



## Gezondheidsindicatoren van het Brussels Gewest

# Chronische ziekten

## Inhoud

|  |    |
|--|----|
| 1. Inleiding                             | 1  |
| 2. Overzicht van chronische aandoeningen | 2  |
| 3. Impact op het dagelijks functioneren  | 2  |
| 4. Aandoeningen van het bewegingsstelsel | 4  |
| 5. Allergieën                            | 4  |
| 6. Chronische longaandoeningen           | 5  |
| 7. Hart- en vaatziekten                  | 7  |
| 8. Migraine                              | 10 |
| 9. Diabetes                              | 10 |
| 10. Kanker                               | 12 |
| 11. Tabaksgelateerde aandoeningen        | 16 |
| 12. Alcoholgerelateerde aandoeningen     | 17 |
| 13. Obesitas                             | 20 |
| 14. Conclusie                            | 21 |

## Colofon

► Auteurs > Sarah MISSINNE, Peter VERDUYCKT, David HERCOT ► Lay-out > Nathalie DA COSTA MAYA, CDCS vzw ► Voor meer informatie > Tel.: 02/552 01 89 > [observat@ccc.irisnet.be](mailto:observat@ccc.irisnet.be) > [www.observatbru.b](http://www.observatbru.b) ► Gelieve te verwijzen als > Missinne S., Verduyck P., Hercot D. *Gezondheidsindicatoren van het Brusselse Gewest - Chronische ziekten*. Observatorium voor Welzijn en Gezondheid van Brussel-hoofdstad, Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. Brussel 2017 ► Depotnummer > D/2017/9334/36 ► Cette publication existe aussi en français

## 1. Inleiding

In dit dossier wordt een overzicht gegeven van de meest voorkomende chronische aandoeningen in het Brussels Gewest. Langdurige aandoeningen kunnen een ernstige invloed hebben op het dagdagelijkse functioneren, de algemene levenskwaliteit en het verloop van andere ziekten (multimorbiditeit). We gaan in op de morbiditeit, mortaliteit en bepaalde risicofactoren van veelvoorkomende chronische aandoeningen. Bepaalde thema's worden in andere dossiers besproken zoals mentale gezondheid, ongevallen, infecties, ongevallen en invaliditeit. De socio-economische ongelijkheden zullen eveneens in een ander dossier worden uitgewerkt. Alle publicaties en verder informatie kunnen op [www.observatbru.be](http://www.observatbru.be) worden teruggevonden.

Voor dit overzicht wordt hoofdzakelijk gebruik gemaakt van drie bronnen. Een belangrijke informatiebron is de Belgische Gezondheidsenquête, uitgevoerd door het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid (WIV) en waarvan de GGC mede-opdrachtgever is. Deze enquête is sinds 1997 een belangrijke informatiebron over de gezondheidstoestand en bepaalde gezondheidsbepalende factoren van de bevolking. De belangrijkste bron voor mortaliteitscijfers zijn de Statistische Formulieren voor Overlijden. De overlijdensgegevens van 1998 tot en met 2013 zijn beschikbaar voor deze publicatie. Voor de informatie over kanker, zijn de gegevens van het Stichting Kankerregister<sup>[1]</sup> onontbeerlijk.

<sup>1</sup> <http://www.kankerregister.org/>

## 2. Overzicht van chronische aandoeningen

Ongeveer één op de drie Brusselaars rapporteert een langdurige aandoening. De drie meest vermelde chronische aandoeningen bij mannen zijn lage rugpijn, verhoogde cholesterol en allergieën<sup>[2]</sup>. Daarnaast heeft minstens één man op acht last van een verhoogde bloeddruk. Naast eveneens lage rugpijn en allergieën, vermelden vrouwen het vaakst last te hebben van artritis of artrose (20 %). Bij vrouwen komen daarnaast ook nekproblemen, verhoogde cholesterol en ernstige hoofdpijn voor bij minstens één op de acht (tabel 1).

| Tabel 1                                      | Percentage van de bevolking met een (frequent voorkomende) chronische aandoening in de afgelopen 12 maanden, naar geslacht, Brussels Gewest, 2013 |             |
|--|---|-------------|
|  | Mannen (%)  | Vrouwen (%) |
| <b>Aandoeningen van het bewegingsstelsel</b> |   |             |
| Lage rugpijn                                 | 17,9  | 22,1        |
| Artritis of artrose                          | 9,7   | 20,4        |
| Nekprobleem                                  | 9,6   | 16,1        |
| Osteoporose                                  | 0,6   | 6,3         |
| <b>Cardiovasculaire risicofactoren</b>       |   |             |
| Verhoogde bloeddruk                          | 14,1  | 17,3        |
| Verhoogde cholesterol                        | 16,8  | 15,8        |
| <b>Aandoeningen van de ademhalingswegen</b>  |   |             |
| Allergie                                     | 14,4  | 18,4        |
| Astma  | 5,8   | 5,6         |
| <b>Andere aandoeningen</b>                   |   |             |
| Ernstige hoofdpijn zoals migraine            | 7,7   | 13,0        |
| Langdurige vermoeidheid                      | 7,6   | 10,2        |
| Depressie                                    | 6,8   | 8,4         |
| Diabetes                                     | 6,1   | 5,7         |
| Schildklierlijden                            | 1,8   | 10,3        |
| Urinaire incontinentie                       | 3,0   | 5,2         |

Bron: Gezondheidsenquête, Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid, 2013

Voor de meeste van deze chronische aandoeningen, heeft de grote meerderheid van de Brusselaars een dokter of een andere gezondheidswerker gecontacteerd. Bijna alle mannen en vrouwen met osteoporose, een verhoogde bloeddruk, diabetes en schildklierlijden deden beroep op hulp (meer dan 90 %). Iets minder mannen gingen op zoek naar zorg voor hun lage rugpijn, ernstige hoofdpijn en allergieën (62-71 %).

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

Vrouwen gaan het minst op zoek naar medische hulp voor allergieën, ernstige hoofdpijn en urinaire incontinentie, maar wel nog meer dan de helft van de patiënten zoekt hulp (61-64 %). De medische opvolging voor de andere chronische aandoeningen ligt tussen deze waarden in.

