uit Zuid-Europa, geven borstvoeding in de materniteit.

Eerstgeborenen krijgen vaker borstvoeding dan de volgende kinderen (87 % tegenover 81 %). Zeer jonge moeders (onder de 18) geven minder vaak borstvoeding dan oudere moeders (71 % tegenover 85 %).

5 _ De vaccinatiegraad

In 2000 werd een enquête over de vaccinatiegraad gehouden bij kinderen tussen de 18 en 24 maanden (een representatieve steekproef werd genomen) en die gedomicileerd zijn in het Brussel Hoofdstedelijk Gewest (Swennen en Depoorter⁹). Vergelijkingen tussen de verschillende gewesten zijn mogelijk omdat er gelijkaardige enquêtes gehouden werden in Vlaanderen en Wallonië in 1999. De resultaten worden voorgesteld in tabel 5. Voor alle vaccinaties ligt de vaccinatiegraad lager in Brussel dan in de andere gewesten.

| Tabel 5 : Vaccinatiegraad van de basisvaccins in de 3 gewesten¹⁰ | | | |
|--|----------------|-------------------|-----------------|
| | Brussel | Vlaanderen | Wallonie |
| | % | % | % |
| Poliomyelitis | | | |
| Polio 1 | 98,2 | 99,2 | 99,6 |
| Polio 2 | 96,8 | 98,2 | 98,8 |
| Polio 3 | 92,6 | 96,2 | 95,7 |
| Difterie-Tetanus-Pertussis | | | |
| DTP-DT 1 | 96,8 | 95,7 | 99 |
| DTP-DT 2 | 95,8 | 95,4 | 98,3 |
| DTP-DT 3 | 92,1 | 94,5 | 97,1 |
| DTP-DT4 | 81,1 | 89,2 | 84,8 |
| Haemophilus influenzae type b | | | |
| Hib 1 | 89,2 | 85,5 | 97,4 |
| Hib 2 | 86,3 | 84,4 | 95,3 |
| Hib 3 | 84,2 | 82,6 | 93,2 |
| Hib 4 | 69,2 | 73,9 | 83,1 |
| Hepatitis B | | | |
| Hep 1 | 54,0 | 74,2 | 58,8 |
| Hep 2 | 52,1 | 73,4 | 56,2 |
| Hep 3 | 42,1 | 68,4 | 50,2 |
| Hep 4 | 4,7 | 15,1 | 6,0 |
| Mazelen-Bof-Rubella | | | |
| MBR | 74,5 | 83,4 | 82,4 |

Bron : Swennen en Depoorter 2000

⁹ Deze studie gebeurde in opdracht van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van Brussel-Hoofdstad.

¹⁰ Hier werd de vaccinatiegraad berekend voor kinderen in het bezit van een vaccinatiedocument. Bij 16 % van de deelnemende kinderen in Brussel kon geen enkel vaccinatiedocument geraadpleegd worden. Waarschijnlijk ligt de vaccinatiegraad bij deze kinderen lager dan bij diegenen in het bezit van een vaccinatiedocument. Daar om zijn deze vaccinatiegraden waarschijnlijk overschat (Swennen en Depoorter 2000).

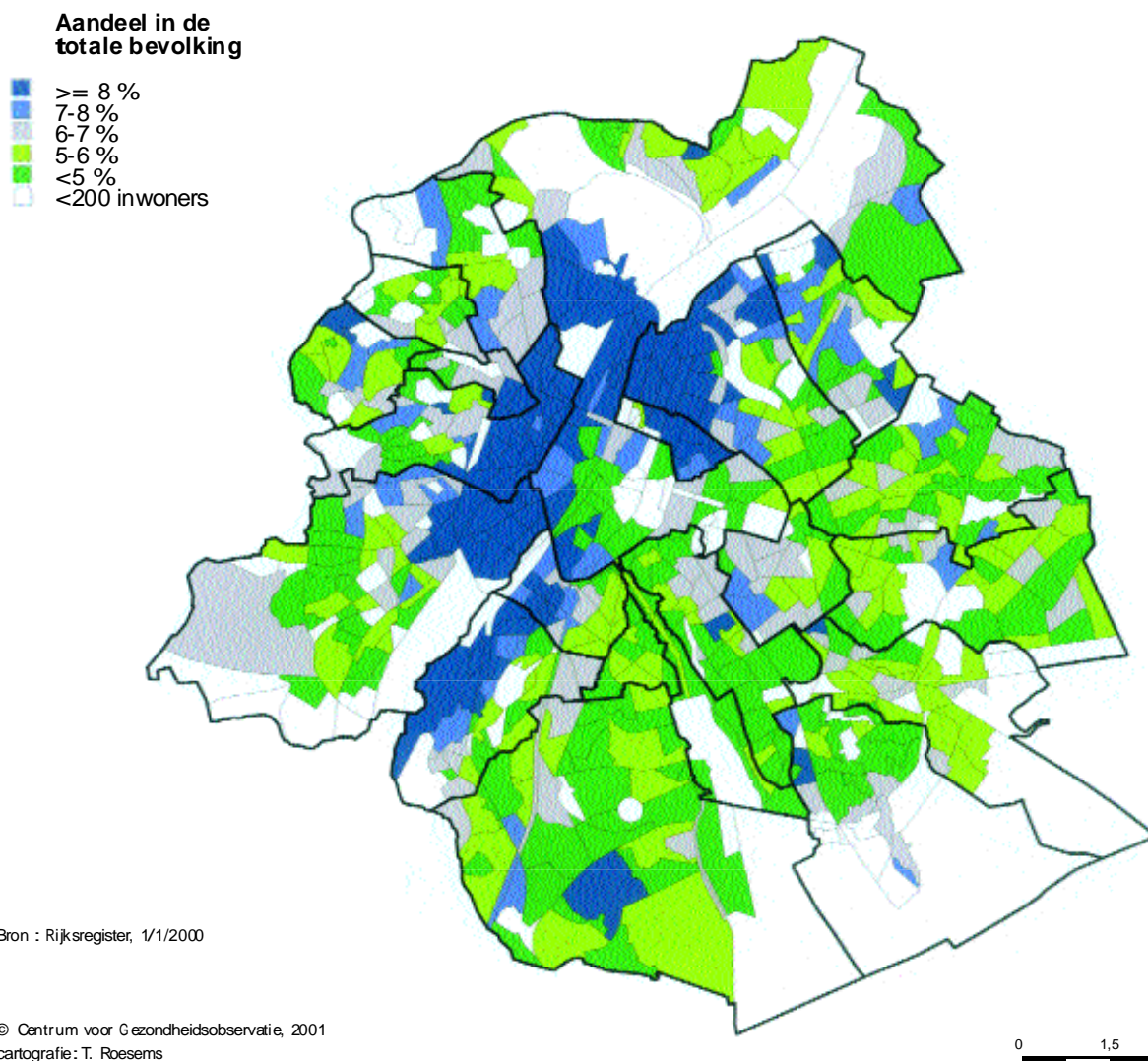
In zijn geheel is de vaccinale dekking in Brussel verbeterd tussen 1995 en 2000, vooral wat de vaccinatie tegen *Haemophilus influenzae b* betreft: de vaccinatiegraad steeg daar van 49 % in 1995 tot 79 %¹¹ in 2000. De vaccinatiegraad voor MBR steeg met 7 % maar blijft ver onder het vooropgestelde doel van 90 %.

De Hepatitis B vaccinatie was volledig op kosten van de ouders. Na vier jaar aanbevelingen bereikt men nog geen 50 % dekking (S wennen en Depoorter 2000). De onderzochte families zeggen moeilijkheden te hebben ondervonden bij het kopen van het vaccin: het gaat dan vooral om financiële moeilijkheden maar ook om administratieve problemen (met de apotheker of de mutualiteit).

K&G en ONE nemen 60 % van de vaccinaties voor hun rekening, de pediaters 30 % en de huisartsen minder dan 4 %. De keuze van vaccinator wordt mee bepaald door de sociale status en de nationaliteit van de ouders: drie vierde van de niet-Belgische ouders die als maximum opleidingsniveau hoger middelbaar onderwijs genoten, kiest voor K&G en ONE. Meer dan 50 % van ouders met een universitair diploma kiest voor een pediater.

¹¹ Het gaat hier om de vaccinatiegraad die men bekomt door de vaccinatiegraden van verschillende vaccinatieschema's op te tellen. Daarbij wordt rekening gehouden met de leeftijd van de eerste toediening en met het aantal doses nodig voor die leeftijd (S wennen en Depoorter 2000).

Kaart 4 : Kinderen van 0 tot 4 jaar, Brussels Hoofdstedelijk Gewest





5

Schoolgaande kinderen en jongeren



In het Brussels Gewest leven er momenteel meer dan 160 000 kinderen en jongeren tussen 5 en 19 jaar. In die levensperiode doen er zich minder gezondheidsproblemen voor en de sterftcijfers liggen erg laag. Er is op dit ogenblik weinig informatie beschikbaar over de gezondheid van deze leeftijdsgroep. Toch leek het ons nodig specifiek aandacht aan hen te besteden in dit rapport. Gezondheid bij kinderen en jongeren is op een complexe manier nauw verweven met de schooltijd, opleiding, persoonlijke en sociale ont-plooiing. Zo draagt een goede gezondheid bij tot het optimaal benutten van alle leer-mogelijkheden. Omgekeerd geldt hetzelfde: zittenblijven en het verlies van zelfrespect dat daarop volgt, beïnvloeden in sterke mate de gezondheidstoestand.

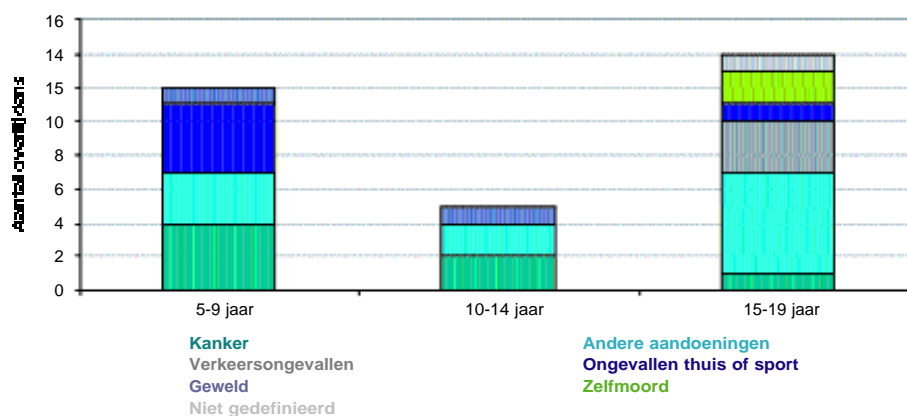
5 _ 1 Mortaliteit

De mortaliteit daalt tijdens de kindertijd en bereikt een dieptepunt voor de leeftijdsca-tegorie van 10-14 jarigen. Tijdens de puberteit stijgt het sterftcijfer opnieuw.

In 1998 stierven er in Brussel 31 kinderen en jongeren tussen 5 en 19 jaar (21 jongens en 10 meisjes).

Bij de ziekten is kanker de eerste doodsoorzaak (23 % van de overlijdens). De 'geweld-dadige' overlijdens – ongevallen, agressie, zelfmoord – vertegenwoordigen 48 % van de overlijdens bij de jongens en 30 % bij de meisjes van deze leeftijdsgr oep. Twee jonge-ren pleegden zelfmoord, beiden door van een hoogte te springen. Twee kinderen wer-den vermoord.

Figuur 1: Aantal overlijdens volgens doodsoorzaak voor 5 tot 19-jarigen per leeftijds-groep, Brussel 1998



Bron : Centrum voor Gezondheidsobservatie

5 _ 2 Morbiditeit

Aangezien het sterftcijfer erg laag ligt, is het geen goede indicator om de noden van kinderen en jongeren op het gebied van gezondheid te evalueren.

We beschikken spijtig genoeg over zeer weinig gegevens betreffende de gezondheid van kinderen in Brussel.

De diensten van het medisch schooltoezicht die de schoolgaande kinderen in Brussel op regelmatige basis volgen, zijn een belangrijke bron van informatie. In 1999-2000 werd een haalbaarheidsstudie gehouden over de epidemiologische gegevensverzameling bij de diensten medisch schooltoezicht van het Franstalig onderwijs (Centrum voor Gezondheidsobservatie 2000). Deze studie toonde aan dat een dergelijke gegevensverzameling mogelijk is en toelaat nuttige informatie te verkrijgen¹. We mogen aldus hopen dat deze gegevens in de toekomst op een systematische manier worden verzameld en geanalyseerd.

Hieronder stellen we enkele gegevens voor van deze haalbaarheidsstudie².

Voelen jongeren zich gelukkig en 'goed in hun vel' ?

Er werden in het kader van de studie 'de gezondheidsgedragingen bij jongeren' regelmatig enquêtes gehouden bij jongeren tussen 11 en 18 jaar (Piette 1997). In 1994 werd een representatieve steekproef van Brusselse adolescenten genomen³.

Het merendeel van de Brusselse jongeren (78 %) voelt zich gelukkig. 4 % voelt zich daarentegen echt ongelukkig, 10 % voelt zich vaak alleen.

De school is hun dagelijks leefmilieu. Een aantal jongeren voelt zich daar niet goed : 8 % gaat helemaal niet graag naar school en 10 % zegt sterk onder druk te staan door het schoolwerk.

Negatieve gevoelens komen meer voor bij jongeren in het beroepsonderwijs : minder jongeren uit het beroepsonderwijs voelen zich gelukkig en ze voelen zich ook vaker alleen.

Leefgewoonten en gezondheid

De gezondheidsbehoeften van jongeren worden vaak bestudeerd aan de hand van gedragingen waarvan men weet dat ze gelinkt zijn aan gezondheidsrisico's voor de toekomst. Vele gezondheidsproblemen zijn inderdaad nauw verbonden met eetgewoonten, roken, sedentair leven enz. en kunnen ten dele voorkomen worden door wijzigingen in die leefgewoontes.

Puberteit is een periode waarin vele van deze gewoonten vorm aannemen. Daarom wordt in het bijzonder aandacht besteed aan wat beschouwd wordt als 'gunstig' gedrag en aan de strijd tegen zogenaamd 'ongunstig' gedrag.

¹ Momenteel worden op een systematische wijze epidemiologische gegevens verzameld voor de kinderen in het Nederlandstalig onderwijs in Brussel.

² Bepaalde aspecten van gezondheid bij jongeren die niet specifiek gelinkt zijn aan deze leeftijdsgroep, werden behandeld in andere hoofdstukken (geestelijke gezondheid, verslaving, ongevallen, infectieziekten...).

³ Deze enquête, gehouden door de 'Unité de Promotion Education Sante' van de ULB, ondervroeg 3385 adolescenten (3009 Franstaligen en 376 Nederlandstaligen) die school liepen in de Brusselse scholen van verschillende netten. De resultaten van deze enquête werden niet gepubliceerd. De onbewerkte resultaten zijn beschikbaar bij het Centrum voor Gezondheidsobservatie.

Het is belangrijk erop te wijzen dat geen van deze gedragingen specifiek eigen zijn aan deze leeftijdsgroep. Tijdens hun puberteit nemen jongeren geleidelijk de levensgewoonten van volwassenen aan. Dat is een natuurlijke evolutie waarbij jongeren beetje bij beetje hun plaats vinden in de wereld van volwassenen. Het zou gevaarlijk zijn de puberteit te stigmatiseren aan de hand van dit 'risicogedrag'. Daarom hebben we informatie over bepaalde gedragingen (roken en het gebruik van drugs) in de andere hoofdstukken ondergebracht.

Er wordt steeds minder sport beoefend tijdens de tienertijd : op 11-12 jaar doet 94 % van de jongens en 81 % van de meisjes minstens éénmaal per week buiten schooltijd aan sport. Op 17-18 jaar gaat het nog slechts om 89,5 % en 56 %. Het aantal jongeren dat op 15-16 jaar aan sport doet, varieert volgens de studierichting : 20 % van de leerlingen uit het algemeen onderwijs, 26 % van de leerlingen uit het technisch onderwijs en 28 % van de leerlingen uit het beroepsonderwijs hebben geen regelmatige sportactiviteit buiten schooltijd⁴.

Obesiteit

Obesiteit bij kinderen is een verontrustend gezondheidsprobleem waarvan de prevalentie in de geïndustrialiseerde landen blijft stijgen. Gegevens van de diensten voor medisch schooltoezicht in Brussel tonen aan dat 10 % van de kinderen in de derde kleuterklas aan een overgewicht lijdt⁵. (Centrum voor Gezondheidsobservatie 2000)

De prevalentie van obesiteit stijgt met de leeftijd. Een studie bij 2 624 Brusselse jongeren toonde aan dat op de leeftijd van 12 jaar 21 % van de meisjes en 19 % van de jongens obees waren⁶ (De Spiegelaere 1998).

Gebitsverzorging

Epidemiologische studies in geïndustrialiseerde landen tonen een duidelijke vermindering van het tandbederf sinds de jaren '70. Brussel vormt hierop geen uitzondering. Maatregelen getroffen met 15 jaar interval (1983-1998) bij kinderen van 12 jaar tonen een vermindering van de prevalentie van cariës met 78 %. Het aantal kinderen zonder cariës steeg van 4 % naar 50 %. In diezelfde periode zien we een lichte stijging van het aantal poetsbeurten, een gevoelige stijging van het gebruik van tandpasta met fluor en fluortabletten en regelmatige controles bij de tandarts (Carvalho 2001).

We zien ook een duidelijke verbetering voor de melktanden. In 1983 was 20 % van de Brusselse kinderen van 6 jaar zonder cariës. Dit aantal bedraagt 49 % in 1998 (Van Nieuwenhuysen 2000).

⁴ D.w.z. het beoefenen van een sportactiviteit minstens éénmaal per maand.

⁵ Overgewicht wordt hier bepaald aan de hand van een body mass index (gewicht/lengte²) hoger dan percentiel 97 voor leeftijd en geslacht (referentie gewichtscurves INSERM).

⁶ Voor jongeren sprak men van overgewicht bij een body mass index hoger dan 120 % van het gemiddelde voor leeftijd en geslacht (referentie gewichtscurves INSERM).

Mishandeling

In Brussel bestaan 3 gespecialiseerde centra voor de opvang en zorg van mishandelde kinderen : het team 'SOS Enfants –ULB' in Universitair Ziekenhuiscentrum Sint-Pieter; het team 'SOS Enfants-Famille' in het Universitair Ziekenhuis St-Luc en het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling van het AZ VUB.

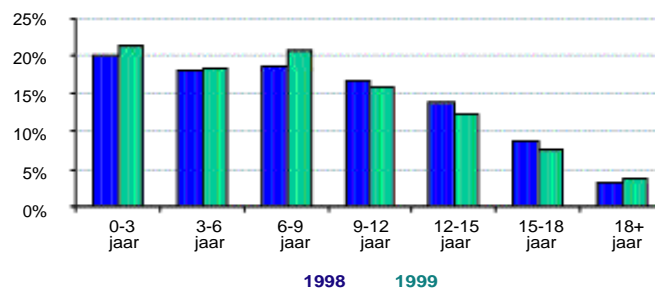
De volgende gegevens zijn afkomstig uit hun activiteitenrapporten.

In 1999 ontvingen deze drie centra 1 423 meldingen van mishandelde kinderen, waarvan ongeveer 600 Brusselse⁷. Iets meer dan de helft van de ontvangen meldingen werd opvangen door de diensten SOS-Enfants.

In de meeste gevallen komt mishandeling voor in het leefmilieu van het kind.

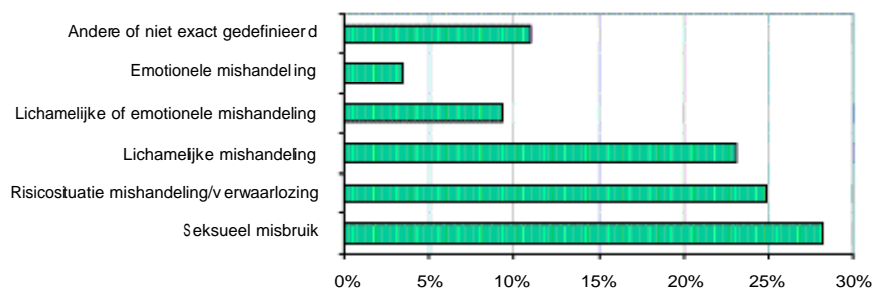
Meisjes zijn, ongeacht de leeftijd, vaker slachtoffer dan jongens (59 % van de meldingen betreft meisjes). 40 % van de kinderen is jonger dan 6 jaar, 37 % tussen de 6 en 12 jaar (figuur 2).