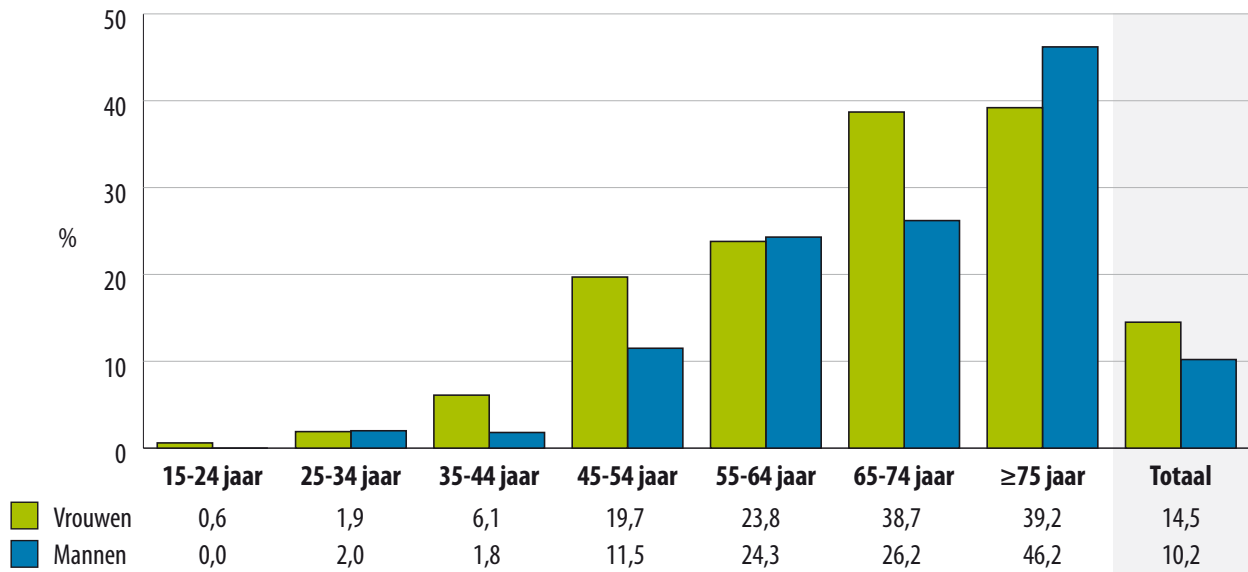
Volgens de gegevens van het Inter mutualistisch agentschap (IMA), hebben 7,4 % van de rechthebbenden van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest een statuut van een chronische aandoening in 2014. Dit statuut geeft recht op voordelen zoals de derdebetalersregeling, of een vermindering van de remgelden in het kader van de maximumfactuur. Dit is minder dan in Vlaanderen (9,1 %) en in Wallonië (10,3 %). Slechts een minderheid krijgt een forfait voor chronische ziekten. Dit is een tegemoetkoming indien de patiënt per jaar voor minstens € 450 aan persoonlijke aandelen uitgaf (€ 365 voor mensen met een verhoogde tegemoetkoming). Het toegekende bedrag hangt af van de specifieke 'afhankelijkheidssituatie' waarin men zich bevindt. In 2013, gaat het over 1,2 % van de ingeschreven Brusselaars en over respectievelijk 1,7 % in Vlaanderen en 1,8 % in Wallonië. De lagere cijfers in Brussel kunnen deels verklaard worden door de jongere leeftijdsstructuur van de Brusselse bevolking. Meer algemeen ligt het percentage personen met een chronisch statuut of met het recht op een forfait voor chronische ziekten, een heel stuk lager dan de één op drie personen die een chronische ziekte rapporteerden in de gezondheidsenquête.

## 3. Impact op het dagelijks functioneren

Twee derde van de Brusselaars met een langdurige aandoening ondervindt hierdoor **beperkingen in het dagelijkse leven en/of is hierdoor bedlegerig**. Er zijn geen significante verschillen tussen mannen en vrouwen. Ouderen met een langdurige aandoening zijn hierdoor vaker beperkt (65,9 % bij 65-74 jarigen en 73,9 % bij de 75 plussers), maar ook jongeren (15-24 jaar) met langdurige aandoeningen ervaren hierdoor systematische beperkingen (58,5 %) (cijfers van 2008-2013 samen, niet geïllustreerd).

Meer dan één Brusselaar op tien rapporteert meer dan één chronische ziekte (12,4 %). Het percentage Brusselaars met **multimorbiditeit**<sup>[3]</sup> neemt sterk toe met de leeftijd en komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen, behalve bij de 75-plussers (figuur 1). Personen met multimorbiditeit ondervinden des te meer beperkingen in het dagelijkse leven, zijn extra vatbaar voor complicaties tijdens de behandeling en voor vroegtijdige sterfte (Van der Heyden, 2014).

3 Voor de gezondheidsenquête wordt multimorbiditeit gedefinieerd als minstens twee van de volgende zes chronische aandoeningen: hartziekte, chronische longziekte, diabetes, kanker, artritis en/of artrose en hypertensie.

**Figuur 1** Percentage van de populatie (15 jaar of ouder) met multimorbiditeit, Brussels Gewest, 2013

Bron: Gezondheidsenquête, Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid, 2013

Onder de 65 plussers met multimorbiditeit, rapporteert ongeveer de helft (47,8 %) beperkingen in dagelijkse activiteiten (bijvoorbeeld in en uit bed stappen) en 70,6 % ondervindt beperkingen in activiteiten in het huishouden (bijvoorbeeld maaltijden bereiden) in 2013. Hun leeftijdsgenoten zonder multimorbiditeit ervaren dergelijke beperkingen in respectievelijk 17,8 % en 35,7 % van de gevallen.

Ook komt **werkverzuim wegens medische redenen** steeds vaker voor. In België bestaat er geen nationale registratie van afwezigheid op het werk wegens ziekte. Het RIZIV registreert namelijk enkel afwezigheden waarvoor een uitkering wordt gegeven. Aangezien de loonwaarborging eerst voor een bepaalde periode ten laste van de werkgever valt, ontbreken dus gegevens over de niet langdurige afwezigheden (Cuyckens & Flion, 2002). Uit de gezondheidsenquête kunnen we wel afleiden dat 38 % van de beroepsactieve bevolking (15-64 jaar) het laatste jaar minstens 1 dag afwezig is geweest omwille van gezondheidsredenen. Dit percentage is significant hoger bij vrouwen (44,8 %) dan bij mannen (32,3 %), na controle voor een verschillende leeftijdsstructuur (Demarest, 2014). Er zijn geen significante leeftijdsverschillen in de afwezigheden. Voor afwezigheden van meer dan een jaar omwille van medische redenen, verwijzen we naar het hoofdstuk over invaliditeit<sup>[4]</sup>.

Niet alle chronische ziekten zijn even ernstig of leveren even grote beperkingen op in het dagelijkse leven. Zij wegen ook niet allemaal even zwaar op de gezondheidssector. Een

andere manier om de impact van specifieke ziekten op het dagelijkse leven te definiëren is precies door te kijken naar hoe 'invaliderend' een bepaalde aandoening is. Volgens een recente studie zijn de **meest invaliderende ziekten** in België in dalende volgorde van belang: ziekten van het bewegingsstelsel, waaronder rug- en nekpijn; gevolgen van ongevallen; depressie; diabetes; migraine en chronische bronchitis (Murray, 2015). Deze volgorde verschilt van de hierboven beschreven volgorde van meest voorkomende chronische ziekten. Chronische bronchitis bijvoorbeeld brengt ernstige klachten met zich mee die een grote impact hebben op het dagelijkse leven van de patiënt en zijn/haar naasten en die veel zorg vraagt. Deze aandoening komt echter 'maar' voor bij 3 % vrouwen en 4 % van de mannen voor.

4 <http://www.observatbru.be/documents/publications/2016-invaliditeit--invalidite.xml?lang=nl>

## 4. Aandoeningen van het bewegingsstelsel

In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest geeft 15,3 % van de bevolking aan te lijden aan artritis of artrose. Beide aandoeningen worden samen bekeken, omdat vermoed wordt dat de personen zelf niet altijd correct het onderscheid kunnen maken tussen beiden. Artritis of artrose komt vaker voor bij vrouwen (20,4 %) dan bij mannen (9,7 %), en neemt gradueel toe met de leeftijd. Terwijl het onder de leeftijd van 45 jaar weinig voorkomt, heeft 18 % van de 45-54 jarigen hier last van; 29,1 % van de 55-64 jarigen; 36,0 % van de 65-74 jarigen om dan sterk toe te nemen tot maar liefst meer dan de helft van de 75-plussers (figuur 2). Er is geen significante toename of afname van artritis of artrose in Brussel tussen 1997 en 2013.

Eén op vijf Brusselaars (20,1 %) rapporteert last te hebben van **lage rugprobleem of een andere chronische rugaandoening**. Vrouwen hebben er vaker mee te maken (22,1 %) dan mannen (17,9 %), en rugklachten nemen toe met de leeftijd (figuur 2). Lage rugpijn is één van de hoofdredenen voor afwezigheid op het werk, vroegtijdige invaliditeit<sup>5</sup> en jobverlies (Nielens et al., 2006). Specifieke cijfers voor Brussel werden niet berekend. Hoewel de gegevens wat gedateerd

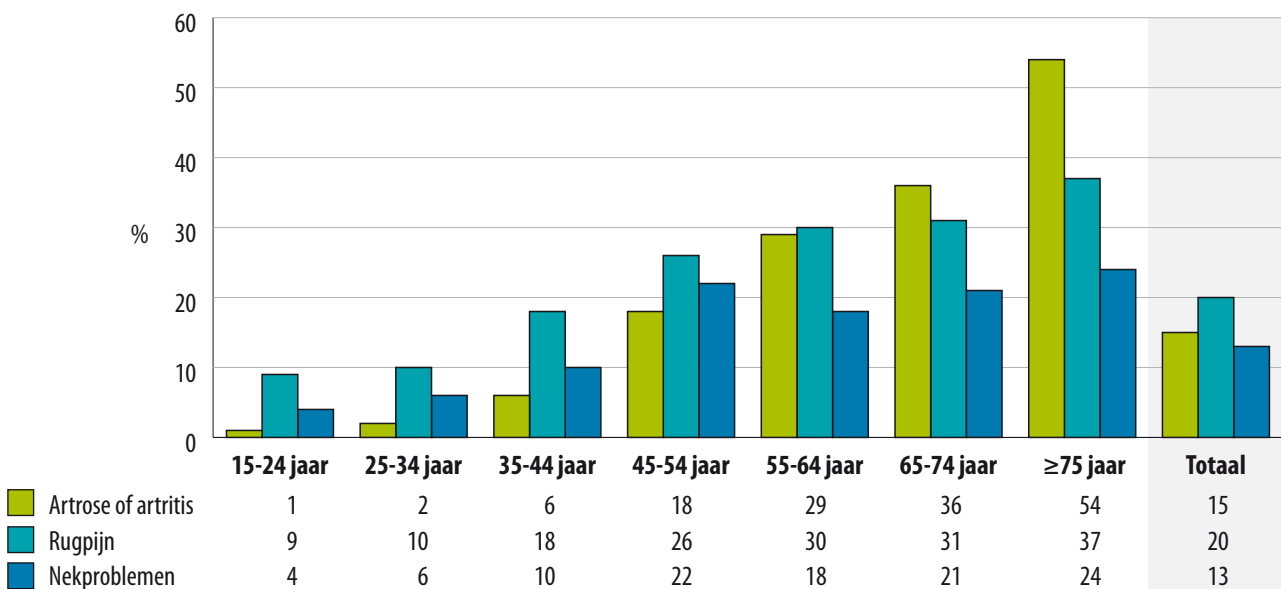
zijn, is er geen reden om aan te nemen dat de situatie grondig is gewijzigd.

Ook **nekproblemen** worden frequent gerapporteerd, namelijk door 13,0 % van de Brusselaars. Opnieuw komt dit vaker voor bij vrouwen (16,1 %) dan bij mannen (9,6 %). Ouderen rapporteren vaker nekproblemen dan jongeren, maar het patroon verloopt niet perfect gradueel (figuur 2).

## 5. Allergieën

Het jaar voorafgaand aan het interview in 2013, gaven 16,5 % van de Brusselaars aan enige vorm van allergie te hebben (neusloop, oogontsteking, huiduitslag, voedselallergie, etc. maar geen allergisch astma). Het treft iets meer vrouwen (18,4 %) dan mannen (14,4 %). Er zijn geen significante verschillen naargelang leeftijd in 2013. De prevalentie van allergieën is vrij stabiel gebleven tussen 2001 en 2013 in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (Van der Heyden, 2014).