Figuur 2 : Verdeling van de meldingen van kindermishandeling volgens leeftijd van het kind, 1998-99



Meldingen van seksueel misbruik komen het vaakst voor. Daarna volgen de meldingen voor kinderen waarbij de familiale situatie een gevaar zou kunnen vormen voor geweld of verwaarlozing (figuur 3).

Figuur 3 : Aard van kindermishandeling, Brussel 1999



Bron : Equipes SOS Enfant ULB UCL, en het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling VUB 1999

⁷ Voor het AZ VUB: 188 meldingen op de 657 betroffenen Brusselse kinderen; St-Pieter: 225 dossiers op 270 betroffenen Brusselse kinderen. Voor het team van St-Luc kennen we het aantal Brusselse kinderen van de 215 ontvangen meldingen niet. De statistieken van deze drie teams laten spijtig genoeg niet toe de gegevens voor Brussel in hun totaliteit te bestuderen. De gebruikte variabelen verschillen van dienst tot dienst. De hier voorgestelde resultaten trachten een synthese te maken van enkele variabelen die de verschillende teams gemeenschappelijk hebben.

De statistieken van de politie tellen in 1999 in Brussel 528 feiten waarbij kinderen het slachtoffer zijn⁸. Dat vertegenwoordigt 7 % van de inbreuken tegen fysieke integriteit van personen. Meer dan de helft van de feiten die door de politie worden geregistreerd, betreffen seksueel misbruik (tabel 1).

Tabel 1 : Aantasting van de lichamelijke integriteit bij minderjarigen te Brussel, 1998-99

| | 1998 | % | 1999 | % |
|--|------|------|------|------|
| Slagen en verwondingen aan een kind van minder dan 16 | 218 | 45,9 | 247 | 48,5 |
| Door de ouders | 56 | | 70 | |
| Andere | 162 | | 177 | |
| Verkrachting | 94 | 19,8 | 113 | 22,2 |
| < 10 jaar | 40 | | 31 | |
| 10-14 jaar | 19 | | 27 | |
| 14-16 jaar | 19 | | 21 | |
| 16-18 jaar | 16 | | 34 | |
| Aanranding van de eerbaarheid zonder geweld | 111 | 23,4 | 98 | 19,3 |
| < 16 jaar | 98 | | 87 | |
| < 18 jaar | 13 | | 11 | |
| Aanranding van de eerbaarheid met geweld | 52 | 10,9 | 51 | 10,0 |
| < 10 jaar | 5 | | 12 | |
| 10-14 jaar | 6 | | 8 | |
| 14-16 jaar | 24 | | 18 | |
| 16-18 jaar | 17 | | 13 | |
| Ernstige verwaarlozing⁹ | 12 | 2,5 | 19 | 3,6 |
| Totaal | 487 | 100 | 528 | 100 |







Bron : Algemene Politie-eindcijfers. Aangiften van PV's bij de parketten, 1998-99

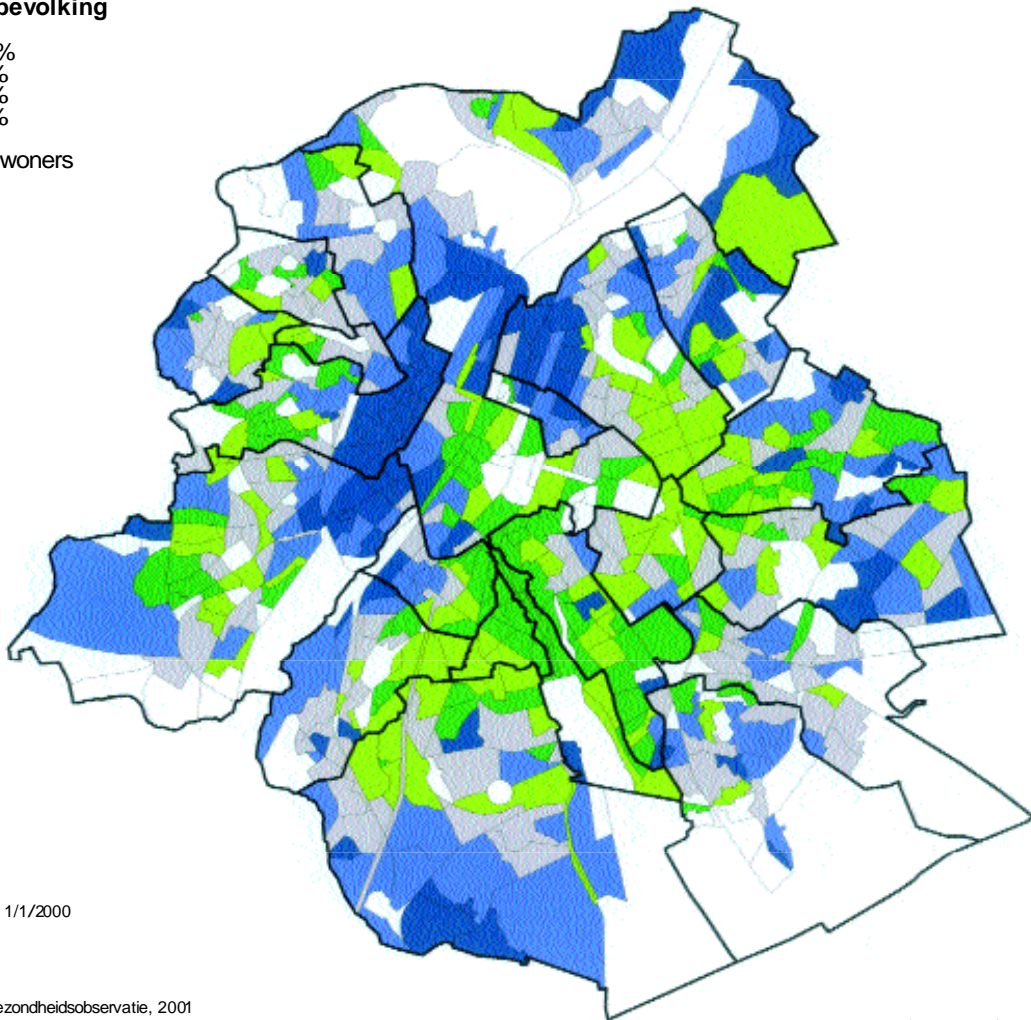
⁸ Het gaat om feiten gepleegd in Brussel waarbij een proces-verbaal werd opgesteld en waarvan de gegevens volledig zijn (APS 2000).

⁹ Het gaat hier om feiten van schuldig verzuim, onthouding van voedsel, verzorging aan kinderen of personen die onbekwaam zijn verklaard. Een onderscheid tussen de 2 categorieën is hier niet mogelijk.

Kaart 5 : Jongeren (5-17 jaar), Brussels Hoofdstedelijk Gewest

Aandeel in de totale bevolking

-  >= 19 %
-  16-19 %
-  13-16 %
-  10-13 %
-  <10 %
-  <200 inwoners



Bron : Rijksregister, 1/1/2000

© Centrum voor Gezondheidsobservatie, 2001
cartografie: T. Roesems





6 De ouderen



De toename van de levensverwachting gaat gepaard met een veroudering van de bevolking. De sociale en medische dienstverlening moet rekening houden met deze realiteit en haar aanbod afstemmen op de behoeften van oudere mensen. Bejaarden kunnen niet uitsluitend als een sociale last beschouwd worden, omdat bejaarden over meer tijd en levenservaring beschikken, waardoor ze heel wat kunnen bijdragen aan de kwaliteit van het leven in ons Gewest. Wij trachten hier de levenskwaliteit van de ouderen in Brussel te evalueren aan de hand van enkele indicatoren.

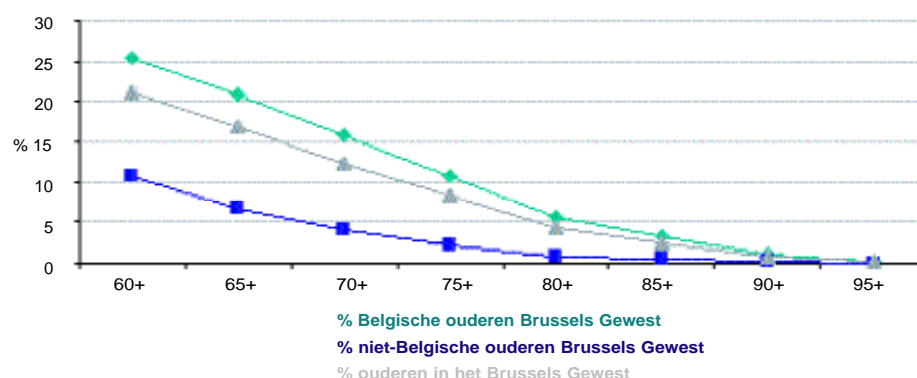
6 _ 1 De demografische evolutie

Op 1 januari 2000 was 21 % van de Brusselse bevolking ouder dan 60 jaar. Dit aantal ligt ongeveer even hoog in de 3 gewesten van het land. Het aantal hoogbejaarden ligt wel lichtjes hoger in Brussel. Het aantal mensen van 80 jaar en meer bedraagt 4,4 % in Brussel, 3,5 % in Vlaanderen en 3,4 % in Wallonië (BIGE 2001).

Men verwacht dat de veroudering van de bevolking in Brussel de komende jaren minder snel zal verlopen dan in de rest van het land. In haar bevolkingsvooruitzichten voor het jaar 2020 schat het NIS dat de 60-plussers 22 % van de Brusselse bevolking zullen uitmaken, in Vlaanderen 28 % en in Wallonië 26 % (BIGE 2001).

Deze tragere veroudering in Brussel is voor een deel het gevolg van de grote groep niet-Belgen in Brussel (zie hoofdstuk 1). Het aantal bejaarden en vooral hoogbejaarden is in Brussel beduidend kleiner onder de niet-Belgische bevolking. 11 % van de Belgische bevolking en slechts 2 % van de niet-Belgische is 75 jaar of meer (figuur 1).

Figuur 1 : Aandeel ouderen in de bevolking van het Brussels Gewest volgens nationaliteit, Brussel 2000



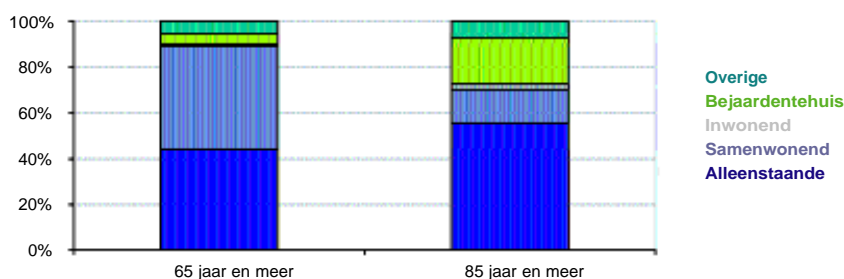
Bron: NIS bevolkingsstatistieken. Toestand op 1/1/2000

6 _ 2 Levensomstandigheden

1 _ De vereenzaming neemt toe met de leeftijd

Meer dan 50 % van de mensen ouder dan 85 jaar leeft alleen (figuur 2). Het gaat vooral om vrouwen vermits deze groep nu eenmaal een hogere levensverwachting heeft. Het aantal ouderen dat nog in familieverband leeft, is zeer klein, net zoals elders in België en West-Europa (Roesems 1999). Het risico van vereenzaming onder de ouderen is bijgevolg hoog, vooral omdat in Brussel het aanbod van thuiszorgdiensten relatief beperkt is (Pacolet 2000). Volgens de gezondheidsenquête van 1997 had 16 % van de mensen ouder dan 75 jaar gedurende de laatste maand voor het interview slechts éénmaal contact met hun kinderen, vrienden of kennissen (Leurquin 1998).

Figuur 2 : Huishoudenspositie van 65-plussers in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 1991

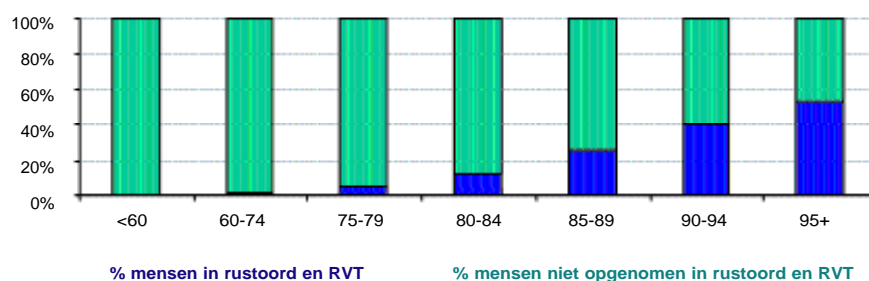


Bron : NIS Volkstelling 1991, in Roesems 1999

2 _ Verblijf in een rustoord of thuiszorg?

6 % van de 60-plussers leeft in een rustoord of in een rust- en verzorgingstehuis (RVT). Dit aantal ligt iets hoger dan in de rest van het land (4 % in Vlaanderen, 6 % in Wallonië en 5 % voor heel België) (Leleu 2000). Dit aantal neemt ook toe met de leeftijd (figuur 3).

Figuur 3 : Aandeel personen in rustoord en RVT volgens leeftijdsgroep, Brussel 1999



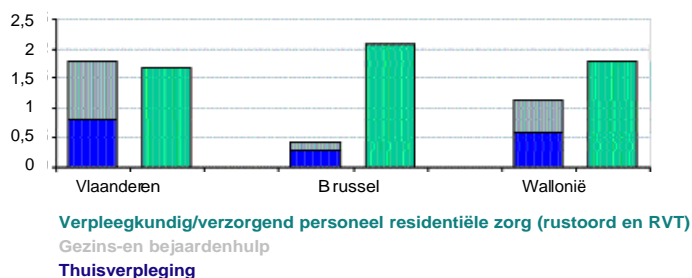
Bron :RIZIV-CNCM in Leleu 2000

De overgrote meerderheid van de ouderen leeft bijgevolg " thuis ". In Brussel doet bijna 7 % van de 60-plussers (ongeveer 14 000 mensen) een beroep op de thuisverplegingsdiensten en 3 % op gezins- en bejaardenhulp¹ (bijna 6 500 mensen). De ouderen zijn de belangrijkste groep van mensen die een beroep doen op deze diensten : 83 % van de cliënten van thuisverpleging zijn ouderen evenals 78 % van de cliënten van de gezins- en bejaardenhulp (Pacolet 1999).

Deze cijfers houden geen rekening met het aantal mensen dat gebruik maakt van informele of niet-professionele hulpdiensten.

In vergelijking met de andere gewesten zijn de diensten voor hulp aan bejaarden in Brussel vooral georiënteerd naar een residentiële zorgopvang. Het aandeel van thuiszorg is veel kleiner (Pacolet 1999 en 2000). De vergelijking tussen de thuiszorg en residentiële zorg² (rustoord en RVT) tussen de 3 gewesten toont aan dat de thuiszorg en vooral de gezins- en bejaardenhulp in Brussel veel minder uitgebouwd is (Pacolet 1999 en 2000). Het beschikbare aanbod voor hulp aan huis is ongeveer 3 maal kleiner dan in de rest van het land (figuur 4).

Figuur 4 : Aantal voltijds equivalenten (VTE) verzorgend en verplegend personeel in de verzorgingsinstellingen (rustoord en RVT) in de thuisverpleging en de gezins- en bejaardenhulp per 100 65-plussers per gewest, 1995



Bron : Pacolet 1999

¹ De diensten voor Gezins- en bejaardenhulp bieden de mogelijkheid aan van familiale en eventuele huishoudelijke hulp.

² Een schatting van het aanbod in voltijdse equivalenten (VTE) werd uitgevoerd op basis van de prestaties geleverd in het kader van de verplichte ziekteverzekering (RIZIV) en het aantal gepresteerde uren van de erkende diensten voor Gezins- en bejaardenhulp. De tewerkstelling in de residentiële sector is gebaseerd op cijfers van het RIZIV (het aandeel van het verpleegkundig personeel gefinancierd via de RIZIV-forfaits).

6 _ 3 Gezondheidstoestand

1 _ Belangrijkste doodsoorzaken

Hart-en vaataandoeningen en kanker zijn de belangrijkste doodsoorzaken na 65 jaar.

Tabel 1: Voornaamste doodsoorzaken bij 65-plussers per leeftijdsgroep en per geslacht, Brussel 1998

| Leeftijd | Aantal overl. | Mannen | Aantal overl. | Vrouwen |
|----------|---------------|---|---------------|--|
| 65-74 | 1039 | Kanker (38 %) waarvan vooral longkanker(40 %) Cardiovasculaire aandoeningen (32 %) waarvan vooral ischemische hartziekten (54 %) Respiratoire aandoeningen (12 %) | 721 | Kanker (39 %) waarvan vooral borstkanker(18 %) Cardiovasculaire aandoeningen (29 %) waarvan vooral ischemische hartziekten (42 %) Respiratoire aandoeningen (10 %) |
| 75-84 | 1467 | Cardiovasculaire aandoeningen (38 %) waarvan vooral ischemische hartziekten (37 %) Kanker (29 %) waarvan vooral longkanker (26 %) Respiratoire aandoeningen (14 %) | 1544 | Cardiovasculaire aandoeningen (38%) waarvan vooral ischemische hartziekten (32 %) Kanker (26%) waarvan vooral borstkanker(14 %) en colonkanker (14 %) Respiratoire aandoeningen (9 %) |
| 85+ | 970 | Cardiovasculaire aandoeningen (39 %) waarvan vooral ischemische hartziekten (38 %) Kanker (20 %) waarvan vooral prostaatkanker (23 %) Respiratoire aandoeningen (16 %) | 2568 | Cardiovasculaire aandoeningen (45 %) waarvan vooral ischemische hartziekten (29 %) Kanker (12 %) waarvan vooral colonkanker (18 %) en borstkanker (15 %) Respiratoire aandoeningen (11 %) |
| Totaal | 3476 | | 4833 | |

Bron : Centrum voor Gezondheidsobservatie

2 _ Subjectieve gezondheid

Uit de gezondheidsenquête 1997 blijkt dat meer dan de helft van de 65-plussers in Brussel zijn gezondheidstoestand globaal als bevredigend ervaart (Leurquin 1998). Deze conclusies sluiten aan bij deze van vroegere studies (Leroy 1994) en meer recente (Leleu 2000).

Het positieve of negatieve beeld van de eigen gezondheidstoestand hangt uiteraard af van de verwachtingen die men heeft ten opzichte van zijn fysieke prestaties. Hierdoor zijn er in de groep tussen 65 en 74 jaar iets meer ouderen die menen dat ze in een slechte gezondheid verkeren (48 %) dan bij de ouderen van 75 jaar en meer (41 %) (Leurquin 1998).

3 _ Chronische aandoeningen

Meer dan 60 % van de 65-plussers verklaart dat hij aan minstens 2 chronische aandoeningen lijdt (70 % bij de vrouwen en 63 % bij de mannen).

Gewrichtsklachten en hartproblemen worden het meest vermeld. Respectievelijk 68 % en 50 % van de klachten hebben met deze problemen te maken (Leurquin 1998). Na 75 jaar heeft meer dan een kwart last van problemen met de ogen en het gehoor (Leroy 1994).

Tabel 2 : Percentage 65-plussers die een chronische aandoening aangeven (voornaamste chronische aandoeningen), Brussel Gezondheidsenquête 1997

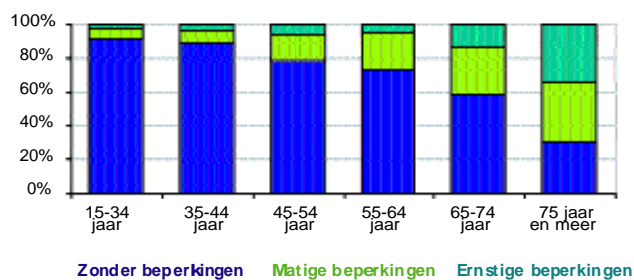
| | Mannen | Vrouwen |
|---|--------|---------|
| Aandoeningen van het bewegingsstelsel : | 38,2 % | 56,1 % |
| - Gewrichtsontsteking, reuma | 21,7 % | 34,5 % |
| - Gewrichtsslijtage | 17,5 % | 33,3 % |
| - Rugklachten | 13,5 % | 21,7 % |
| Hart-en vaataandoeningen : | 39,7 % | 39,2 % |
| - Hoge bloeddruk | 24,6 % | 28,2 % |
| - Ernstige hartkwaal, hartinfarct | 24,2 % | 10,1 % |

Bron : Gezondheidsenquête 1997, WIV Louis Pasteur

Bijna een derde van de Brusselse bevolking ouder dan 65 jaar ondervindt fysieke beperkingen in het dagelijks leven als gevolg van één of meer chronische of aanslepende aandoeningen. 8% van de mannen en 12 % van de vrouwen heeft een ernstige lichamelijke handicap die hen aan bed of zetel kluistert. Gehoorproblemen vormen een hinderpaal voor ongeveer 20 % van de 65-plussers (Leurquin 1998).

Het aantal mensen dat geen beperkingen ondervindt bij de activiteiten van het dagelijks leven (ADL) (opstaan, wassen, kleden, eten, toiletbezoek, het geluid van de televisie kunnen horen en iemand van op een afstand herkennen) neemt af met de leeftijd (figuur 5).

Figuur 5 : Percentage mensen met of zonder beperkingen in de activiteiten van het dagelijks leven (ADL) naar leeftijd in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest



Bron : WIV - Louis Pasteur 1997, Gezondheidsenquête 1997

4 _ Mentale gezondheid

Volgens de gezondheidsenquête van 1997 lijdt 8 % van de Brusselaars ouder dan 65 jaar aan een depressie. Na 65 jaar gebruikt bijna een kwart van de vrouwen en 13 % van de mannen psychotrope geneesmiddelen. De consumptie van slaapmiddelen neemt sterk toe met de leeftijd : 9 % van de 45-54-jarigen, 13 % van de 55-64-jarigen, 17 % van de 65-74-jarigen en 31 % van de 75-plussers gebruiken deze geneesmiddelen (Kittel 2000).

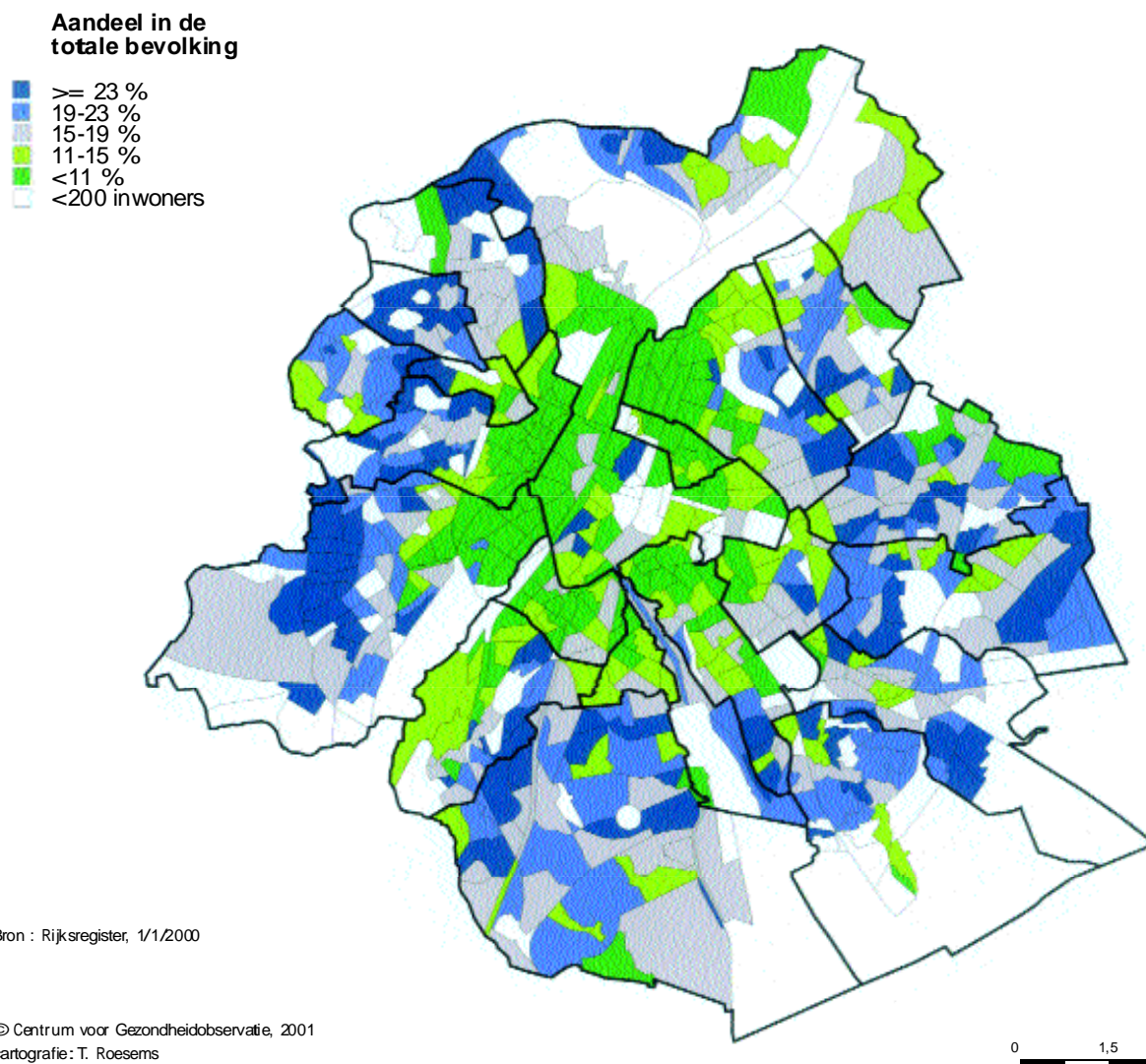
5 _ Griepvaccinatie

Een vaccinatie tegen griep wordt aanbevolen aan alle mensen ouder dan 65 jaar en aan alle mensen met chronische aandoeningen. 32 % van de Brusselaars uit deze doelgroep werd gevaccineerd tijdens de 12 maanden die voorafgingen aan de gezondheidsenquête van 1997. De vaccinale dekking neemt toe met de leeftijd : ze bedraagt 34 % voor de 65-74-jarigen en 58 % bij de 75-plussers.

De Brusselaars van buitenlandse origine zijn minder vaak tegen de griep gevaccineerd dan de Belgen.

Het initiatief tot vaccinatie werd in 46 % van de gevallen genomen door de patiënt zelf en in 45 % door de huisarts. De mensen die niet gevaccineerd zijn, wijten dit aan het feit dat zij menen dat het vaccin niet nuttig of ondoeltreffend is (46%) of aan nalatigheid (32%).

Kaart 6 : Bejaarden (>=65 jaar), Brussels Hoofdstedelijk Gewest





7 Gezondheid en milieu

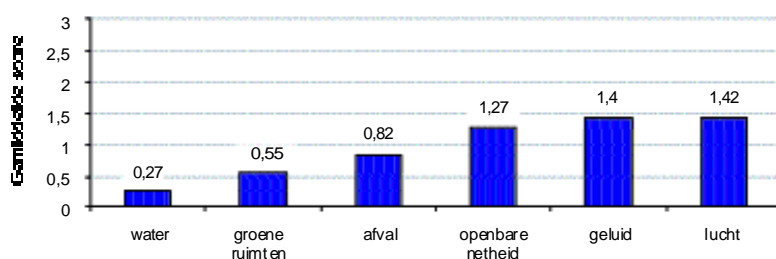


De invloed van het milieu op de gezondheid houdt steeds meer burgers, wetenschappers en politici bezig. De kwaliteit van de lucht die we inademen, het water dat we drinken en het voedsel dat we eten, de huizen, scholen en de werkplek waar we verblijven, de publieke ruimten waarin we ons verplaatsen of ons ontspannen, enz., ze beïnvloeden allemaal onze gezondheid op een directe of indirecte manier¹. In dit rapport worden niet alle factoren besproken die gezondheid en milieu met elkaar verbinden. Wij hebben getracht de problematiek van de luchtkwaliteit, geluidsoverlast, binnenhuisvervuiling en de groene ruimten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest te situeren aan de hand van een synthese van de gerealiseerde onderzoeken op dit terrein in Brussel².

7 _ 1 De milieubekommernissen van de Brusselaars

De verschillende onderzoeken die de laatste 10 jaar uitgevoerd werden³, maken duidelijk welke 3 milieuproblemen de Brusselaars het meest bezighouden: de luchtvervuiling, het lawaai en de netheid van de openbare ruimten (figuur 1).

Figuur 1 : Belangrijkste milieubekommernissen van de Brusselaars⁴



Bron: BIM, Openbaar onderzoek Plan voor strijd tegen geluidshinder, 1999

- Het bewijs leveren voor eenvoudige oorzakelijke verbanden tussen een omgevingsfactor en een gezondheidsprobleem is niet altijd mogelijk. Meestal is er sprake van complexe interactiepatronen die alleen maar aantoonbaar zijn via longitudinale epidemiologische studies.
- Voor meer nauwkeurige en meer volledige informatie over de milieuproblematiek in Brussel en de verbanden tussen gezondheid en milieu in het algemeen nodigen wij u uit om op de website van het BIM (www.ibgebim.be) de rubriek "De staat van het leefmilieu in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest" en "Het leefmilieu in cijfers" te bezoeken.
- "Wonen in Brussel" enquête onder de gezinnen uitgevoerd door het Instituut de Sociologie van de ULB op initiatief van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 1992.
- Geluidshinder in het Brussels Gewest, enquête uitgevoerd door Inter-Environnement Bruxelles, op initiatief van het BIM, 1996.
- Opiniëpeiling over de luchtvervuiling in Brussel, gerealiseerd door Dimarso, op initiatief van het BIM, 1998.
- Openbaar onderzoek in het kader van het plan van de strijd tegen geluidshinder, BIM, 1999.
- De analyses zijn gebaseerd op gemiddelden. De gemiddelde score varieert tussen 0 en 3. Hoe dichter de gemiddelde score 3 benadert, hoe hoger het ter gerangschikt staat.

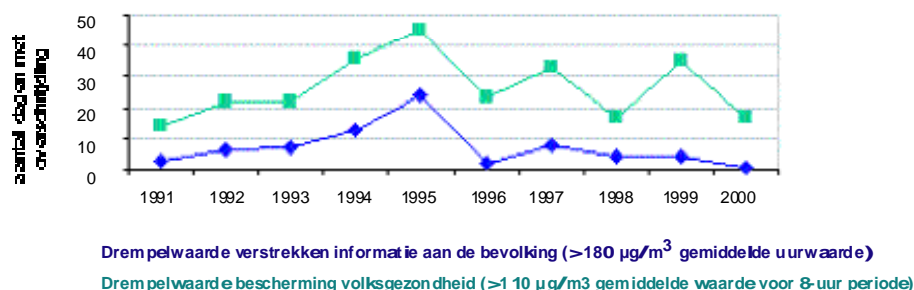
7 _ 2 De kwaliteit van de lucht

De informatie die hier besproken wordt, is afkomstig van het Brussels Instituut voor Milieubeheer (BIM). De gegevens zijn afkomstig van de metingen die uitgevoerd werden op verschillende plaatsen in het gewest. De problematiek van de luchtvervuiling wordt hier bijgevolg benaderd vanuit de invalshoek van de "immissies". Er zijn momenteel geen gegevens beschikbaar over de impact van de luchtvervuiling op de gezondheid in het Brussels Gewest. Het Brussels Gewest heeft sinds geruime tijd geen nieuwe vestigingen van zware industrie meer op haar grondgebied. Hierdoor is er ook een verschuiving in de aard van de verontreiniging vast te stellen. De pollutanten afkomstig van industriële activiteiten zijn afgenomen en de pollutanten van het verkeer, verwarming van particuliere huishoudens zijn grotendeels in de plaats gekomen. Momenteel is het wegverkeer de grootste bron van luchtvervuiling in Brussel. Men ziet een gelijkaardige evolutie in talrijke grote steden in de geïndustrialiseerde wereld (Janssens 1997).

1 _ Vervuiling door ozon

Vanaf een bepaalde concentratie kan troposferisch ozon⁵ ernstige problemen veroorzaken aan de ogen, de neus en de luchtwegen. Deze vervuiling doet zich vooral voor op warme zomerdagen. Wanneer de concentratie uitstijgt boven $180 \mu\text{g}/\text{m}^3$ als gemiddelde waarde over 1 uur, moet de bevolking geïnformeerd worden (volgens de EG-richtlijn 92/72/EG). Boven die drempel kunnen immers gezondheidseffecten optreden bij zeer gevoelige personen. Wanneer de gemiddelde waarde over 8 uur hoger ligt dan $110 \mu\text{g}/\text{m}^3$ wordt de drempelwaarde ter bescherming van de volksgezondheid overschreden. Beide drempelwaarden werden de laatste jaren herhaaldelijk overschreden, vooral tijdens de zeer warme zomers van 1994 en 1995 (figuur 2). Recent werd een nieuwe Europese richtwaarde voor ozon ingevoerd, die bereikt moet worden tegen 2010. Volgens deze richtlijn mag de maximale 8-uur waarde hoger dan $120 \mu\text{g}/\text{m}^3$ gemiddeld over 3 jaren gedurende maximaal 25 dagen per jaar overschreden worden.

Figuur 2 : Evolutie van het aantal dagen per jaar met overschrijdingen van de drempelwaarde ter bescherming van volksgezondheid en voor het verstrekken van informatie aan de bevolking



Bron : BIM 2000

⁵ 90 % van de ozon (O₃) bevindt zich onder de vorm van een "ozonlaag" in de stratosfeer (op grote hoogte). Het vormt een natuurlijk zonnescherm voor onze planeet. Op lage hoogte, in de troposfeer, is de concentratie van ozon nefast. De ozonvorming op een bepaalde plaats is het gevolg van 2 interfererende processen: de aanmaak van ozon (door de invloed van zonlicht op vervuilde luchtmassa's) en de vernietiging van ozon (in reactie met stikstofmonoxide). De stoffen die de vorming en de afbraak van ozon bewerkstelligen, zijn in grote mate afkomstig van het wegverkeer. Dichtbij en binnen de emissiezones voor deze stoffen (verkeerszones) is de afbraak van ozon veel groter dan de vorming van ozon. Aan de randen en buiten deze verkeerszones wordt de aanmaak van ozon echter belangrijker dan de vernietiging ervan. Dit verklaart waarom er in de zones die het meest blootstaan aan het wegverkeer, lagere concentraties van ozon gemeten worden dan in de minder blootgestelde zones (BIM 1999).

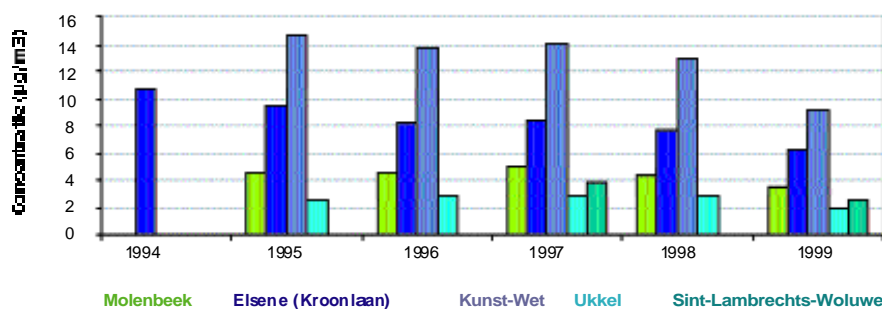
2_ Benzeen

Benzeen maakt deel uit van de vluchtige organische niet-methanische stoffen waarvan het wegverkeer met 48 % de belangrijkste bron van uitstoot vormt in Brussel.

Bij langdurige blootstelling werkt benzeen hemotoxisch, genotoxisch en cancerogeen. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) bestaat er geen drempelwaarde waaronder benzeen geen risico's inhoudt voor de volksgezondheid. Een Europese richtlijn stelt tegen 2010 een grenswaarde voorop van 5 µg/m³ als maximaal jaargemiddelde.

De benzeenconcentraties zijn het hoogst in de meetstations in de buurt van drukke verkeersaders (figuur 3)⁶. Volgens het BIM is de vooropgestelde doelstelling van een jaarlijks gemiddelde waarde lager dan 5 µg/m³ tegen het jaar 2010 een haalbaar doel voor Brussel (BIM 2000). Een onderzoek uit 2000 bij kinderen tussen 8 en 12 jaar heeft aangetoond dat de Brusselse kinderen meer blootgesteld worden aan vluchtige organische stoffen zoals benzeen en beduidend meer van deze stoffen (zoals benzeen) opnemen, dan kinderen in de Ardennen (Carbonelle 2000).

Figuur 3 : Evolutie van het jaargemiddelde concentratie van benzeen (periode 1/1 - 31/12)



Bron : BIM 2000

3_ Vervuiling ten gevolge van afvalverbranding

Het huisvuil en de verwerking ervan zijn bronnen van vervuiling die eveneens de gezondheid beïnvloeden. Verontreiniging van het grondwater, de bodem, en een uitstoot van schadelijke gassen kan optreden bij het storten, verwerken en verbranden van afval indien men niet de nodige maatregelen neemt om de uitstoot in het milieu te beperken. Wij beperken ons hier tot de luchtvervuiling ten gevolge van de verbranding van afval⁷. Sinds 1999 is er nog één afvalverbrandingsoven in werking in Brussel : de huisvuilverbrandingsoven van Neder-Over-Heembeek⁸. In deze oven werd sinds 1999 een rookgaszuiveringstelsel in werking gesteld.

⁶ Benzeen wordt gemeten door 5 stations die gesitueerd zijn in de Kroonlaan in Elsene (sinds 1994), in Molenbeek, op het kruispunt " Kunst-Wet", in Ukkel en in Sint-Lambrechts Woluwe (sinds 1997).

⁷ Voor meer informatie over de analyse van het afval in het Brussels Gewest (industriële afval, huishoudelijke afval, grond- en bouwafval) verwijzen wij u naar de verschillende publicaties van het BIM.

⁸ De andere verbrandingsovens, voornamelijk voor de verwerking van ziekenhuisafval, werden gesloten en het ziekenhuisafval wordt momenteel in de andere gewesten verwerkt.

Sinds de installatie van dit systeem werd een belangrijke daling vastgesteld van de emissie voor de meeste verontreinigende stoffen. Zo is de concentratie van dioxines, die in 1998 nog 11 maal hoger lag dan de maximale grenswaarde, in 1999 gedaald tot 1,5 maal onder die waarde (maximale grenswaarden die van kracht zijn sinds 1/1/2000). De emissies van zoutzuur (HCl), stofdeeltjes, cadmium en kwik, die in 1998 eveneens ruimschoots de maximale grenswaarden overschreden, zijn sterk afgenomen en liggen momenteel 2 tot 10 maal lager dan deze normen.

De uitstoot van NOX (stikstofoxiden) ligt nog steeds hoog. Er zijn studies aan de gang om de emissies van NOX te reduceren (Inleiding bij het Gewop 2001).

De uitstoot van de meeste stoffen kan continu gemeten worden aan de schouw. Dit is echter niet het geval voor de zware metalen (3 metingen per jaar) en de dioxines (1 meting per jaar). De milieubewegingen vragen dat de uitstoot van dioxines veel frequenter gemeten zou worden (Brusselse Raad voor Leefmilieu 2000).

4 _ Algemene evolutie van de luchtvervuiling

Algemeen genomen stelt men een zekere verbetering vast van de luchtkwaliteit in Brussel.

Tussen 1990 en 1997 heeft men het volgende geconstateerd (Inleiding bij het Gewop, 2001) :

- een vermindering met 48 % van de uitstoot van zwaveloxiden (vooral dankzij de sluiting van de Cokerie Marly in 1993) ;
- een vermindering met 15 % van de uitstoot van stikstofoxiden (dankzij verbeteringen aan het wagenpark en de sluiting van de Cokerie Marly) ;
- een vermindering met 10 % van de uitstoot van vluchtige organische niet-methanische stoffen (waaronder benzeen) dankzij de introductie van katalysatoren en andere verbeteringen aan motoren ;
- een vermeerdering met 10 % van de uitstoot van CO₂ ten gevolge van een toename van het energieverbruik.

De doelstellingen die het Brussels Gewest zich gesteld heeft voor 2005 en 2010 werden reeds bereikt voor bepaalde vervuilende stoffen. Door het zeer intense wegverkeer is het niet zeker dat de toekomstige normen gehaald kunnen worden voor stikstofdioxiden (NO₂), voor ozon en voor de zwevende deeltjes (PM₁₀) (Vanderstraeten 2000).