**Figuur 2** Percentage personen met artritis of artrose, rugpijn en nekpijn naar leeftijd, Brussels Gewest, 2013



Bron: Gezondheidsenquête, Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid, 2013

5 Zie ook het hoofdstuk over invaliditeit, opgesteld door het Observatorium voor welzijn en gezondheid van Brussel: <http://www.observatbru.be/documents/publications/2016-invaliditeit--invalidite.xml?lang=nl>

## 6. Chronische longaandoeningen

### MORBIDITEIT

In 2013, verklaart 3,5 % van de Brusselaars last te hebben van **chronisch longlijden** (chronische bronchitis, chronische obstructief longlijden of emfyseem). Dit percentage is even groot voor mannen als voor vrouwen. Chronisch longlijden komt vaker voor naargelang de leeftijd toeneemt. Dit gaat om 2,6 % van de personen jonger dan 65 jaar en om 8,1 % van de personen ouder dan 65 jaar. Sinds 2001 is er een duidelijke daling in de prevalentie zichtbaar in het Brussels Gewest. Terwijl het percentage chronisch longlijders in 2001 nog 7,6 % bedroeg, is dit percentage gehalveerd tegen 2013 tot 3,5 %.

In 2013 geeft 5,7 % van de Brusselaars aan te lijden aan **astma**. Het percentage astmalijders verschilt niet tussen mannen en vrouwen en hangt niet samen met leeftijd. Er is ook geen significante wijziging in het percentage astmalijders sinds de eerste bevraging ervan in 2001.

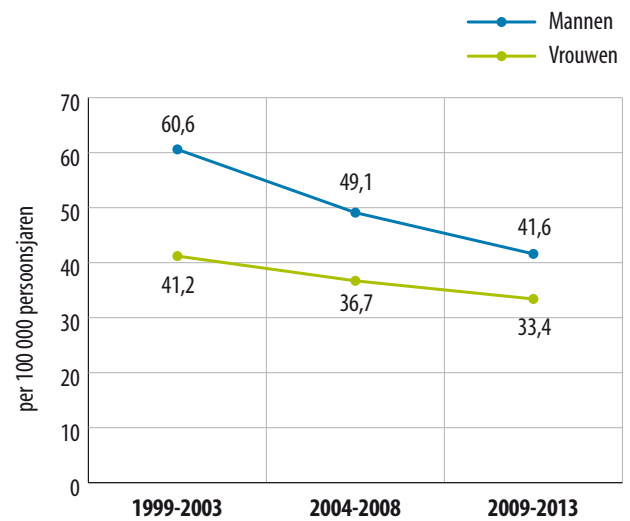
Tabaksgebruik is een grote risicofactor voor chronische longaandoeningen. Verder in het document wordt hier dieper op ingegaan.

### MORTALITEIT

Het bruto sterftcijfer is sterk afgenomen bij mannen tussen 1999 en 2013. Terwijl het nog 61 gevallen per 100 000 persoonsjaren bedroeg in 1999-2003, daalde dit tot 42 per 100 000 persoonsjaren in 2009-2013. Hierdoor is het verschil tussen mannen en vrouwen serieus afgenomen. Bij vrouwen is er weliswaar ook een daling zichtbaar in het sterfterisico tussen 1999-2013 (figuur 3), maar bij hen is deze afname aan het feit dat de bevolking verjongt in Brussel, zoals de gestandaardiseerde cijfers verderop aantonen (figuur 5).

Figuur 3

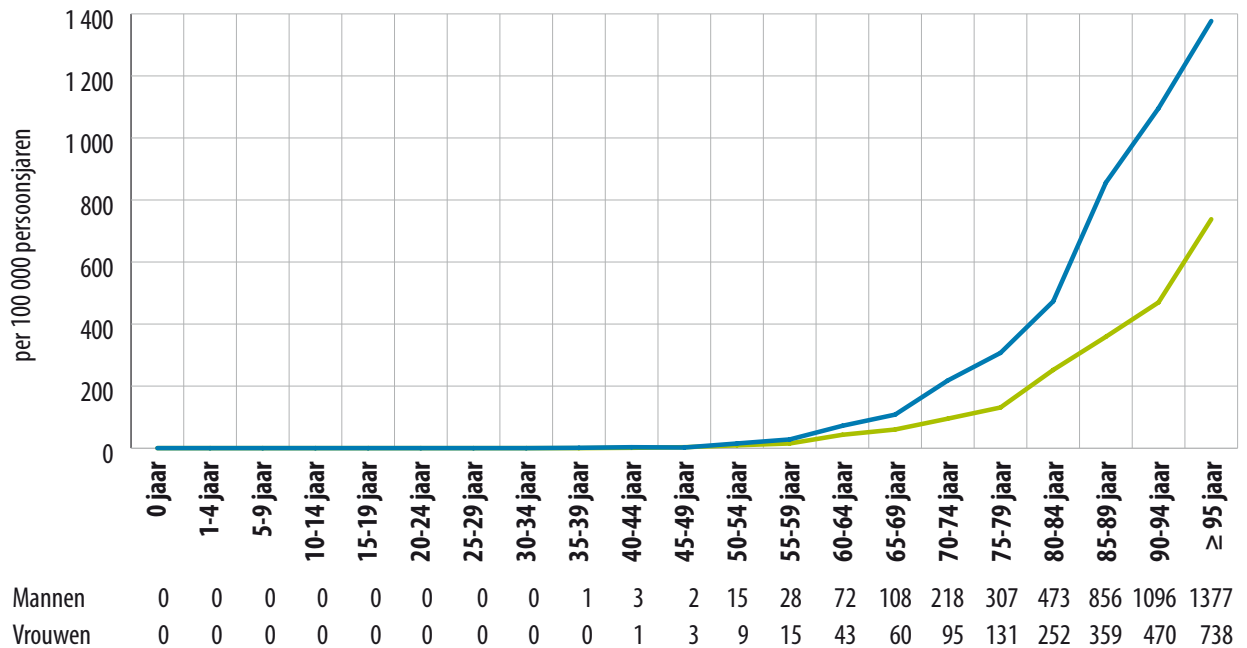
Bruto sterftcijfers door chronisch longlijden naar periode en geslacht, Brussels Gewest, 1999-2013



Bron: Statistische formulieren voor overlijden, Observatorium voor gezondheid en Welzijn Brussel

Figuur 4 toont hoe het overlijdensrisico door chronisch longlijden zeer sterk samenhangt met leeftijd. Voor de leeftijd van 50 jaar sterven er maar weinig mensen door chronisch longlijden. Voor mannen tussen de 65 en 69 jaar, worden er meer dan 100 overlijdens door chronisch longlijden opgetekend per 100 000 persoonsjaren. Dit aantal neemt nadien sterk toe tot 473 overlijdens bij de 80-84 jarigen, 1 096 bij de 90-94 jarigen en maar liefst 1 377 overlijdens per 100 000 inwoners bij de oudste leeftijdsgroep. Het mortaliteitsrisico door chronische longlijden dus veel groter naargelang stijgende leeftijd. Bij vrouwen liggen de bruto sterftcijfers een heel stuk lager, maar volgen een gelijkaardige stijgende trend naargelang de leeftijd.