7 _ 3 Geluidshinder

Lawaai wordt als één van de belangrijkste vormen van milieuhinder ervaren in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Meer dan de helft van de klachten opgetekend bij het BIM hebben betrekking op lawaaihinder.

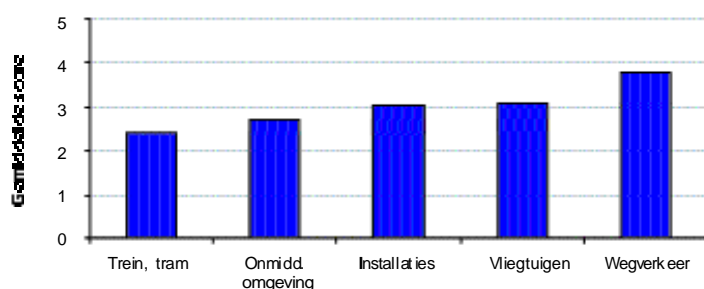
Lawaai wordt als hinderlijk ervaren door de helft van de Brusselaars.

Volgens het openbaar onderzoek van 1999 wordt lawaai meer en meer ervaren als hinderlijk door meer dan helft van alle respondenten en voor 29 % vormt het een onverdraagbare last (BIM 1999).

Het wegverkeer wordt als de meest hinderlijke geluidsbron ervaren, gevolgd door het lawaai van vliegtuigen (figuur 4).

Zelfs in het noordoosten van Brussel⁹, een gebied dat sterk blootgesteld wordt aan het lawaai van het luchtverkeer, blijft wegverkeer nog steeds de belangrijkste bron van ergernis, gevolgd door het lawaai van vliegtuigen en het lawaai uit de omgeving. In deze zone verklaart 82 % van de inwoners dat ze gestoord wordt door lawaai (Groessens en Kaesemans 2001).

Figuur 4 : Voornaamste bronnen van geluidsoverlast, openbaar onderzoek 1999¹⁰



Bron: BIM 1999

Het onderzoek door de huisartsen in de noordoostelijke zone van Brussel toont aan dat de bron van geluidshinder varieert van de ene wijk tot de andere. In de wijken die in de as liggen van de opstijgcorridors van het luchtverkeer, is het vliegtuig de bron van het meest storende lawaai. In de wijken langs de verkeersaders naar de luchthaven is het wegverkeer de bron van het meest storende lawaai. In de woongebieden die wat minder blootgesteld worden aan het lawaai van lucht- en wegverkeer, zijn het lokale lawaai, samen met het luchtverkeer de meest hinderlijke bronnen (Groessens en Kaesemans 2001).

1 _ Metingen van lawaaihinder in het Brussels Gewest

Geluid wordt als hinderlijk bestempeld wanneer het een normaal gesprek onmogelijk maakt (65 decibel) of wanneer het de slaap of het studeren hindert.

Van de bewoners langs drukke verkeersaders (toegangswegen, doorgangsroutes en hoofdassen) is 75 % blootgesteld aan een geluidsniveau van 65 db(A) of meer. Dit komt overeen met 28 % van de Brusselse bevolking. De geluidshinder door het wegverkeer is vooral groot in de gemeenten van de eerste kroon (BIM 1998).

Vliegtuiglawaai is een specifiek probleem voor het noordoosten van Brussel (Haren, Evere, Neder-Over-Heembeek). In 1996 werden er in deze gemeenten metingen uitgevoerd die aantoonde dat de Ldn-index¹¹ van maximum 65 db(A) in meerdere woonzones overschreden werd. De gemeenten worden overdag tenminste 20 % van de tijd met vliegtuiglawaai geconfronteerd, 's nachts is dat van 5 tot 6 % van de tijd (BIM 1997).

⁹ Een actie-onderzoek naar de haalbaarheid van de registratie van gegevens omtrent geluidsoverlast werd uitgevoerd in samenwerking met de Brusselse huisartsen van deze zone in de loop van het jaar 2000 (Berckenbaum, Fostier et Devroey 2001).

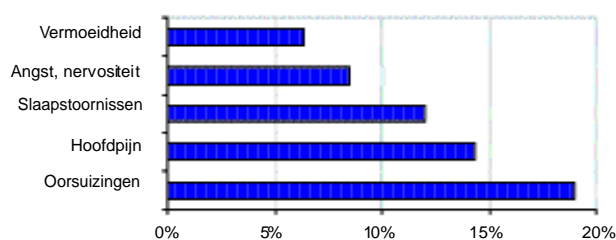
¹⁰ De analyses zijn op gemiddelden gebaseerd. De gemiddelde score kan variëren tussen 1 en 5. Hoe dichter de gemiddelde score bij 5 ligt, hoe storender de geluidsbron wordt bevonden.

¹¹ De Ldn-index (" day-night equivalent sound level ") komt overeen met een geluidsniveau over 24 uur met een correctie van 10 dB voor de periode van 22 tot 7 uur. Men gaat ervan uit dat het vliegtuiglawaai aanvaardbaar is indien de Ldn-index in de woonzones lager blijft dan 65 dB (BIM 1997).

2_ De weerslag van lawaai op de gezondheid

Het onderzoek van de huisartsen in het noordoosten van Brussel toont aan dat lawaai een bron van stress is voor de patiënten. Tijdens een bevraging naar aanleiding van een reeks psychische en/of somatische klachten legde 10 % van de patiënten spontaan een verband tussen hun klacht(en) en de geluidshinder. Voor de meeste klachten werd stress beschouwd als de belangrijkste oorzaak van het probleem. Meer dan de helft van deze deelnemers kloege over hartkloppingen, angst, slaapstoornissen, maag- en darmklachten of hoofdpijn. In meer dan 10 % van de gevallen werd lawaai aangeduid als oorzaak van oorsuizingen, hoofdpijn of slaapstoornissen (figuur 5). Deze klachten worden beduidend meer vermeld door patiënten die in de buurt van de luchthaven wonen. Van de ondervraagde patiënten stelt 22 % minstens eenmaal per week wakker te worden door lawaai (vliegtuigen, wegverkeer, burenlawaai of de partner) (Bastaerts 2001).

Figuur 5 : Percentage van de klachten toegeschreven aan geluidsoverlast, onderzoek door de huisartsen uit het noordoostelijk deel van Brussel, 2001



Bron: Haalbaarheidsstudie huisartsen, 2001

7_4 Gezonde huisvesting

De binnenhuisvervuiling is, wat betreft de weerslag op de gezondheid, ongetwijfeld een van de belangrijkste milieuproblemen. Wij spenderen immers meer dan 80 % van onze tijd binnenshuis. Er zijn veel bronnen van hinder en hun effecten kunnen zich opstapelen : tabaksrook, vochtigheid, de aanwezige materialen (meubels, bekledingsstoffen, ...), toestellen (verwarming, kookvuren, ...), enz.

Wij beschikken momenteel niet over algemene gegevens in verband met het niveau van binnenhuisvervuiling voor Brussel, noch over de precieze weerslag ervan op de gezondheid. Onlangs ging een Regionale Cel voor Interventie bij Binnenluchtvervuiling (RCIB) van start. Dit project verkeert momenteel in een pilootfase en heeft onder meer als doel informatie over dit onderwerp te verzamelen¹².

Een gezonde huisvesting is een absolute voorwaarde voor een goede gezondheid. Dit veronderstelt dat de woning voldoet aan een aantal specifieke criteria op gebied van veiligheid (elektriciteitsleidingen, verwarming, ...), de minimaal beschikbare ruimte in verhouding tot het aantal bewoners, de verluchting, het minimale sanitaire comfort.

¹² Voor meer inlichtingen over het RCIB, contacteer het BIM.

Op basis van de gegevens van de volkstelling van 1991 schatten we dat 16 % van de woningen niet beschikt over een minimaal comfort (tabel 1). Het merendeel van deze woningen zonder comfort is gesitueerd in de achtergestelde buurten binnen de 19e eeuwse gordel (kaart 10). Het is onder meer via de kwaliteit van de huisvesting dat de sociale ongelijkheden zich ruimtelijk vertalen (Kesteloot 1997).

De bewoners van deze oude woningen staan bijgevolg bloot aan een opstapeling van verschillende bronnen van binnenhuisvervuiling (vocht, lood, onveilige installaties...) en buitenhuis (lawaaihinder en luchtvervuiling ten gevolge van het wegverkeer).

Tabel 1 : De verdeling van de Brusselse woningen naar niveau van comfort, 1991

| | aantal woningen | % |
|---|-----------------|------|
| (1) groot comfort (idem 2 + keuken > 4 m ² , telefoon, auto) | 135 904 | 35,0 |
| (2) middelmatig comfort (idem 3 + centrale verwarming) | 120 655 | 31,1 |
| (3) klein comfort (stromend water, WC binnenshuis, badkamer of douche) | 70 758 | 18,2 |
| (4) zonder comfort | 60 946 | 15,7 |
| Totaal | 388 263 | 100 |

Bron : NIS, Volkstelling 1991

1 _ Loodvergiftiging

Loodvergiftiging of saturnisme is reeds lang gekend als een beroepsziekte.

De nefaste gevolgen van lood voor de bevolking, en dan vooral voor kleine kinderen, werd reeds in de jaren '70 aangetoond, eerst in de Verenigde Staten en vervolgens in Europa (het gaat hier om een niet beroepsgebonden blootstelling).

In de loop van de 19e en 20e eeuw werd lood massaal verspreid in het milieu. Eerst gebeurde dit door de industrie, vervolgens door het omvangrijke gebruik van loodpigment in verven en uiteindelijk door de toepassing ervan in benzine. Sinds de introductie van loodvrije benzine stelt men een zeer belangrijke daling vast van de loodvervuiling van de lucht en de gemiddelde loodconcentraties in het bloed van de Belgen.

De niet-professionele blootstelling aan lood verloopt langs verschillende wegen : het drinken van kraantjeswater dat via loden buizen aangevoerd wordt, het eten van voedingsmiddelen die loodresten bevatten, het inslikken of inademen van stof dat vervuild is met lood van het autoverkeer of van industriële vervuiling en uiteindelijk ook nog van het inslikken van stof en schiffers van afbladerende oude verflagen in of rond de woning.

Epidemiologische studies hebben de specifieke risico's aan het licht gebracht bij de mensen. Het gaat vaak om sociaal minder begoede groepen, die in de oude gebouwen in de grote steden wonen, en waar er ook nog een gecumuleerd effect van de loodvervuiling optreedt door de oude verflagen en het intense autoverkeer.

Kleine kinderen zijn bijzonder kwetsbaar omwille van het typische hand-mondgedrag waarbij zij allerhande zaken in de mond steken en zo actief loodschilders opnemen, de proportioneel grotere opname van lood via de spijsvertering en van loodstof via de longen en de grotere cerebrale toxiciteit (INSERM 1999).

Verscheidene epidemiologische studies hebben aangetoond dat er een langdurig effect is op de neuromotorische en intellectuele ontwikkeling van kinderen, zelfs voor intoxicaties die als miniem beschouwd worden (loodconcentraties in het bloed gelijk of hoger dan 100 µg/l).

Zwangere vrouwen of vrouwen die borstvoeding geven, vormen eveneens een specifieke risicogroep vermits het lood dat in het skelet van de moeder opgeslagen zit tijdens de zwangerschap gemobiliseerd kan worden en naar de foetus getransfereerd kan worden. Deze mobilisatie neemt nog toe bij een tekort aan ijzer en calcium.

De zwaarste intoxicaties bij volwassenen worden nagenoeg uitsluitend vastgesteld bij beroepsblootstelling. In Brussel lopen vooral bouwvakkers bij renovatiewerken van oude gebouwen een mogelijk gevaar (er zijn hierover op dit moment echter geen gegevens beschikbaar). Epidemiologische studies hebben een verhoogd risico van intoxicatie aangetoond voor de familieleden van mensen die beroepsmatig blootgesteld worden. Het stof van de kledij van de arbeider kan een bron van vervuiling vormen. Deze bron van blootstelling is slecht gekend in Brussel (en moeilijk te evalueren, vooral bij arbeiders die in het zwart werken, bij clandestienen en bij hun familie).

Het probleem van de blootstelling van kinderen aan lood werd reeds verschillende malen onderzocht in het Brussels Gewest.

Een studie uit 1983 heeft de weerslag van lood, afkomstig van loden waterleidingen en het autoverkeer, aangetoond op basis van het loodgehalte dat aangetroffen werd in de melktanden van Brusselse kinderen (Steenhout 1983).

In 1992 werd er een studie uitgevoerd naar de prevalentie van loodvergiftiging bij jonge Brusselse kinderen die in oude huizen woonden (van vóór 1946). Volgens deze studie vertoonde meer dan de helft van de kinderen een loodconcentratie in het bloed die hoger lag dan 100 µg/l¹³. Bij meer dan de helft van de kinderen was er sprake van een loodvergiftiging met een loodconcentratie in het bloed hoger dan 200 µg/l. Bij 1,4 % lag deze hoger dan 450 µg/l. Deze kinderen werden gehospitaliseerd voor een behandeling. Bij een referentiegroep van Brusselse kinderen, die niet in dezelfde wijken woonden, werd geen enkel geval van intoxicatie aangetoond (Claeys 1992).

In de leefomgeving van de geïntoxiceerde kinderen werden hoge loodconcentraties gemeten in verf en stof. Er werd geen enkel verschil vastgesteld tussen de geïntoxiceerde en de niet geïntoxiceerde kinderen wat betreft de loodconcentraties van het drinkwater (figuur 6). Het drinkwater bleek bijgevolg volgens geen enkele studie een bron van intoxicatie meer te zijn in Brussel.

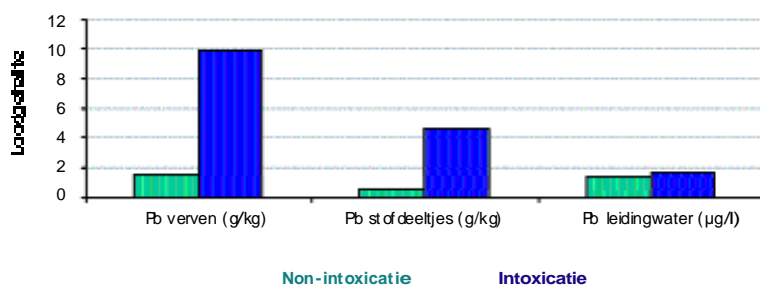
13 De aanvaardbare loodbelasting bedraagt momenteel 100 µg/l (CDC 1997)

De aanbevelingen voor de opname en behandeling van kinderen in functie van de loodbelasting gaan uit van de volgende normen :

- 100-149 µg/l : ger egeld nieuwe controles uitvoeren. Het nemen van primaire preventie maatregelen indien er een groot aantal getroffen is.
- 150-249 µg/l : herhalen van de metingen, een milieu-onderzoek, eventueel sanering
- 250-449 µg/l : het kind doorverwijzen naar medische structuur voor verdere evaluatie en een eventuele behandeling, het identificeren en elimineren van de vervuiliingsbronnen van lood
- > 450 µg/l : behandelen van het kind in een ziekenhuis, het identificeren en elimineren van de vervuiliingsbronnen van lood (INSERM 1999)

Andere risicofactoren die aangetoond konden worden waren : renovatie van het huis, het " pica-gedrag "14.

Figuur 6 : Vergelijking van het loodgehalte in de leefomgeving van kinderen, geïntoxiceerd en niet-geïntoxiceerd, Brussel 1992



Bron : Claeys 1992

Deze studie heeft het eveneens mogelijk gemaakt de hogere prevalentie van bloedarmoede door ijzertekort (34 %) aan te tonen bij kinderen die in de oude Brusselse wijken wonen (19e eeuwse gordel). Het tekort aan ijzer maakt kinderen bijzonder kwetsbaar voor loodvergiftiging. Daarnaast heeft het ijzertekort ook een negatieve weerslag op de neuromotorische ontwikkeling van kleine kinderen.

Als gevolg van de verontrustende resultaten van deze studie hebben enkele consultatiebureaus van ONE in samenwerking met het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid - Louis Pasteur sinds 1995 een gerichte opsporingsactie opgezet in bepaalde risicowijken. De verzamelde gegevens van deze opsporingsactie bevestigen de resultaten van de studie van 1992. Ze tonen aan dat de verderzetting en intensifiëring van de opsporing van loodvergiftiging in het Brussels Gewest gerechtvaardigd is¹⁵ (Claeys 1997).

Het systematische onderzoek naar de bronnen van de loodvergiftiging bij de opgespoorde kinderen heeft het mogelijk gemaakt om minder voorkomende bronnen bloot te leggen, zoals bepaalde soorten khôl (make-up) of theepotten die lood bevatten.

Indien men de resultaten van de prevalentiestudie van 1992 extrapoleert voor heel het gewest, zou een screening van 20 000 kinderen jonger dan 6 jaar uit de wijken die overeenkomende kenmerken vertonen met doelwijken van de studie, moeten leiden tot meer dan 8 000 controles voor loodvergiftiging. Dit betekent ook dat 1 000 kinderen zorgvuldig opgevolgd moeten worden, ook sociaal, 1 200 kinderen zouden een ernstige intoxicatie hebben waarvoor een medische opvolging noodzakelijk is, waarvan er 200 een loodvergiftiging vertonen met concentraties hoger dan 450 µg/l.

2 _ CO-vergiftiging

Koolstofmonoxide(CO)-vergiftiging veroorzaakt in Brussel nog heel wat slachtoffers, ondanks een daling van het aantal slachtoffers in de afgelopen 10 jaar.

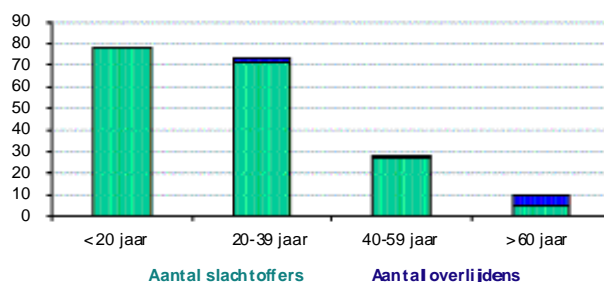
Het Antigifcentrum registreerde in 1989 746 gevallen van CO-vergiftiging (waarvan 42 overlijdens), 535 gevallen in 1990 (waarvan 26 overlijdens), 206 gevallen in 1998 en 252 gevallen in 1999.

¹⁴ Pica is een typisch gedrag waarbij niet eetbare zaken, zoals aarde, verfschijfers, enz., ingeslikt worden.

¹⁵ Het Houtman-fonds financiert momenteel een studie naar de verbetering van de strategie van opsporing en verzorging van geïntoxiceerde kinderen in Brussel.

In 1998 stelde men in Brussel 8 overlijdens vast ten gevolge van een CO-vergiftiging. In 1998-99 vond 80% van de ongevallen plaats tussen september en februari. We tellen gemiddeld 2 slachtoffers per ongeval. Kinderen zijn de voornaamste slachtoffers (figuur 7).

Figuur 7 : Verdeling van het aantal slachtoffers aan CO-intoxicatie per leeftijdsgroep, Brussel 1998



Bron : Antigifcentrum (ongevallen) en het Centrum voor Gezondheidsobservatie (overlijdens)

De ongevallen doen zich meestal voor in privé-woningen. Voor de jaren 1998-99 vonden 55 % van de ongevallen plaats in de badkamer, 16 % in de woonkamer, 15 % in de slaapkamers, 6,5 % in de keuken, 3 % in de garage. 8 ongevallen vonden plaats in een openbaar gebouw of op de plaats van tewerkstelling.

Toestellen voor de verwarming van water vormen de belangrijkste oorzaak van vergiftiging (90 ongevallen met 175 slachtoffers). Vervolgens komen de verschillende verwarmingstoestellen (kachels op kolen, stookolie of gas) die 47 ongevallen veroorzaakten met 124 slachtoffers. Brand was eveneens een oorzaak van CO-vergiftiging (32 ongevallen, 63 slachtoffers). Kookvuren en centrale verwarmingsketels zijn slechts zelden de oorzaak van een CO-vergiftiging.

7 _ 5 Groenvoorzieningen en speel-terreinen

Groene ruimten dragen bij tot het welzijn van de bevolking. Ze bieden ruimte voor ontspanning, fysieke activiteiten en wanneer ze openbaar zijn, bevorderen ze het ontstaan van sociale contacten.

In het Brusselse Gewest is 49 % van de groene ruimte privé, 15 % is semi-openbaar (kerkhoven, terreinen met een onbestemd karakter, wegen, ...) en 36 % is openbaar.

De groene ruimten zijn zeer ongelijk verdeeld over het grondgebied van het gewest. Ze beslaan 10 % van de oppervlakte van de vijfhoek, 30 % van de oppervlakte van de gemeenten van de eerste kroon en 71 % van deze van de tweede kroon (kaart 7).

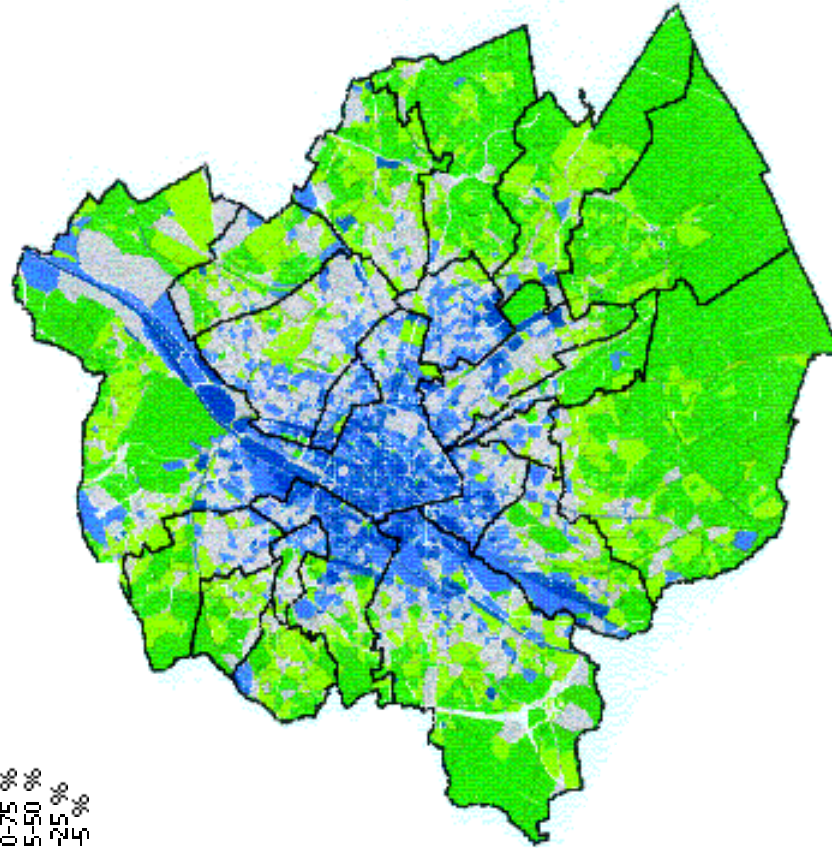
Het centrum van de stad heeft een tekort aan parken en tuinen, aan groen in de straten en aan speelterreinen voor kinderen. De speeltuigen op de bestaande speelterreinen voor kinderen verkeren al te vaak in een erbarmelijke staat (BIM 1997).

De kaarten 7, 8, 9 en 10 tonen duidelijk aan dat het stadsgebied (19e eeuwse) waar de grote gezinnen zich concentreren, ook het hoogste aantal woningen zonder basiscomfort telt, de kleinste gemiddelde woonoppervlakte heeft en slechts weinig groene ruimten.

Kaart 7 : Groene ruimte, Brussels Hoofdstedelijk Gewest

Aandeel groen in de oppervlakte van elk woonblok

- 75-100 %
- 50-75 %
- 25-50 %
- 5-25 %
- 0-5 %



Bron: BIU, 2001

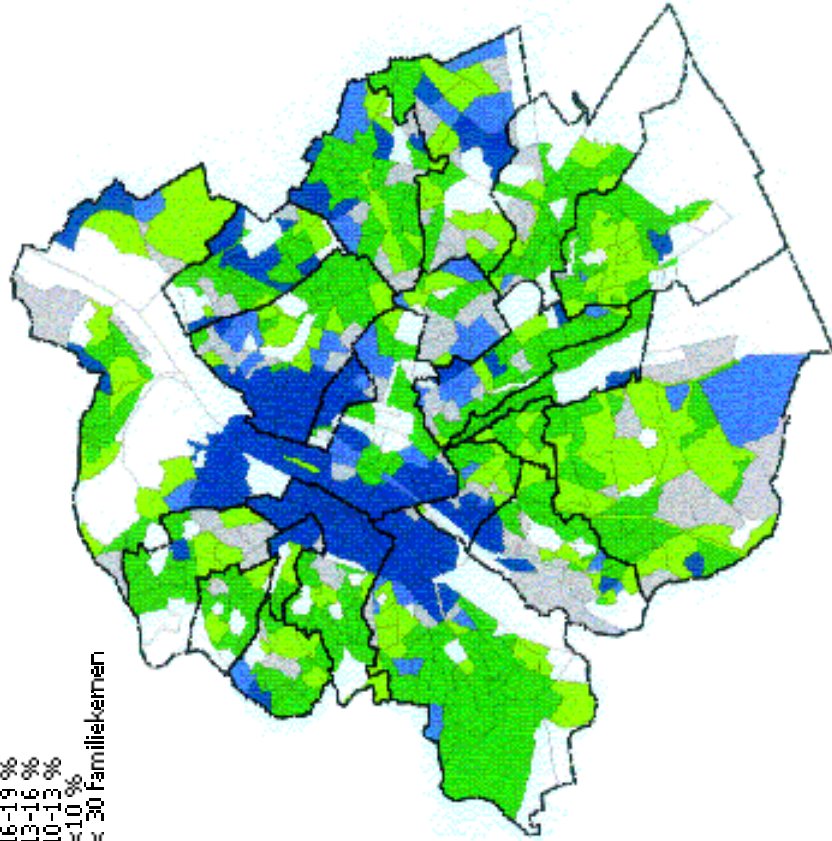
© Centrum voor Geografische Informatie, 2001
cartografie: T. Rosseels



Kaart 8 : Familiekernen met 3 kinderen en meer, Brussels Hoofdstedelijk Gewest

**Aandeel in het totaal aantal familiekernen*
< vergaaren en als gezinnen met kinderen**

- \geq 19 %
- 16-19 %
- 13-16 %
- 10-13 %
- \leq 10 %
- \leq 30 Familiekernen

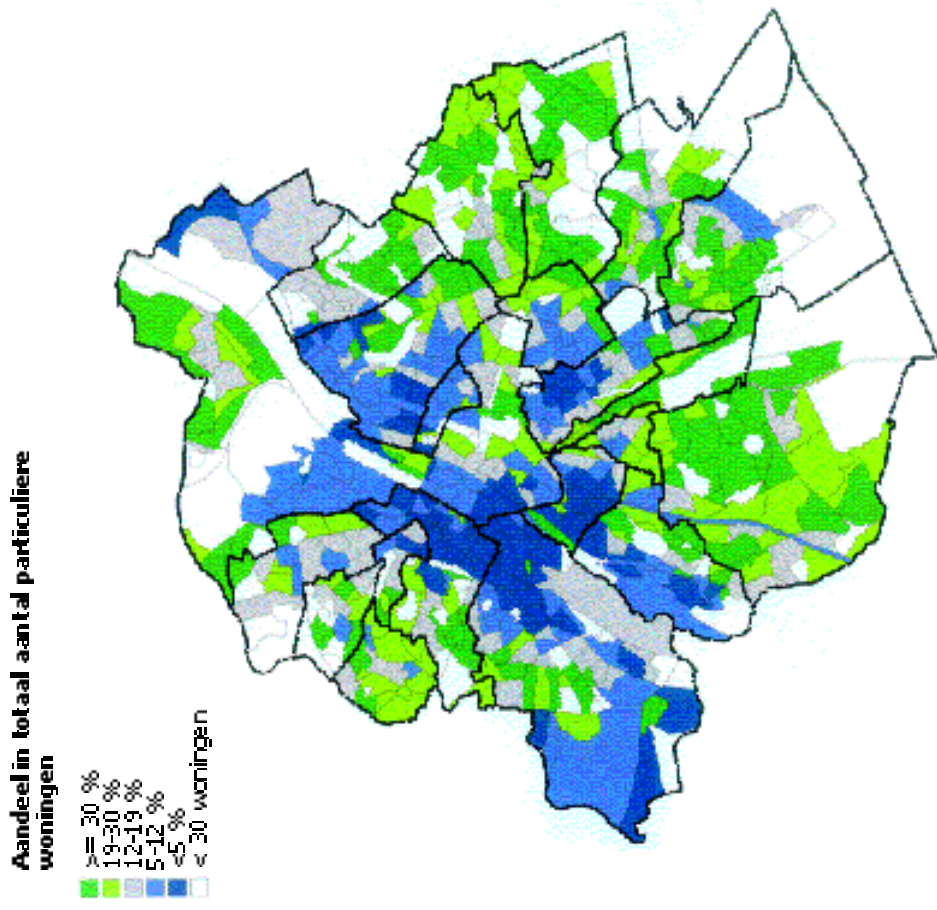


Bron: NIK-Indefstat, 1/1/2000

© Centrum voor Geografische Informatie, 2001
cartografie: T. Rosseels



Kaart 9 : Woningen zonder basiscomfort, Brussels Hoofdstedelijk Gewest

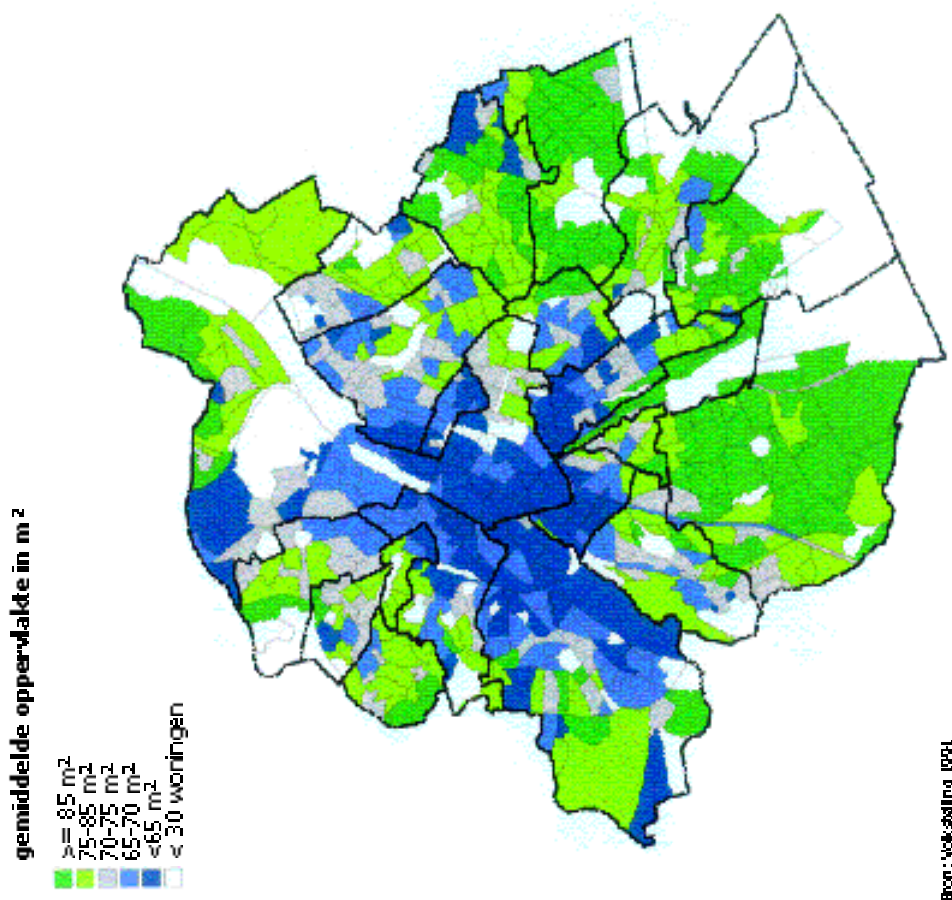


Bron: Volksstelling 1991

© Centrum voor Geografische Informatiekunde, 2001
cartografie: T. Boesmans



Kaart 10 : Gemiddelde woonoppervlakte per woning Brussels Hoofdstedelijk Gewest



Bron: Volksstelling 1991

© Centrum voor Geografische Informatiekunde, 2001
cartografie: T. Boesmans





8

Sociale ongelijkheid en gezondheid

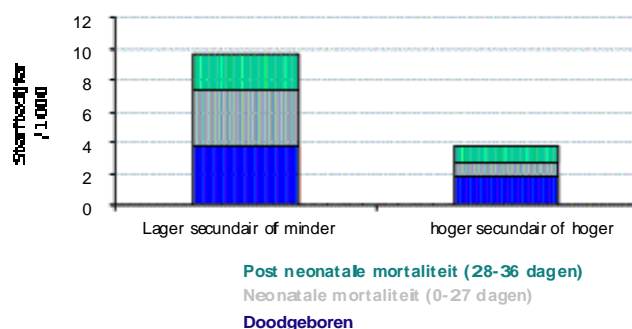


Dat de sociale status een weerslag heeft op de gezondheid is reeds lang bekend. Ondanks de algemene reductie van de mortaliteit, de vooruitgang van de geneeskunde en de sociale zekerheid, verkeren de armen in een minder goede gezondheid dan de rijken. Ze sterven ook op een jongere leeftijd. In Brussel stellen we hetzelfde vast. De algemene gegevens voor het gewest verbergen de grote ongelijkheid op gebied van ziekte, ongevallen en de dood. De verschillen zijn er niet alleen tussen de allerrijksten en de allerarmsten. Er is sprake van een geleidelijke overgang. Mensen die op een bepaald niveau van de sociale ladder staan, lopen steeds het risico op een minder goede gezondheid dan diegene die hoger gesitueerd zijn, welke indicator van sociale status men ook hanteert (inkomen, opleidingsniveau, enz.). Het terugdringen van de sociale gezondheidsverschillen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is een prioriteit in de verbetering van de levenskwaliteit van alle Brusselaars.

8 _ 1 Ongelijkheid voor de dood

De sociale ongelijkheid voor de dood is reeds van vóór de geboorte merkbaar. Kinderen van een moeder met ten hoogste een diploma van het lager secundair onderwijs lopen 2,6 maal meer risico om voor de leeftijd van 1 jaar te overlijden dan kinderen waarvan de moeder minstens een diploma van het hoger secundair onderwijs behaald heeft¹ (RR (BI 95 %) = 2,6 (1,6-4,2)) (figuur 1).

Figuur 1 : Foeto-infantiel mortaliteitscijfer volgens het opleidingsniveau van de moeder, Brussel, 1998

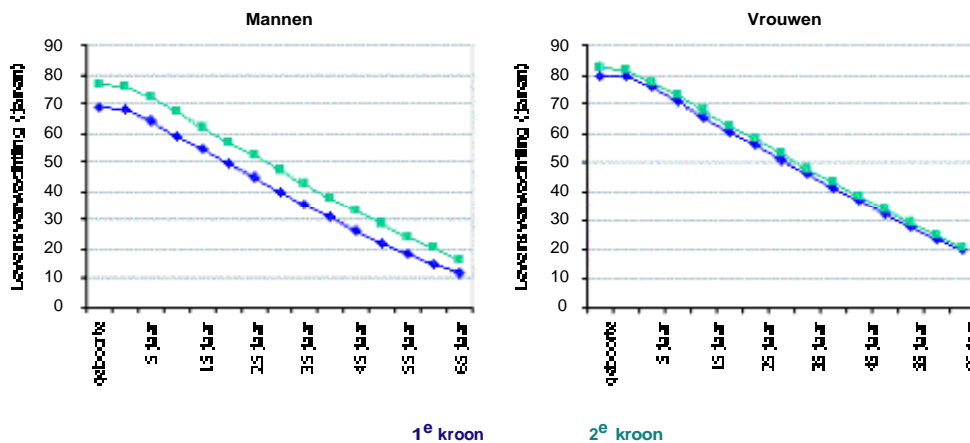


Bron : Centrum voor Gezondheidsobservatie

¹ Van de sociaal-economische indicator en die op de statistische geboorte/sterfteformulieren vermeld staan, is het opleidingsniveau van de moeder op een meer significante wijze met de foeto-infantiële sterfte geassocieerd dan de sociaal-professionele status. Nochtans merkt men steeds dezelfde tendens, welke indicator men ook gebruikt.

De levensverwachting van de mannen uit de gemeenten van de eerste kroon is bij de geboorte ongeveer 8,4 jaar lager dan deze van de mannen uit een gemeente van de tweede kroon². Het verschil bedraagt 2,7 jaar voor de vrouwen (figuur 2).

Figuur 2: Evolutie van de levensverwachting volgens leeftijd bij de inwoners van de gemeenten van de 1e kroon en de 2e kroon, Brussel, 1998



Bron : Centrum voor Gezondheidsobservatie

De belangrijkste doodsoorzaken verschillen niet fundamenteel tussen de bewoners van het centrum en deze van de rand van het Brussels Gewest. Men stelt, na standaardisatie voor leeftijd, toch hogere mortaliteitscijfers vast bij de bewoners van de eerste kroon voor longkanker (voor beide geslachten), ischemische hartaandoeningen, sterfgevallen die verband houden met alcoholmisbruik of aandoeningen van de luchtwegen (tabel 1)³. Er zijn geen significante verschillen voor de mortaliteitscijfers van zelfmoord of borstkanker⁴.

Tabel 1 : Verhouding van de gestandaardiseerde mortaliteitsratios (SMR 1^e kroon/SMR 2^e kroon)

| | Mannen | Vrouwen | Totaal |
|---|-----------|-----------|-----------|
| Longkanker | 1,25 (*) | 1,39 (*) | 1,30 (*) |
| Ischemische hartziekten | 1,37 (*) | 1,24 (*) | 1,30 (*) |
| Zelfmoord | 1,14 (NS) | 0,96 (NS) | 1,11 (NS) |
| Overlijdens ten gevolge van alcoholmisbruik | 1,56 (*) | 1,56 (*) | 1,58 (*) |
| Respiratoire aandoeningen | 1,23 (*) | 1,01 (NS) | 1,11 (*) |
| Borstkanker | | 1,00 (NS) | |

(*) : Statistisch significante verschillen

2 De analyse van de sociale ongelijkheid op basis van de geografische lokalisatie (gemeenten van de eerste en de tweede kroon) verwijst naar de sociale ongelijkheid die men aantreft in de ruimtelijke structuur van het Brussels Gewest (zie hoofdstuk 1, over de geografische context).

3 Het betreft hier geen exhaustieve analyse van alle doodsoorzaken. Omwille van methodologische redenen werden alleen die oorzaken geanalyseerd voor dewelke het aantal sterfgevallen belangrijk was. Het spreekt voor zich dat er waarschijnlijk ook een sociale ongelijkheid bestaat voor meer zeldzame doodsoorzaken zoals tuberculose, astma, ongevallen in de privé-sfeer enz.

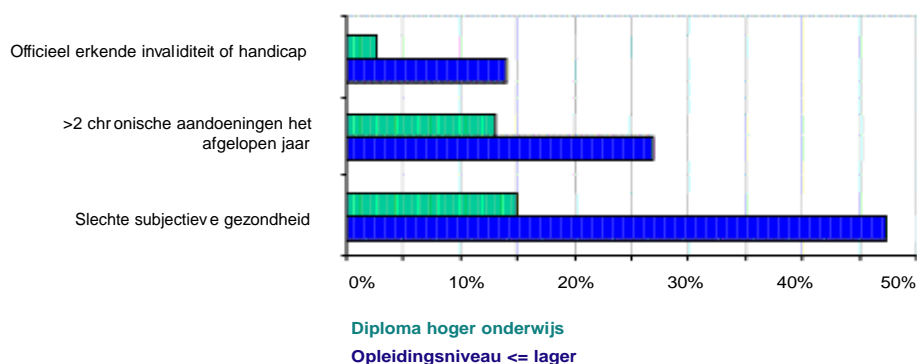
4 Dit betekent niet dat er geen verschil is ten gevolge van de sociaal-economische status voor de doodsoorzaken. Voor zelfmoord en borstkanker liggen de sterfecijfers onder de niet-Belgen beduidend lager dan onder de Belgen (zie volgend hoofdstuk). Het groter aantal niet-Belgen in de gemeenten van de eerste kroon kan misschien verklaren waarom men geen ongelijkheid vindt voor deze problemen tussen het centrum en de rand. Voor de sterfgevallen te wijten aan alcohol, de ischemische hartaandoeningen of longkanker stelt men eveneens een oersterfte vast bij de Belgen in vergelijking met de niet-Belgen. Vermoedelijk is de sociale ongelijkheid tussen de Belgen van de eerste en de tweede kroon bijgevolg veel groter dan zoals ze bescheven staat in deze tabel.