**Figuur 4** Bruto sterftcijfers door chronisch longlijden naar leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2009- 2013

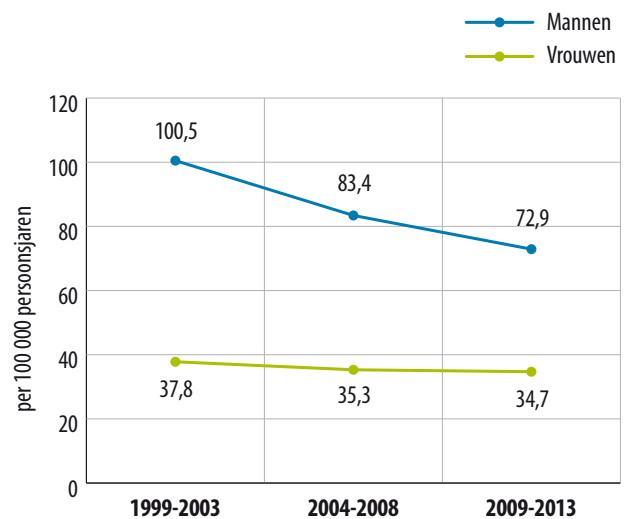


Bron: Statistische formulieren voor overlijden, Observatorium voor gezondheid en Welzijn Brussel

Bij mannen bedroeg de gestandaardiseerde sterfte, 101 per 100 000 persoonsjaren in de periode 1999-2003, 83 in 2004-2008 en 73 in 2009-2013. De daling in mortaliteit door chronische longaandoeningen bij mannen tussen 1999 en 2013 is dus niet te wijten aan een verschillende leeftijdsstructuur. Tussen 1999 en 2013 bedroeg de gestandaardiseerde mortaliteit bij vrouwen door chronische longaandoeningen tussen de 38 en 35 per 100 000 persoonsjaren. In tegenstelling tot bij de mannen, is de daling bij vrouwen bijna verdwenen, eens de leeftijdsstructuur in rekening wordt gebracht (figuur 5).

In slechts een beperkt aantal gevallen is **astma** de specifieke oorzaak van overlijden. De gestandaardiseerde mortaliteit door astma bedraagt 5 per 100 000 persoonsjaren voor mannen in 1999-2003. Dit neemt af tot 3 per 100 000 persoonsjaren in 2009-2013. Het sterfterisico door astma is even hoog bij mannen als bij vrouwen.

**Figuur 5** Gestandaardiseerde mortaliteit voor chronisch longlijden naar periode en geslacht, Brussels Gewest, 1999-2013



Bron: Statistische formulieren voor overlijden, Observatorium voor gezondheid en Welzijn van Brussel, EU2013 referentie standaardpopulatie

# 7. Hart- en vaatziekten

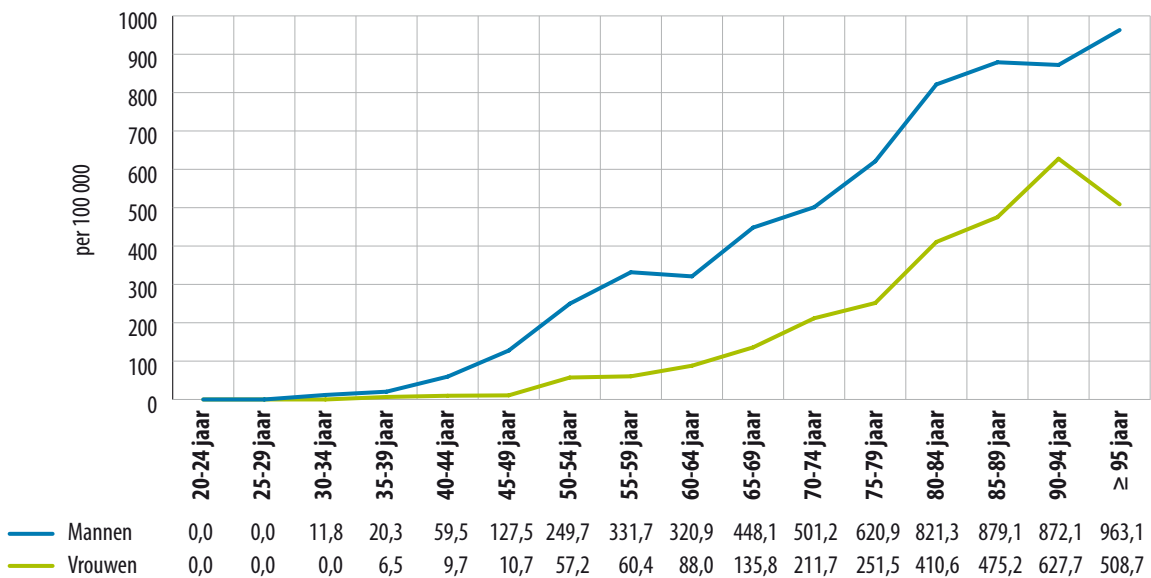
## MORBIDITEIT

Volgens de Minimale Ziekenhuis Gegevens (MZG) van de ziekenhuizen, werden er bij de Brusselaars 1 078 ziekenhuisverblijven voor **acute hartinfarcten** geregistreerd (1 158 in 2008). Deze ziekenhuisgegevens zijn slechts een

benadering van de incidentie van hartinfarcten. Ze houden geen rekening met de infarcten die geen ziekenhuisopname met zich meebrachten of die onmiddellijk de dood<sup>6</sup> tot gevolg hadden. **Figuur 6** toont aan dat de incidentie stijgt met de leeftijd en dat ze voor alle leeftijden hoger ligt voor mannen dan voor vrouwen.