8 _ 2 Ongelijkheid voor ziekte

1 _ Subjectieve waarneming van de gezondheid en de algemene gezondheid

De wijze waarop mensen hun eigen gezondheid inschatten, verschilt sterk volgens het sociaal statuut. Het aantal mensen dat zich niet gezond voelt, neemt stelselmatig toe naarmate het niveau van opleiding of inkomen daalt. Mensen met een laag opleidingsniveau (lager dan of gelijk aan het diploma van het lager onderwijs) geven vaker aan dat ze aan een chronische aandoening leiden. Ze zijn 5 maal meer erkend als invalide of gehandicapte dan mensen met een diploma van het hoger onderwijs (figuur 3) (Leurquin 1998).

Figuur 3 : Percentage personen die hun gezondheidstoestand als slecht beschouwen, percentage officieel erkende gehandicapten en invaliden, percentage van mensen die lijden aan tenminste 3 chronische aandoeningen tijdens de afgelopen 12 maanden, volgens het opleidingsniveau. Brussel, 1997



Bron : WIV - Louis Pasteur Gezondheidsenquête 1997

2 _ Specifieke gezondheidsproblemen

De gegevens over sociale ongelijkheid en specifieke gezondheidsproblemen zijn zeldzaam voor Brussel. Niet alleen ontbreken de gegevens over incidentie en prevalentie voor deze aandoeningen, maar als ze al bestaan, dan nog kunnen ze niet uitgesplitst worden in functie van het sociaal statuut.

Voor enkele gezondheidsproblemen suggereren of bevestigen de gegevens het bestaan van verschillen voor incidentie en prevalentie volgens het sociaal statuut binnen het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Tuberculose en loodvergiftiging bij kinderen : een hogere frequentie bij de " risicogroepen "

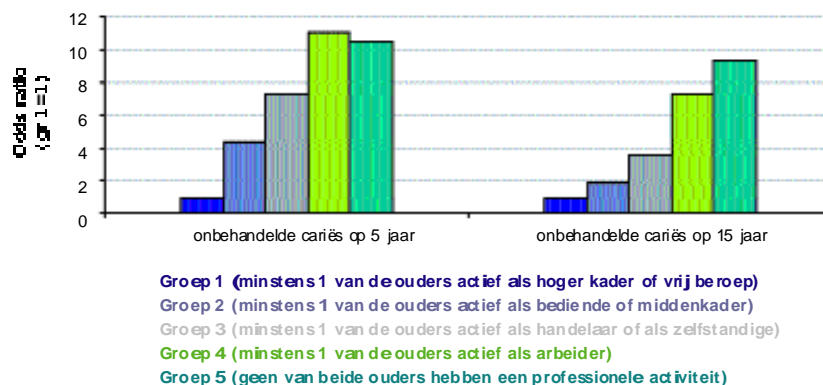
Als we de incidentie van tuberculose vergelijken volgens gemeente van verblijf, dan stellen we scherpe verschillen vast die de sociale ongelijkheid ten opzichte van deze ziekte illustreren. Maar we moeten hierbij opmerken dat de opsporing alleen uitgevoerd werd onder de " risicogroepen " (kandidaat vluchtelingen, mensen die in zeer precare levensomstandigheden leven, rechtstreekse contacten met geïnfecteerde personen, enz.). Het reële verband tussen de sociale status en de incidentie van de aandoening kan bijgevolg niet kwantitatief gemeten worden.

Hetzelfde geldt voor loodvergiftiging bij kinderen. De opsporingsonderzoeken worden uitgevoerd op basis van risicocriteria (oude woningen, gedrag van het kind, enz.) en tonen aan dat het probleem meer voorkomt in de achtergestelde buurten van het Brussels Gewest. Er moet echter op gewezen worden dat er, voor het onderzoek van 1992, ook een controlegroep onderzocht werd. Deze controlegroep bestond uit kinderen van dezelfde leeftijd die op consultatie geweest waren in een Brussels ziekenhuis uit de rand en die niet in de oude doelgroepbuurten van het onderzoek woonden. In deze controlegroep werd geen enkel geval van loodvergiftiging ontdekt (Claeys 1992).

Een grote ongelijkheid voor tandcariës

Epidemiologische onderzoeken tonen aan dat de sterke daling van de prevalentie van tandcariës in Europa gepaard gaat met een toenemende polarisatie : bij de kinderen uit de economisch zwakkere milieus concentreert zich de grootste nood aan tandverzorging. Brussel is geen uitzondering op deze regel. Uit een studie bij kinderen die tot 5 jaar gevolgd werden door het ONE en adolescenten, gevolgd door de medische centra voor leerlingenbegeleiding in Brussel blijkt dat er een zeer duidelijk verband is tussen de socioprofessionele status van de ouders en de prevalentie van onbehandelde tandcariës⁵ (figuur 4) (De Spiegelaere 1998).

Figuur 4 : Verband tussen het beroepsstatuut van de ouders en de prevalentie van onbehandelde tandcariës bij Brusselse kinderen op 5-jarige en 15-jarige leeftijd (odds ratio, regressie-analyse)



Bron : De Spiegelaere 1998

⁵ Volgens de multivariate analyse (hier een logistische regressie) meet men de associatie tussen de sociale status en de aanwezigheid van niet-behandelde cariës na controle voor een reeks confounding variabelen zoals de nationaliteit, de geboorteland, het geboorteland en het geslacht voor de jonge kinderen, de nationaliteit, de leeftijd en het geslacht voor de adolescenten.

De sociale ongelijkheid voor tandcariës wordt verklaard door complexe mechanismen waaronder voedingsgewoonten, verschillen op vlak van preventie (tandenpoetsen en het gebruik van tandpasta of andere fluorideproducten) en de toegang tot de preventieve en curatieve tandzorg. Primaire preventieve maatregelen zoals de fluoridering van het drinkwater zou vooral de kinderen uit een achteruitgestelde milieu ten goede komen. De sociale ongelijkheid is groter in Brussel (zone waar het drinkwater van nature uit niet gefluorideerd is) dan in de streken rond Moeskroen met van nature uit gefluorideerd drinkwater (D'Hoore 1991).

De financiële ontoegankelijkheid vormt een reële hinderpaal tot de tandzorg. Uit een onderzoek in een volkswijk in Brussel ("oud-Molenbeek") blijkt dat 74 % van de ouders menen dat de kostprijs van de tandverzorging voor hen een probleem is (Declerck 1995).

Sociale ongelijkheid voor zwaarlijvigheid neemt toe met de leeftijd

Obesitas bij adolescenten is een zeer verontrustend probleem. Men weet dat deze zwaarlijvigheid kan aanhouden op volwassenen leeftijd, en wat meer is, obesitas is een cardiovasculaire risicofactor.

Onder de Brusselse adolescenten is het verband tussen de sociale ongelijkheid en zwaarlijvigheid reeds duidelijk bij meisjes van 12 jaar. De ongelijkheid wordt in de loop van de adolescentie nog verder geaccentueerd. Bij de jongens van 12 tot 15 jaar wordt er een omgekeerde relatie vastgesteld tussen het sociaal statuut en zwaarlijvigheid (figuur 5)⁶.

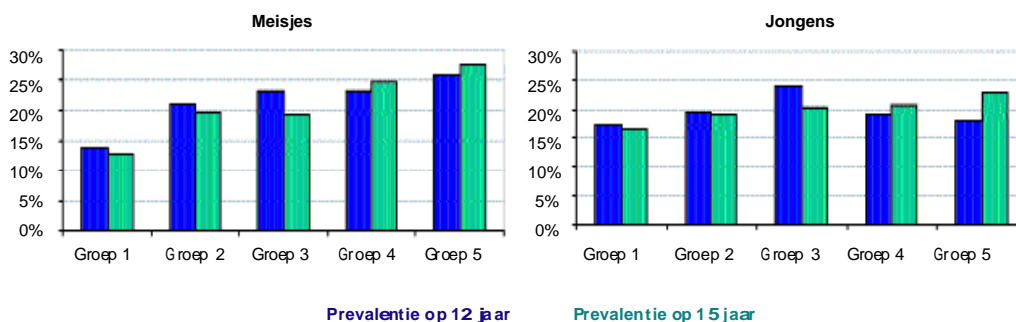
Het beklemtonen van de verschillen tussen de sociale groepen resulteert zowel in een hogere incidentie van nieuwe gevallen van zwaarlijvigheid als in een lager succes voor de verbetering van de bestaande zwaarlijvigheid bij adolescenten van een lage sociale status. Figuur 5 toont aan hoe de prevalentie tussen 12 en 15 jaar afneemt in de begoede en de middenklassen terwijl zij toeneemt in de socio-economisch achtergestelde groepen⁷. Van de Belgische adolescenten uit een sociaal-economisch zwak milieu ver- toont 13 % een ernstige zwaarlijvigheid⁸ (De Spiegelaere 1998).

⁶ De definitie van sociale groepen is dezelfde als diegene die gebruikt werd in figuur 4 (De Spiegelaere 1998).

⁷ Het betreft een retrospectieve cohortenstudie die dus dezelfde adolescenten volgt tussen 12 en 15 jaar (De Spiegelaere 1998).

⁸ Obesitas = Body Mass Index (gewicht/lengte²) > 120 % van de mediaan voor de leeftijd en het geslacht. Ernstige obesitas = Body Mass Index >= 140 % van de mediaan voor de leeftijd en het geslacht.

Figuur 5 : Prevalentie van obesitas bij Brusselse adolescenten op 12-jarige en 15-jarige leeftijd volgens sociaal statuut



Bron : De Spiegelaere 1998

3 _ Geestelijke gezondheid

Welke indicator van geestelijke gezondheid men ook neemt, de geestelijke gezondheid is minder goed bij mensen van een laag opleidingsniveau, bij werklozen of bij de arbeiders met de allerlaagste inkomens (Kittel 2000).

Onder de Brusselaars die deelnamen aan de gezondheidsenquête van 1997 is de prevalentie van depressie driemaal hoger bij mensen die ten hoogste lager onderwijs genoten hebben dan bij diegenen met een universitair diploma. De weerslag van het opleidingsniveau blijft significant verbonden met depressie, ook na controle voor alle andere variabelen. Men stelt eveneens een veel grotere consumptie vast van kalmeer- en slaapmiddelen door mensen van een laag sociaal niveau (Kittel 2000).

8 _ 3 Ongelijkheid voor preventie

1 _ Een gunstig milieu en gunstige levensomstandigheden

De preventie van ziekten en ongevallen hangt minder af van de gezondheidszorg dan van de leefomstandigheden en het individueel aanpassingsvermogen die het mogelijke maken om weerstand te bieden aan verschillende vormen van agressie.

Het behoud van een goede gezondheid vereist op de eerste plaats behoorlijke levensomstandigheden en een volwaardig sociaal leven. Concreet betekent dit voor alles dat men in een gezond huis en in een gezonde omgeving kan wonen, dat men over een inkomen beschikt dat groot genoeg is om zich te voeden en correct te kleden, zich te verwarmen, enz. (Project Gezondheid en Cultuur oktober 2000⁹, Wauters 2000).

⁹ Op 21 oktober 2000 werd een ontmoetings- en studiedag onder de titel "Om een einde te maken aan sociale ongelijkheid in gezondheid" georganiseerd op initiatief van het Project Gezondheid en Cultuur van Molenbeek en in samenwerking met het Centrum voor Gezondheidsobservatie van Brussel. Op deze dag werden mensen die in precieze omstandigheden leven samengebracht met professionals van het terrein en onderzoekers om tot een uitwisseling te komen van de kennis omtrent vragen rond toegang en kwaliteit van de zorgen, de preventie en de evaluatie van de gezondheid. De verslagen van deze dag zijn beschikbaar via het Centrum voor Gezondheidsobservatie of het Project Santé Culture in Molenbeek.

Deze voorwaarden zijn niet vervuld voor een groot aantal Brusselse huishoudens. De ongelijkheid die binnen het gewest bestaat op gebied van milieu en de gezondheid van de woningen werd voordien reeds besproken. In Brussel ondervindt 9 % van de huishoudens moeilijkheden om zich adequaat te voeden, 10 % heeft betalingsproblemen voor de verwarming en 18 % is te laat met het betalen van de huur en de gas- of elektriciteitsrekeningen (Huishoudbudgetenquête, NIS 2000).

Een groot aantal onderzoeken heeft duidelijk aangetoond hoe belangrijk het zelfrespect is als determinerende factor voor de gezondheid. Dit zelfrespect wordt onderuit gehaald door de mislukte schoolopleiding, de veelvuldige vernederingen waarmee arme mensen vanaf zeer jonge leeftijd te maken krijgen en de moeilijkheden waarop de jongeren en de laag gekwalificeerde arbeiders stoten in hun zoektocht naar erkenning.

Samenzijn met anderen en op anderen kunnen rekenen, zijn belangrijke aspecten binnen de preventie (Project Gezondheid en Cultuur oktober 2000). De sociale ondersteuning varieert volgens het sociaal statuut. Na controle voor leeftijd en geslacht ligt het aantal mensen dat verklaart dat ze slechts een beperkt sociaal netwerk¹⁰ hebben, 2,7 maal hoger bij mensen met het laagste inkomen dan bij mensen met een hoog inkomen. Van de mensen met een zeer laag inkomen zegt 25 % dat zij bij problemen niet op hun omgeving kunnen rekenen. Dit aantal bedraagt 10 % bij mensen met een hoog inkomen (Leurquin 1998).

Vrije tijd, ontspanning en geregelde lichaamsbeweging zijn eveneens elementen die de gezondheid bevorderen. De sociale ongelijkheid is op dit terrein eveneens prominent aanwezig. Een onderzoek uit 1994 bij Brusselse adolescenten toonde aan dat het aantal jongeren van 15 jaar dat minstens 4 uur per week aan sport deed, 33 % bedroeg in het algemeen vormend onderwijs, 25 % in het technisch onderwijs en 22 % in het beroepsonderwijs (PROMES 1995¹¹).

2 _ Vaccinaties

De vaccinaties tijdens de kinderjaren vormen een essentieel onderdeel van de preventieve medische aanpak. De vaccinatiegraden kunnen bijgevolg beschouwd worden als indicatoren van gelijkmatige zorgspreiding en dit zeer specifiek voor het preventieve luik. Het onderzoek naar de vaccinale dekking in Brussel toont aan dat ONE en Kind & Gezin samen 60 % van de basisvaccinaties realiseren en dat de kinderen uit sociaal achtergestelde milieus vooral gevaccineerd worden via deze gratis preventieve diensten (Swennen en Depoorter 2001, zie het hoofdstuk over moeder en kind). Ondanks het ontbreken van elke financiële drempel toont een onderzoek uit 1995 van 2 700 Brusselse kinderen gevolgd door het ONE dat de sociale ongelijkheid blijft gelden voor de basisvaccinaties (De Spiegelaere 1998). De kinderen uit sociaal achtergestelde milieus worden zeer vaak te laat gevaccineerd in vergelijking met de aanbevelingen.

Op 24 maanden is het aantal kinderen in deze groep dat nog niet volledig gevaccineerd werd voor polio en difterie-tetanus (DiTe) 2 tot 3 maal groter dan bij kinderen uit meer begoede milieus¹².

¹⁰ Met andere woorden, maximaal éénmaal contact gehad hebben met ouders, vrienden of kennissen gedurende de voorbije maand (Leurquin 1998).

¹¹ Niet gepubliceerde gegevens.

¹² De logistische regressie-analyse geeft een RC voor de meest achteruitgestelde sociale groep opzichte van de meest begoede, van 2,8 voor polio ($p < 0.01$) en 3,5 voor DTP ($p < 0.001$) na controle voor de nationaliteit, de geboortelang, het geboortjaar, het type van woonwijk en de leeftijd van de eerste toediening (De Spiegelaere 1998, p 41).

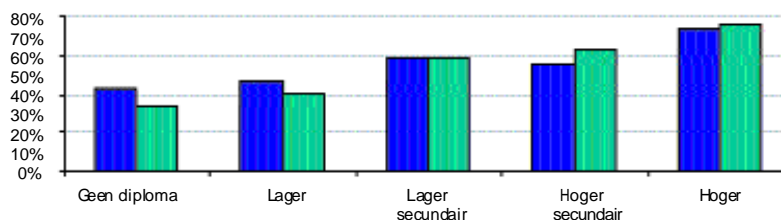
Het type buurt waar de consultatie zich bevindt, beïnvloedt de vaccinale dekking van de kinderen. Voor de polio- en DiTe-vaccinaties is de invloed van de buurt gelijkaardig aan deze van het individueel sociaal statuut : het bezook aan een preventieve consultatie in een achtergestelde buurt en wanneer men daarbij een laag sociaal statuut heeft, betekent dat bijgevolg een bijkomende handicap. Het extra werk dat dit oplevert voor de medisch-sociale ploegen in deze wijken verklaart dit fenomeen gedeeltelijk¹³.

Men constateert dat de ongelijkheid op het gebied van vaccinatie blijft aanhouden gedurende de rest van de kindertijd en de adolescentie. De analyse van de medische schooldossiers van 2 624 adolescenten van 15 jaar in 1995 toont aan dat er, net zoals voor kleine kinderen, in de meest achteruitgestelde sociale klassen zowel een achterstand bestaat voor de rappelvaccinaties voor polio en DiTe ten opzichte van de aanbevelingen van de vaccinatiekalender als een groter aantal niet toegediende rappelvaccinaties. De adolescenten uit een sociaal achteruitgesteld milieu hebben een driemaal grotere kans dat ze niet correct geïmmuniseerd werden tegen tetanus en meer dan een derde van hen heeft de aanbevolen rappelvaccinatie voor polio op de leeftijd van 6 jaar niet ontvangen. De enige vaccinatie waarvoor men geen sociale ongelijkheid vaststelt, is tevens ook de enige vaccinatie die systematisch in schoolverband aangeboden wordt. Het is de vaccinatie tegen rode hond voor meisjes, momenteel vervangen door de vaccinatie mazelen-rode hond-bof voor alle kinderen van 11-12 jaar. Dit illustreert bijgevolg het belang van een dergelijke strategie in de strijd tegen sociale ongelijkheden (De Spiegelaere 1996).

3 _ Secundaire preventie

De preventieve opsporingsprogramma's van aandoeningen kunnen de sociale ongelijkheid voor gezondheid nog verder beklemtonen. Een eerste reden is dat een aantal hinderpalen de toegang tot de opsporing belemmeren voor mensen in een precare sociale situatie. Wanneer de opsporingsactie uitgaat van het curatief geneeskundig kader zijn de hinderpalen dezelfde als diegene die de toegang tot de geneeskundige zorgen in het algemeen belemmeren (zie verder). Men stelt op die wijze een sociale ongelijkheid vast voor de opsporing van baarmoederhals- en borstkanker (figuur 6).

Figuur 6 : Percentage vrouwen dat een opsporingsonderzoek onderging inzake borstkanker en baarmoederhalskanker naar opleidingsniveau, Brussel 1997



Opsporingsonderzoek borstkanker (50-70 jaar, mamografie in de afgelopen 2 jaar)
Opsporingsonderzoek baarmoederhalskanker (25-64 jaar, uitstrijkje in de afgelopen 3 jaar)

Bron : WIV - Louis Pasteur, Gezondheidsenquête, 1997

¹³ Voor de vaccinatie tegen mazelen-rubella-bof gaat de invloed van het buurttype in de omgekeerde richting: kinderen zijn beter geïmmuniseerd in de kinderopvang in achteruitgestelde of intermediaire wijken. De hypothesen die dit verschijnsel verklaren, vallen buiten het opzet van dit rapport (zie De Spiegelaere 1998, p. 56).

De financiële en administratieve hinderpalen voor opsporingsonderzoeken nemen sterk af wanneer deze onderzoeken uitgevoerd worden binnen het kader van gratis preventieve diensten, zoals ONE en Kind & Gezin of het medisch schooltoezicht. Er blijven ondanks alles echter hinderpalen bestaan die te maken hebben met culturele en politieke factoren. Vooral de vrees van de ouders voor sociale controle door de betrokken diensten (angst voor de beoordeling van de hulpverleners, voor een mogelijke plaatsing van het kind) speelt een grote rol. Deze zet hen vanuit hun zeer precaire situatie er niet toe aan met hun kinderen naar de consultaties te komen. De afwezigheid op school en het frequent verhuizen vormen eveneens een belemmering voor een correcte preventieve opvolging door deze diensten (Project Gezondheid en Cultuur oktober 2000).