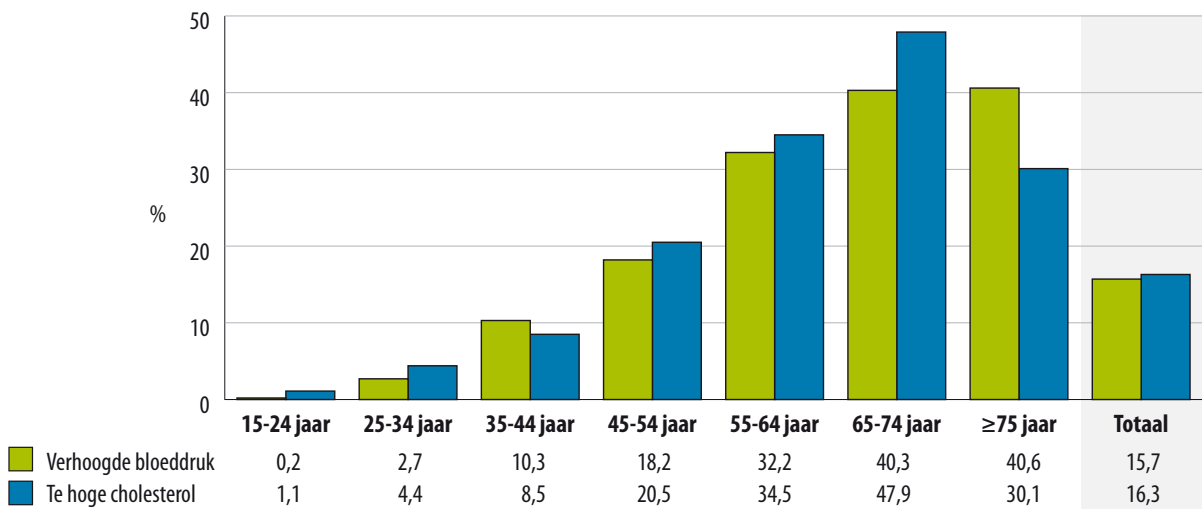
Net als aan de Minimale Ziekenhuis Gegevens, zijn er beperkingen verbonden aan de gegevens bekomen via de gezondheidsenquête voor hartinfarcten. Informatie over ernstige gevallen van een hartinfarct (of de gevolgen daarvan)

**Figuur 6** Incidentie van myocardinfarct (ziekenhuisopname) naar leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2014



Bron: FOD Volksgezondheid, MZG; Berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

**Figuur 7** Percentage personen met een te hoge bloeddruk of te hoge cholesterol naar leeftijd, Brussels Gewest, 2013



Bron: Gezondheidsenquête, Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid, 2013

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

zijn vertekend indien ze bekomen zijn via een enquête, aangezien de meest ernstige gevallen overlijden en dus niet via een enquête worden geregistreerd (Van der Heyden, 2013). Via de gezondheidsenquête krijgen we wel een goed beeld over verschillende risicofactoren voor het ontwikkelen van hart- en vaatziekten, namelijk hoge bloeddruk en verhoogde cholesterol.

In Brussel heeft 15,7 % van de bevolking een **té hoge bloeddruk**. Dit percentage is hoger bij vrouwen (17,3 %) dan bij mannen (14,1 %). Het percentage personen die hiervan last heeft, groeit met de leeftijd (figuur 7). Het percentage Brusselaars in 2013 met een te hoge bloeddruk (15,7 %) is hoger dan in 1997 (11,7 %)

In Brussel verklaart 16,3 % van de Brusselaars (Van der heyden 2013) last te hebben van een **verhoogde cholesterol**. Het percentage is hetzelfde voor mannen als voor vrouwen. Het percentage stijgt met de leeftijd tot 74 jaar (figuur 7). Bij de 75-plussers neemt het weer af. Onder hen met een verhoogde cholesterol wordt 84,0 % medisch opgevolgd, volgt 48,8 % een dieet en neemt 61,8 % geneesmiddelen.

Naast een té hoge bloeddruk en een verhoogde cholesterol, zijn ook alcoholgebruik, tabaksgebruik, ongezonde eet- en bewegegewoonten en obesitas belangrijke risicofactoren voor hart- en vaatziekten (Lim et al., 2013). Deze levensstijl factoren worden verder in dit document uitgebreid besproken.

## MORTALITEIT

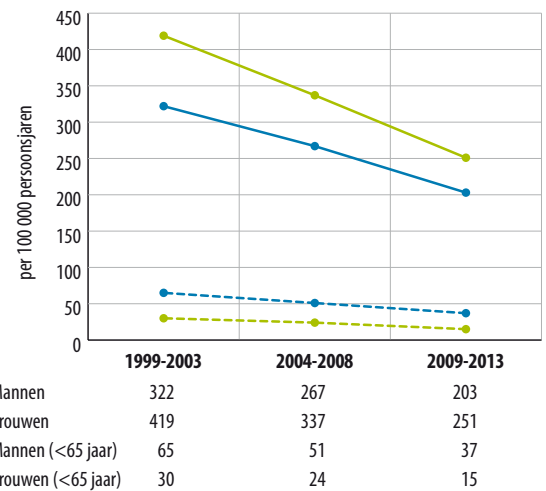
Cardiovasculaire aandoeningen zijn de belangrijkste doodsoorzaak bij de Brusselse bevolking<sup>[7]</sup>. In 2013 betrof het 26 % van alle overlijdens. Tussen 1999 en 2013 is het sterftecijfer bijna met de helft verlaagd (46 %, van 755 naar 410 overlijdens per 100 000 inwoners). De totale en vroegtijdig (voor de leeftijd van 65 jaar) bruto sterfte, gepresenteerd in **figuur 8**, laten een stevige daling zien van het overlijdensrisico aan hart- en vaatziekten voor beide geslachten en de totale bruto sterfte ligt hoger bij vrouwen terwijl de vroegtijdige mortaliteit hoger ligt bij mannen.

De daling voor deze doodsoorzaken in de laatst bestudeerde periode (2009-2013) is evenwel het gevolg van een wijziging in de codering van de doodsoorzaak door de arts op het overlijdensformulier. Waar een natuurlijke dood optrad waarvoor eigenlijk geen specifieke oorzaak kan worden aangegeven (in de onderzochte periode jaarlijks een 350-tal overlijdens) werd dit tot en met 2009 als een hartstilstand gecodeerd (ICD10-code I46) en kwamen deze zo in het hoofdstuk van de hart- en vaatziekten terecht. Vanaf 2010 werden deze evenwel gecodeerd als ademhalingsstilstand (R092) waardoor ze in de ICD10-

categorie van "symptomen en ziektebeelden onvolledig omschreven" terecht komen.