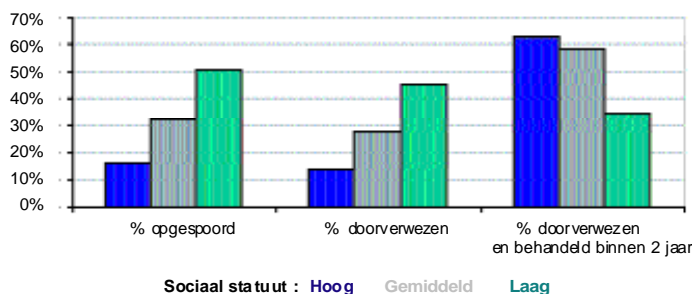
Een tweede reden is de breuk die er momenteel bestaat tussen de preventieve en de curatieve zorgverlening. Deze veegt elk mogelijk effect van gelijkberechtiging dat men zou mogen verwachten van de gratis en voor iedereen toegankelijke preventieprogramma's weg.

Uit het reeds aangehaalde onderzoek naar de bijdrage van de preventieve diensten in de reductie van de sociale ongelijkheid voor gezondheid in Brussel (De Spiegelaere 1998), blijkt dat de sociale ongelijkheid in de loop van de adolescentie toeneemt voor problemen die opgespoord worden via het medisch schooltoezicht. Deze toename is voor een deel het gevolg van een slechtere opvolging van de opgespoorde problemen. Dit fenomeen wordt goed geïllustreerd door de opsporing van gezichtsproblemen.

Tijdens het medisch schoolonderzoek van de 12-jarigen spoort men vaak gezichtsafwijkingen op bij de kinderen uit sociaal achtergestelde groepen (meestal goed gekende afwijkingen die bij de kinderen uit betere milieus adequaat opgelost worden). Een groter aantal van deze kinderen wordt bijgevolg naar een oogarts doorverwezen. Twee jaar later is het aantal doorverwezen kinderen dat effectief behandeld werd, beduidend veel kleiner in de groep uit de sociaal achtergestelde milieus (figuur 7). De sociale ongelijkheid stelt zich nog scherper bij het tweede onderzoek. Het relatief risico dat de gezichtsafwijking bij de kinderen van 12 jaar uit de meest extreme groepen niet behandeld wordt, was gelijk aan 3, maar het was groter dan 4 twee jaar later. Dit houdt verband met de hindernissen waarop men stoot wanneer men een positief gevolg wil geven aan het opgespoorde probleem (een specialist raadplegen, een bril aankopen, ervoor zorgen dat de bril in goede staat blijft, enz.).

Hetzelfde fenomeen wordt vastgesteld voor de behandeling van overgewicht of tandcariës na de opsporing ervan via het medisch schooltoezicht (De Spiegelaere 1998).

Figuur 7 : Percentage visuele afwijkingen opgespoord, doorverwezen voor behandeling op 12-jarige leeftijd en het percentage behandelde afwijkingen na doorverwijzing binnen de 2 jaar of later volgens sociaal statuut



Bron : De Spiegelaere 1998

8 _ 4 Ongelijkheid voor de medische zorgverlening

1 _ Financiële en administratieve hinderpalen voor de toegang tot de zorgen

In de huishoudbudgetenquête van 1997-98 stelt 25 % van de Brusselse huishoudens dat ze het moeilijk hebben om met hun maandelijks inkomen voor het huishouden rond te komen (10 % voor heel het land). Van de huishoudens stelt 17,5 % dat ze het moeilijk hebben om de huisarts te betalen en 22 % de tandarts (deze aantallen bedragen respectievelijk 10 en 11 % voor heel het land) (NIS 2000). De gezondheidsenquête van 1997 toont aan dat meer dan de helft van de mensen die een invaliditeits- of gehandicapentegemoetkoming ontvangen het moeilijk hebben om hun gezondheidszorgen te betalen. Voor een deel van de gepensioneerden en werklozen en voor veel alleenstaande vrouwen met kinderen is de gezondheidszorg eveneens nauwelijks betaalbaar (Vanroelen 2000).

Tijdens een studiedag die de professionelen van het terrein samenbracht met mensen die in armoede leven, werd de financiële problematiek van de toegang tot de medische verzorging uitvoerig besproken. De huisartsen signaleren dat hun patiënten met een bescheiden inkomen steeds vaker niet in staat zijn de ziekenhuisfacturen te betalen. Voor deze mensen is het remgeld vaak een onoverkomelijke hinderpaal tot de medische verzorging. De maatregelen die genomen worden om deze financiële hinderpalen uit de weg te ruimen, zorgen vaak voor nieuwe obstakels : een stigmatisering en een zware en complexe administratieve procedure (Project Gezondheid en Cultuur oktober 2000). Het ontbreken van enige samenhang in het beleid van de OCMW's wat betreft hun opdracht inzake hulp bij de toegang tot de zorgvoorzieningen, maakt het zoveel moeilijker om elk initiatief daartoe tot een goed einde te brengen.

Een onderzoek bij de 19 Brusselse OCMW's maakt belangrijke verschillen duidelijk tussen het gebruik van de derdebetalersregeling, de voorwaarden voor de toekenning van een " medische kaart ", of in de vrijheid die de patiënt krijgt bij de keuze van zijn arts. De overgrote meerderheid van de werknemers van de OCMW's die aan het onderzoek deelnamen, wensten een harmonisatie van de politiek op dit gebied (Brusselse Welzijnsraad 2001¹⁴).

2 _ Verzorging: kwaliteit voor iedereen ?

Er wordt wel veel gediscussieerd over de toegankelijkheid van de zorg voor iedereen, maar men stelt zich veel te weinig vragen over de kwaliteit van de verzorging die armen ontvangen. Voor deze mensen is niet-stigmatisering één van de belangrijkste vereisten voor een kwaliteitsvolle verzorging, naast een hoffelijke aandacht en het verstrekken van aangepaste informatie in een taal die ze kunnen begrijpen. Om de zorgverlening te doen aanslaan, is het nodig dat er zich een wederzijds vertrouwen en een goede communicatie kan ontwikkelen. De getuigenissen tonen aan dat deze communicatie moeilijk is en al te vaak uitloopt op misverstanden en een breuk in het vertrouwen. De continuïteit van de verzorging hangt vaak van toevalligheden af. De informatie is te beperkt en al te vaak niet verstaanbaar voor mensen met problemen. De deelname van de gebruikers, en dan vooral van de meest kwetsbare, aan de evaluatie van de sociale gezondheidspolitiek en dienstverlening is veel te weinig uitgewerkt. Hun kennis is nochtans een onmisbaar element om de gezondheidsdiensten beter op de behoeften te laten aansluiten (Project Gezondheid en Cultuur oktober 2000).

¹⁴ De resultaten van deze enquête zijn verkrijgbaar in het Centrum voor Gezondheidsobservatie.



9

Multicultureel Brussel



Brussel is de meest multiculturele stad van België. Men treft er mensen afkomstig van alle continenten. Deze Brusselaars die van elders komen en die sinds korte of langere tijd in Brussel gevestigd zijn, hebben tradities en een dynamisme meegebracht die een verrijking zijn voor het gewest. We vragen ons hierbij af hoe het staat met hun gezondheid. Verschilt deze van de gezondheid van de Brusselaars "van eigen bodem"? De vaststellingen zijn dubbelzinnig. Over het algemeen hebben de niet-Belgische Brusselaars minder vaak last van beschavingsziekten die te wijten zijn aan onze levenswijze. Nochtans hebben factoren zoals een verzwakking van de ondersteuning door de gemeenschap of communicatiestoornissen met de gezondheidsdiensten een negatieve weerslag op hun gezondheid, vooral bij de kleine kinderen. De gezondheid van die mensen die bij ons een toevlucht zoeken, is soms erg broos ten gevolge van de algemene gezondheidstoestand in hun land van origine en de precieze condities van opvang in België.

9 _ 1 Mortaliteit

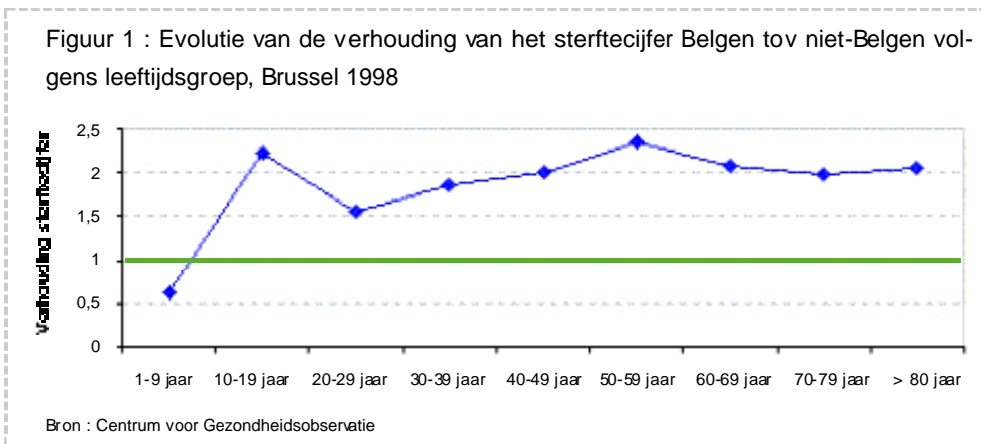
1 _ Een gunstiger mortaliteitscijfer

De immigrantenpopulaties hebben over het algemeen een lager mortaliteitscijfer dan de Belgische bevolking, behalve voor de kleine kinderen.

Een onderzoek van de mortaliteitscijfers voor Brussel van 1991 tot 1996 toont aan dat het mortaliteitscijfer voor de recente, niet genaturaliseerde immigranten significant lager ligt dan voor de rest van de bevolking behalve voor kinderen jonger dan 10 jaar (Anson 2000). Deze resultaten worden bevestigd voor het jaar 1998.

Figuur 1 toont het verband aan tussen de mortaliteitscijfers bij de Belgen en de niet-Belgen volgens leeftijdsgroep. Voor de kinderen jonger dan 10 jaar liggen de mortaliteitscijfers voor de Belgen tweemaal lager dan deze van de niet-Belgen. Dit verband keert zich om vanaf de adolescentie¹.

¹ De cijfers voor de leeftijdsgroep van 10-19 jaar moeten met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden, gezien het kleine aantal sterfgevallen.

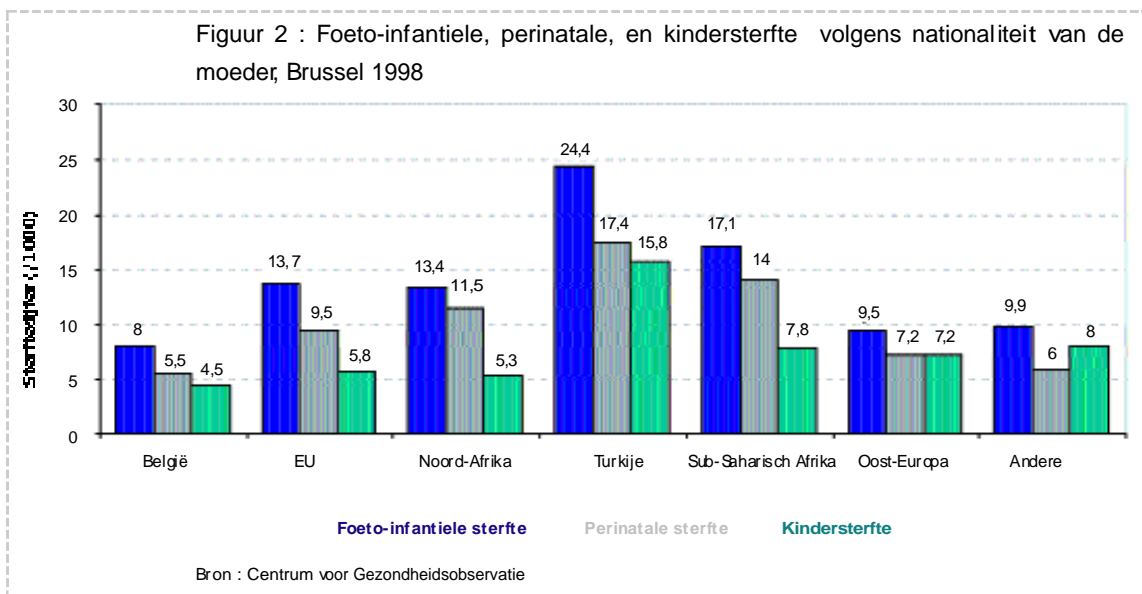


Onder de niet-Belgen verschilt de mortaliteitsrisico naargelang de streek van afkomst. Zo ligt de mortaliteit veel hoger bij de mensen afkomstig van Sub-Saharisch Afrika dan bij de Belgische bevolking, ongeacht de leeftijd. De Turkse en Marokkaanse groepen vertonen daarentegen een hoger mortaliteitsrisico tijdens de kinderjaren en een lager risico op volwassen leeftijd (Anson 2000).

2_ Veel hogere foeto-infantiele mortaliteitscijfers

De foeto-infantiele mortaliteit (doodgeboorten en overlijdens tussen 0 en 1 jaar) ligt veel hoger bij kinderen met een moeder die niet de Belgische nationaliteit bezit. De grafiek hieronder toont de foeto-infantiele, perinatale en kindersterftcijfers² volgens de nationaliteit van de moeder op het ogenblik van de geboorte.

Kinderen van Turkse moeders lopen het grootste risico, zowel tijdens de perinatale periode als tijdens het eerste levensjaar. In vergelijking met Belgische kinderen bedraagt hun relatief risico (RR) voor de perinatale mortaliteit 3,2 (1,6-6,3) en de infantiele mortaliteit 3,5 (1,7-7,3).



² De perinatale mortaliteit bestaat uit het aantal kinderen dat doodgeboren is of overleden voor de 7de dag van het leven ten opzichte van het totaal aantal geboorten. De kindersterfte is het aantal overlijdens van dag 0 tot 364 na de geboorte ten opzichte van het totaal aantal levendgeborenen. De foeto-infantiele mortaliteit bestaat uit alle foetale overlijdens en het aantal overlijdens tussen dag 0 tot 364 ten opzichte van het totaal aantal geboorten.

De kinderen van moeders van Noord-Afrikaanse afkomst hebben eveneens een hoger mortaliteitsrisico tijdens de perinatale periode (RR in vergelijking met de Belgen = 2,1 (1,3-3,5)). Het infantiel mortaliteitsrisico daarentegen is niet significant groter dan dit van kinderen met een Belgische moeder.

Kinderen van een moeder afkomstig uit Sub-Saharisch Afrika vormen eveneens een specifieke risicogroep. Het risico van overlijden tijdens de perinatale periode bedraagt hier meer dan het dubbele dan bij de kinderen met een Belgische moeder (RR= 2,6 (1,3-5,3)). Deze hogere mortaliteitscijfers worden gedeeltelijk verklaard door het groter aantal vroeggeboorten en kinderen met een laag geboortegewicht (figuren 5 en 6). De mortaliteit tijdens het eerste levensjaar is hoger dan deze van Belgische kinderen, maar deze verschillen zijn statistisch niet significant, gezien het kleine aantal sterfgevallen. Het kleine aantal sterfgevallen in 1998 voor de leeftijd van één jaar laat ons niet toe deze vaststellingen verder uit te diepen. Meer uitgebreide kwantitatieve en kwalitatieve studies over verschillende jaren moeten hiervoor uitgevoerd worden om alzo een beter inzicht te krijgen in de verschillende risico's, verbonden met de nationaliteit van de moeders.

Verskillende studies in België of in de ons omringende landen, hebben gelijkaardige resultaten opgeleverd. In Nederland ligt de perinatale mortaliteit tweemaal hoger bij de allochtonen dan bij de Nederlandse kinderen (Mackenbach 1997). In Vlaanderen zijn er eveneens bewijzen voor een hogere perinatale mortaliteit bij de kinderen uit immigrantengezinnen en dan vooral bij kinderen met een Turkse moeder (Vranken 1998).

Tussen 1981-84 en 1998 is de perinatale mortaliteit met de helft gedaald bij de kinderen met een Belgische moeder. Spijtig genoeg wordt dezelfde sterke daling niet vastgesteld bij de kinderen met een Marokkaanse moeder (- 12 %) of een Turkse moeder (- 20 %)³.

In de loop van dezelfde periode is de kindersterfte (0-1 jaar) met 60 % afgenomen voor de kinderen met een Belgische of Marokkaanse moeder, terwijl ze slechts met 19 % gedaald is voor de kinderen met een Turkse moeder. Men stelt dus vast dat het verschil in foeto-infantiele mortaliteit groter wordt tussen de kinderen van een Belgische moeder en de kinderen met een moeder van Turkse of Marokkaanse nationaliteit. Voor de periode 1981-84 was het risico om te sterven voor de leeftijd van één jaar 1,6 maal groter voor Turkse kinderen dan voor Belgische kinderen. In 1998 was dit risico reeds gestegen tot 3,5. Verschillende studies tonen aan dat de frequentie voor congenitale misvormingen en wiegendood onder de foeto-infantiele doodsoorzaken veel hoger ligt bij de kinderen van Turkse moeders (Alexander 1995, Mackenbach 1997).

De factoren die deze verschillen en hun toename kunnen verklaren, zijn niet duidelijk. Ze zijn in ieder geval niet toe te schrijven aan een groter aantal vroeggeboorten of aan meer kinderen met een laag geboortegewicht (figuren 5 en 6). De sociaal-economische omstandigheden, de leeftijd van de moeder bij de geboorte, de pariteit, de toegang tot pre- en perinatale medische zorgen of specifieke culturele gewoonten zijn allemaal hypothetische factoren die verder onderzocht zouden moeten worden. Een kwalitatief onderzoek in Brussel bij Turkse en Marokkaanse vrouwen en de prenatale diensten suggereert dat de interactie tussen de diensten en de zwangere vrouwen aan de basis kan liggen van een minder doeltreffende prenatale opvolging. Daarin situeren zich specifieke culturele gezondheidsaspecten, zoals de verschillen in ziektevoorstelling, het typische hulpzoekgedrag, communicatieproblemen, enz. (Lenaerts 1995).

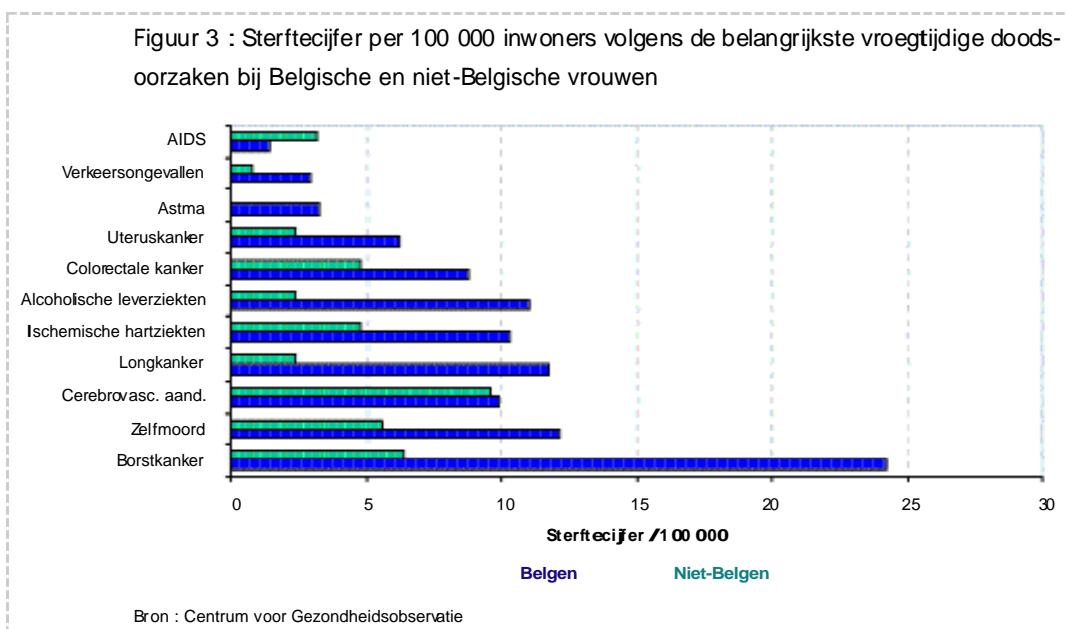
3 Uitgevoerde berekeningen gebaseerd op de gegevens gepubliceerd door ESOC, Peeters 1989

3 _ Een lagere vroegtijdige mortaliteit

De vroegtijdige mortaliteit (vóór 65 jaar) is veel groter onder de Belgische bevolking dan onder de niet-Belgen. De figuren 2 en 3 geven de belangrijkste oorzaken weer van het vroegtijdig overlijden bij de Belgen en de niet-Belgen. Voor de meeste vroegtijdige doodsoorzaken liggen de mortaliteitscijfers veel hoger bij de Belgen. Voor infectie- en parasitaire ziekten (zoals aids en tuberculose) liggen de mortaliteitscijfers het hoogst bij de niet-Belgen.