**Figuur 8**

**Bruto sterftecijfers (totaal en vroegtijdig) voor hart- en vaatziekten, naar periode en geslacht, Brussels Gewest, 1999-2013**



Bron: Statistische formulieren voor overlijden, Observatorium voor gezondheid en Welzijn Brussel

Cardiovasculaire aandoeningen hangen sterk samen met leeftijd. De bruto sterftecijfer ligt hoger bij vrouwen dan bij mannen (figuur 8) omdat ze een veel groter deel van de oudere leeftijdscategorieën vertegenwoordigen en dit ondanks de lagere sterftecijfers voor vrouwen in alle leeftijdscategorieën (figuur 9). Het verschil tussen mannen en vrouwen in de bruto sterftecijfers, hangt dus vooral samen met de verschillende leeftijdsstructuur van de vrouwelijke en mannelijke bevolking in Brussel.

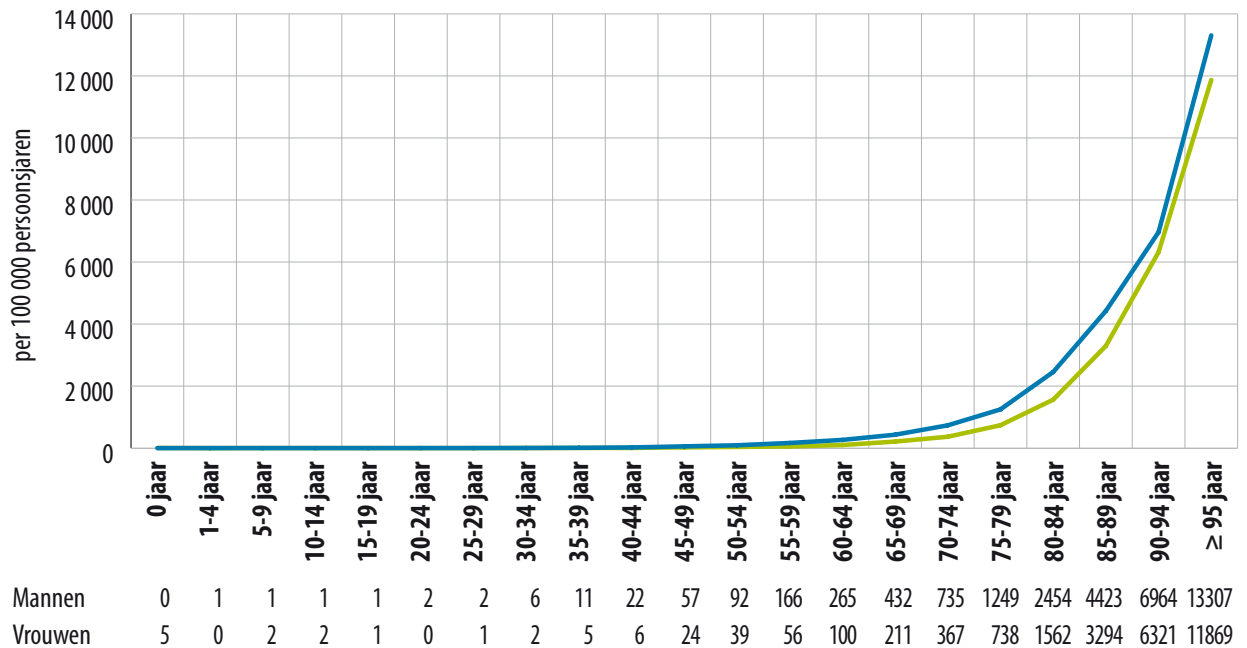
De daling van de cardiovasculaire mortaliteit, die het laatste kwart van de 20ste eeuw in veel geïndustrialiseerde landen op gang is gekomen, is grotendeels, maar niet alleen te wijten aan een wijziging van de leefgewoonten. We stellen ook een daling van de letaliteit<sup>[8]</sup> vast ten gevolge van een hartinfarct, dankzij de betere verzorging van acute gevallen en de betere secundaire preventie (Nieto, 1999; Buntinx et al., 2002).

7 <http://www.observatbru.be/documents/graphics/tableau-de-bord-sante-gezondheidsindicatoren/2017-gi-mortaliteit-brussel.pdf>

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

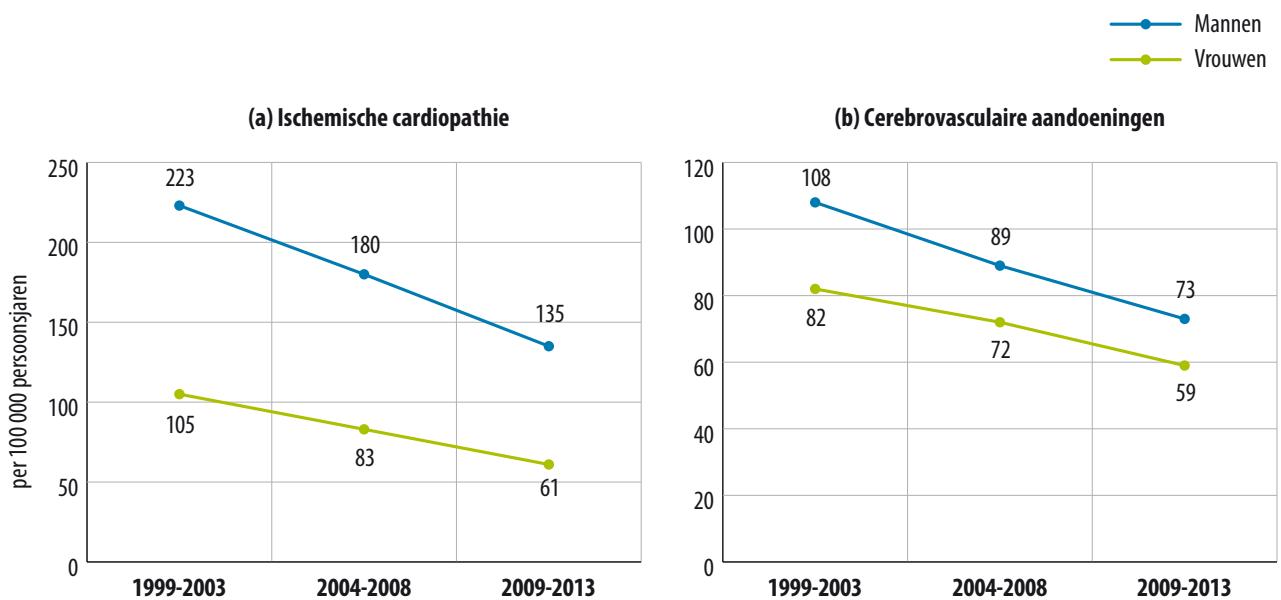


**Figuur 9** Leeftijdsspecifieke sterftcijfers voor hart- en vaatandoeningen naar geslacht, Brussels Gewest, 2009-2013



Bron: Statistische formulieren voor overlijden, Observatorium voor gezondheid en Welzijn Brussel