Deze verschillen zijn verbonden met de levenswijze. Een groter aantal personen van niet-Belgische origine rookt niet, drinkt geen of weinig alcohol, gebruikt minder dierlijke vetten, maar veel meer fruit en groenten, enz⁴.

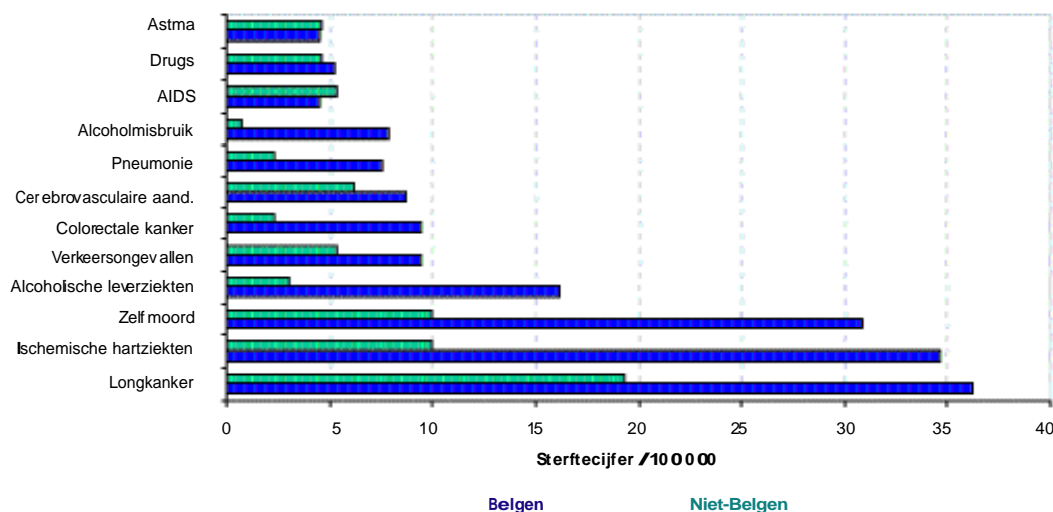
Bij de vrouwen ligt het vroegtijdig mortaliteitscijfer voor borstkanker 3,8 maal hoger bij de Belgen dan bij de niet-Belgen. De belangrijkste oorzaak voor vroegtijdig overlijden bij de niet-Belgische vrouwen zijn de cerebrovasculaire aandoeningen.



Bij de mannen zijn de verschillen voor overlijdens die verband houden met alcohol zeer opvallend. De Belgen sterven 10 maal meer aan alcoholintoxicatie dan de niet-Belgen en 5 maal meer aan levercirrose dan de niet-Belgen.

⁴ Onderzoeken uitgevoerd in andere landen tonen aan dat de immigrantenpopulaties langzaam, over 1 of 2 generaties, de gewoonten aannemen van de autochtonen. Deze nieuwe generaties nemen vaker de Belgische nationaliteit aan en verschijnen dus niet meer als niet-Belgen in de mortaliteitsstatistieken, maar de verschillen in mortaliteit tussen Belgen en niet-Belgen blijven toch nog bestaan.

Figuur 4 : Sterftecijfer per 100 000 inwoners volgens de belangrijkste vroegtijdige doods-oorzaken bij Belgische en niet-Belgische mannen



Bron : Centrum voor Gezondheidsobservatie

9 _ 2 Morbiditeit

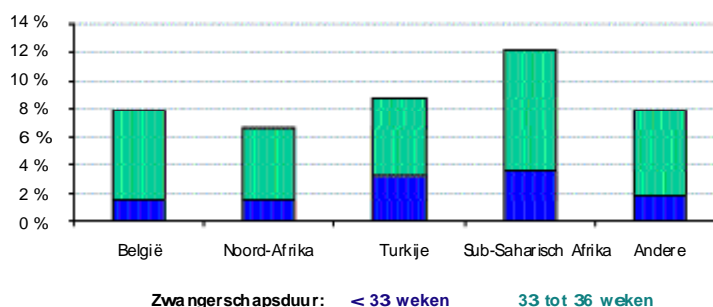
Een belangrijk deel van de niet-Belgische Brusselaars leeft in precaire sociaal-economische omstandigheden. Deze omstandigheden beïnvloeden hun gezondheid uiteraard op dezelfde manier als deze van de Brusselaars van Belgische nationaliteit die in gelijkaardige omstandigheden leven. De ongelijkheid met betrekking tot de gezondheid ten gevolge van de sociaal-economische status zoals deze in het vorige hoofdstuk beschreven werd, heeft met andere woorden betrekking op alle Brusselaars, van welke etnische of geografische origine ze ook mogen zijn. Wij bespreken hieronder alleen die gezondheidsproblemen die specifiek zijn voor de bevolkingsgroepen van niet-Belgische oorsprong.

1 _ Bij het kind

De problematiek van vroeggeboorten varieert volgens de nationaliteit van de moeder

Het aantal vroeggeboorten is veel lager bij kinderen van Noord-Afrikaanse afkomst en veel hoger bij kinderen waarvan de moeder afkomstig is uit Sub-Saharisch Afrika (figuur 5). Voor deze laatste groep kan dat gedeeltelijk de hogere perinatale mortaliteit verklaren. Men stelt eveneens een groter aantal ernstige vroegtijdige geboorten (< 33 weken) vast bij kinderen van Turkse moeders. Hetzelfde werd ook vastgesteld in Nederland (Mackenbach 1997). Dit kan eventueel voor een gedeelte de hogere foeto-infantiele mortaliteit bij deze kinderen verklaren.

Figuur 5 : Cijfer voor vroeggeboorten (< 37 weken) volgens nationaliteit van de moeder, Brussel 1998

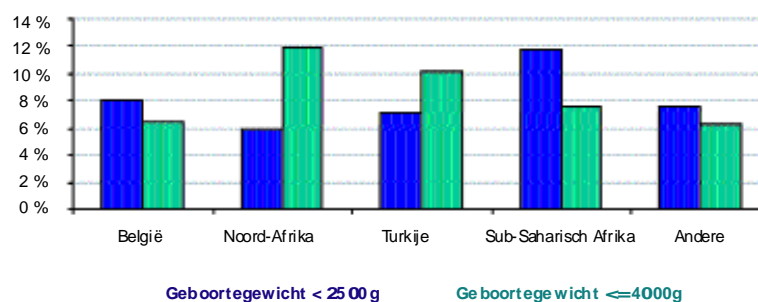


Bron : Centrum voor Gezondheidsobservatie

Een hoger geboortegewicht en veel vaker een overgewicht tijdens de eerste kinderjaren

Kinderen met een moeder van Maghrebijnse of Turkse afkomst hebben zeer vaak een hoog geboortegewicht. De kinderen waarvan de moeder van een Sub-Saharisch Afrikaanse origine is, lopen daarentegen een veel hoger risico op een laag geboortegewicht (figuur 6).

Figuur 6 : Aandeel geboorten met laag geboortegewicht en hoog geboortegewicht (macrosomie) volgens nationaliteit van de moeder, Brussel 1998



Bron : Centrum voor Gezondheidsobservatie

Het geboortegewicht ligt gemiddeld hoger bij kinderen van Noord-Afrikaanse oorsprong. Dit werd reeds in meerdere studies beschreven, zowel in België als in Marokko. De voedingsfactoren kunnen deze verschillen verklaren (Buekens 1998).

Immigrantenkinderen vertonen rond de leeftijd van 3 jaar 3 maal meer een overgewicht dan de Belgische kinderen (2 maal meer rond de leeftijd van 5 jaar). Men stelt vast dat, in de loop van de eerste kinderjaren, het geheel van de percentielen van de curve van de body mass index (gewicht/lichaamslengte²) afwijkt naar boven voor de immigrantenkinderen (De Spiegelaere 1998).

De voedingsfactoren die aan de oorsprong liggen van dit fenomeen blijven bestaan gedurende meer dan één generatie. De Belgische kinderen waarvan de moeder afkomstig is uit een land rond de Middellandse Zee blijven effectief vaker een overgewicht vertonen op 5 jaar (Centrum voor Gezondheidsobservatie 2000).

Deze vaststelling heeft minder te maken met de traditionele voeding in het land van oorsprong dan met de wijze waarop de moeders de voedingsgewoonten en – middelen van het land van ontvangst overnemen (De Spiegelaere 1998).

Genetische afwijkingen van hemoglobine doen zich frequenter voor in Brussel

Hemoglobinopathieën (thalassemie, sikkelcelanemie) zijn een aantal ernstige genetische aandoeningen en de oorzaak van heel wat leed, zware bloedarmoede en ernstige, soms dodelijke infecties. Deze aandoeningen zijn bijzonder frequent in de Antillen, Guyana en Zwart Afrika, maar ook op Réunion, in Noord-Afrika en in alle landen rond de Middellandse Zee. Het opsporen van de getroffen baby's, en dit vanaf de allereerste levensmaanden, verhoogt de overlevingskansen, dankzij de toediening van antibiotica en aangepaste vaccins.

Een experimenteel opsporingsprogramma voor sikkelcelanemie bij neonatici werd in Brussel opgestart in 1994. De risicopopulatie in deze stad is immers een van de grootste in Noord-West Europa. Per 2 000 geboorten wordt ongeveer 1 geval van sikkelcelanemie opgespoord. Het totaal aantal opgespoorde ernstige vormen van hemoglobinopathie bedraagt 1 geval op 1 688 geboorten (met andere woorden, men spoort gemiddeld 6 tot 8 gevallen per jaar op van deze aandoeningen) (Gulbis 2000).

Vaccinaties

Bij een gelijke sociaal-economische status is de vaccinatiegraad bij de immigrantenkinderen vergelijkbaar met deze bij de Belgische kinderen (De Spiegelaere 1998). Ze worden veel meer gevaccineerd door de preventieve diensten van ONE en Kind & Gezin dan de Belgische kinderen (Swennen en Depoorter 2001).

Over het algemeen stelt men vast dat de systematische vaccinatiestrategieën (preventieve diensten, vaccinatie binnen het schoolmilieu) bijzonder doeltreffend zijn voor de immigrantenfamilies (De Spiegelaere 1998).

Een veel hogere prevalentie voor tandcariës

Immigrantenkinderen vertonen op de leeftijd van 5 jaar veel vaker tandcariës dan de Belgische kinderen, zelfs na controle voor de sociale klasse. De kinderen van Maghrebijnse afkomst lijken hieraan vaker blootgesteld te zijn. Deze verschillen vlakken af met de leeftijd en zijn niet meer significant bij de adolescenten (Declerck 1995, De Spiegelaere 1998).

Een onderzoek in Laag-Molenbeek heeft een vergelijking getrokken tussen de immigrantenkinderen van Marokkaanse afkomst en de Europese kinderen en dit voor verschillende determinanten van de tandgezondheid. De auteurs stellen geen statistisch significante verschillen vast wat betreft de regelmaat van tandenpoetsen. De immigrantenkinderen kregen minder vaak fluoridesupplementen tijdens de eerste kinderjaren. Men registreert een groter aantal Marokkaanse kinderen die meer dan 3 maal per dag "snacks" verbruiken of snoepgoed op school.

De immigrantenouders zijn minder goed geïnformeerd over de oorzaken van tandcariës en de preventieve verzorgingsmogelijkheden. Ze consulteren de tandarts meestal alleen maar als er problemen zijn (Declerck 1995).

2 _ Bij de volwassenen

De hoge frequentie van infecties zoals tuberculose en aids in Brussel wordt gedeeltelijk verklaard door het relatief grote aantal Brusselaars afkomstig uit landen waar deze aandoeningen sterk verspreid zijn. Van de nieuwe gevallen van tuberculose voor het jaar 1999 in Brussel ging het in 67 % van de gevallen om mensen van een vreemde nationaliteit. Van hen kwam 27 % uit Europa, 29 % uit Noord-Afrika en 30 % uit Sub-Saharisch Afrika (FARES/VRGT 1999). Onder de mensen afkomstig uit landen met een hoge prevalentie⁵ bedraagt de incidentie van tuberculose 144,8/100 000. Ze is, met andere woorden, 10 maal groter dan bij de autochtonen.

Voor het geheel van België is 57 % van de HIV-seropositieven niet van Belgische nationaliteit. Zo een 3/4 van hen zijn afkomstig uit Sub-Saharisch Afrika, 17 % zijn Europeanen en 3 % is afkomstig uit Noord-Afrika. Meer dan 2/3 werd besmet via heteroseksueel contact (tegenover 30 % onder de Belgische patiënten) (Sasse 2000).

We beschikken niet over gegevens omtrent de prevalentie van andere, meer specifieke problemen bij de immigrantenpopulaties. Een onderzoek uit 1984 dat gedeeltelijk in Brussel gevoerd werd, heeft aangetoond dat het type van gezondheidsproblemen waarmee de huisarts geconfronteerd wordt, niet verschilt volgens de etnische oorsprong van de patiënten. De geïmmigreerde patiënten presenteren zich vaker met "vage" klachten dan de Belgische patiënten. De Belgische patiënten presenteren zich vaker met cardiovasculaire of "zenuw-klachten" en tweemaal meer met psychologische problemen (Van der Stuyft 1989). De aandoeningen waar de Brusselaars van niet-Belgische origine aan lijden mogen dan al niet verschillend zijn, de manier waarop ze deze beleven, er uitdrukking aan geven en naar de gezondheidszorg toestappen, kunnen zeer sterk beïnvloed zijn door verschillen in cultuur. De behoefte aan culturele bemiddeling is bijgevolg bijzonder groot in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, zelfs al kunnen er niet onmiddellijk cijfers op gekleefd worden (Verrept 2000).

3 _ "Mensen zonder papieren": hoe verzorgen ze zich

Een aantal mannen, vrouwen en kinderen onder de niet-Belgische Brusselaars bevinden zich in een illegale toestand of wachten op regularisatie. Voor deze mensen is de toegang tot de gezondheidszorg bijzonder moeilijk.

⁵ Dit wil zeggen, alle landen van Azië (behalve Japan en Israël), alle landen van Afrika, Centraal en Zuid-Amerika, Oost-Europa, Ex-Joegoeslavië en Turkije (Fares 1999).

Het KB betreffende de Dringende Medische Hulpverlening (DMH)⁶ diende de toegang tot de hulpverlening te regelen voor bepaalde gezondheidsproblemen. De toepassing ervan ligt echter moeilijk, voornamelijk voor de ambulante zorgen. Welke types van zorgen hieronder vallen, wordt verschillend geïnterpreteerd naargelang het OCMW of de hulpverlener.

De diensten die gratis hulp verlenen, zoals bijvoorbeeld de consultaties van Artsen Zonder Grenzen en die bemand worden door artsen-vrijwilligers, ontvangen steeds meer " mensen zonder papieren " (clandestienen, uitgeprocedeerde kandidaat-vluchtelingen, mensen in afwachting van regularisatie, kandidaatvluchtelingen, enz.) (Artsen Zonder Grenzen 1999).

De Brusselse wijkgezondheidscentra stellen eveneens vast dat de mensen zonder papieren zich meer en meer tot hen richten (Project Gezondheid en Cultuur Vierde Wereld oktober 2000). De preventieve diensten voor kinderen (ONE en Kind & Gezin), zijn eveneens belangrijke actoren in het aanbod van zorgen aan "mensen zonder papieren" (Medisch Steunpunt Mensen Zonder Papieren 2000). De onregelmatige situatie van deze personen bemoeilijkt het verzamelen van representatieve gegevens over hun gezondheidsbehoeften. De schaarse gegevens van de gezondheidsdiensten tot dewelke zij zich wenden, maakt het alleszins mogelijk om een ruw beeld te krijgen op enkele van de voorgelegde problemen.

De consultatie van Artsen Zonder Grenzen in Brussel wordt gedurende de laatste jaren steeds meer bezocht. De kinderen van minder dan 15 jaar maken er 12 % uit van het patiëntenbestand. Het patiëntenbestand is bijna exclusief samengesteld uit mensen van een vreemde nationaliteit (de Belgen maken 5 % uit van het patiëntenbestand). De mensen van een Congolese, Roemeense, Equatoriaanse, Marokkaanse, Algerijnse en Poolse nationaliteit vertegenwoordigen meer dan de helft van de consultants. 72 % van de consultants woont in een gemeente van de eerste kroon, 6 % heeft geen vaste woonplaats. Van de niet-Belgische bevolkingsgroepen bevindt 70 % van de patiënten zich in de illegaliteit (uitgeprocedeerden en clandestienen), met andere woorden zonder enige sociale dekking. 17,5 % van de patiënten heeft asiel aangevraagd. De OCMW's en de onthaalcentra zijn bevoegd om hen van medische verzorging te voorzien, maar de complexiteit van de aanvraagprocedures en de administratieve of geografische hindernissen (voor de mensen die niet in het centrum wonen) maken de toegang tot de zorg moeilijk. 64 % van de patiënten zoekt daarom hulp voor algemene geneeskundige klachten, 15 % voor tandproblemen (Artsen Zonder Grenzen 1999).

De vereniging Medisch Steunpunt Mensen Zonder Papieren heeft een actie-onderzoek uitgevoerd om een beter inzicht te verwerven in de problematiek van de kinderen zonder wettig verblijf en met een chronische aandoening. De helft van de 74 deelnemende kinderen was geboren in België. Bij een kwart van hen lag het gezondheidsprobleem aan de basis van de beslissing om naar België te komen.

⁶ Het recht op dringende medische hulpverlening is gedefinieerd in het artikel 57§2 van de organieke wet op het OCMW van 8 juli 1976. Voor mensen die irregulier in het land verblijven, beperkt de sociale hulp zich tot het recht op dringende medische hulpverlening. Het KB van 12/12/1996 preciseert dat de DMH een strikt medisch karakter heeft en dat de financiële hulp voor logement of andere materiële noden niet beschouwd kunnen worden als dringende medische hulp. Het KB preciseert eveneens dat de DMH ook preventieve en curatieve zorgen kan omvatten en dat deze zowel ambulant als in een verzorgingsinstelling aangeboden kunnen worden (Medisch Steunpunt Mensen Zonder Papieren 2000).

De gezondheidsproblemen die het meest voorkomen, zijn ademhalingsproblemen, neurologische aandoeningen, aangeboren afwijkingen en mentale of psychomotorische handicaps. In 28 % van de gevallen verloopt er meer dan 6 maanden tussen het begin van de aandoening en het stellen van de diagnose.

Voor de kinderen die niet in België geboren zijn, houdt dit lange uitstel verband met de situatie in het land van oorsprong. Voor de kinderen die in België geboren zijn, wordt het lange uitstel vooral verklaard door de moeilijkheden om tot bij de zorgverleners te komen en de disfuncties bij de toepassing van de DMH.

De verzorging van kinderen zonder wettig verblijf en met een chronische aandoening, wordt in de praktijk al te vaak beperkt tot de allerdringendste zorgen. Deze chronische aandoeningen worden in feite dus behandeld op een acute manier. Meestal is een aangepaste en globale begeleiding, een continuering van de vereiste medicatie en een ter beschikkingstelling van de vereiste hulptoestellen onmogelijk. Een hospitalisatie of een verzorging via een dienst voor spoedopname is meestal mogelijk via de Dringende Medische Hulpverlening, maar de onderzoeken om een diagnose te kunnen stellen, de ambulante consultaties en de paramedische prestaties geven reële problemen. De duur van de wachttijden vooraleer men een antwoord krijgt over de eventuele regeling van de verzorging is vaak veel te lang (Medisch Steunpunt Mensen Zonder Papieren 2000).