**Figuur 10** Gestandaardiseerd sterftcijfers voor ischemische cardiopathie (a) en cerebrovasculaire aandoeningen (b), per geslacht en periode, Brussels Gewest, 1999-2013



Bron: Statistische formulieren voor overlijden, Observatorium voor gezondheid en Welzijn van Brussel, EU2013 referentie standaardpopulatie

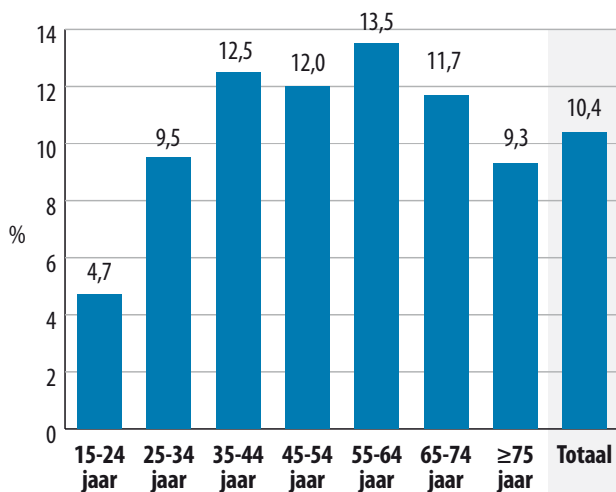
Ischemische cardiopathie en cerebrovasculaire aandoeningen zijn de twee belangrijkste oorzaken van sterfte door hart- en vaatandoeningen. In **figuur 10** worden voor beide aandoeningen de gestandaardiseerde sterftcijfers gepresenteerd. De sterfte na standaardisering voor leeftijd ligt bij mannen hoger dan bij vrouwen. De daling tussen 1999 en

2013 is voor beide aandoeningen aanwezig maar is het meest uitgesproken voor de ischemische cardiopathie. Hartstilstand komt niet in deze subcategorieën voor, waardoor duidelijk wordt dat de dalingen ook in de laatste periode weinig te maken hebben met een verandering in codering.

## 8. Migraine

Migraine is één van de 'zeer invaliderende' ziekten. In 2013, geeft 10,4% van de Brusselse bevolking van 15 jaar en ouder aan last te hebben gehad van ernstige hoofdpijn zoals migraine in de 12 maanden voorafgaand aan het interview. Vrouwen hebben er vaker last van (13,0%) dan mannen (7,7%). Het percentage mensen dat last heeft van ernstige hoofdpijn verschilt naargelang leeftijd, maar niet volgens een rechte lijn patroon (figuur 11). Het vaakst komt migraine voor bij Brusselaars tussen de 35 en 74 jaar, bij de jongeren (15-24 jarigen) is dit duidelijk minder (4,7%). In 2013, daalt de prevalentie van migraine met 4 procentpunten ten opzichte van 1997 (14,8%).

**Figuur 11** Percentage personen met migraine, Brussels Gewest, 2013



Bron: Gezondheidsenquête, Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid, 2013

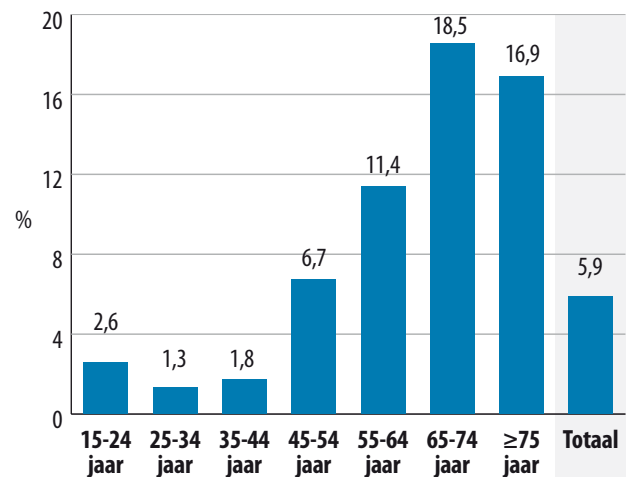
## 9. Diabetes

### MORBIDITEIT

Diabetes heeft niet alleen een impact op de mortaliteit, maar is ook de oorzaak van verschillende handicaps als gevolg van zijn microvasculaire complicaties in verschillende organen (retinopathieën, nefropathieën en neuropathieën). Veel mensen lijden aan diabetes zonder het te weten en de mortaliteit van de aandoening wordt bijgevolg onderschat. Indien diabetes optreedt tijdens de zwangerschap, kan dit leiden tot zeer ernstige complicaties bij moeder en kind (WHO, 2016).

In 2013, verklaart 5,9% van de Brusselaars ouder dan 15 jaar, aan diabetes te lijden. Het percentage verschilt niet naargelang geslacht maar verschilt wel sterk naar leeftijd. Voor de leeftijd van 44 jaar, lijken er maar heel weinig mensen aan diabetes te lijden (minder dan 2%), nadien stijgt het geleidelijk tot 18,5% bij de 65-74 jarigen en daalt dan terug licht tot 16,9% bij de 75 plussers (figuur 12).

**Figuur 12** Percentage personen met diabetes naar leeftijd, Brussels Gewest, 2013



Bron: Gezondheidsenquête, Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid, 2013

Bij de Brusselaars ouder dan 15 jaar kent de prevalentie van diabetes een duidelijke stijging tussen 1997 (3,3 %) en 2013 (5,9 %). Indien enkel naar de 65-plussers gekeken wordt, betrof dit een stijging van 8,0 % tot 17,7 %. Diabetes is vaak één van de aandoeningen, bij mensen met multimorbiditeit.

Bijna alle Brusselse patiënten met diabetes wordt hiervoor medisch opgevolgd (97,7 %), 82,5 % volgt een dieet en 89,4 % gebruikt medicatie. Het vaakst wordt orale medicatie gebruikt (80,1 %) al dan niet in combinatie met het insulineinspuitingen (31,2 %). Hoewel bijna alle diabetici medisch worden gevolgd is diabetes (vooral type 2) vaak ook niet gediagnosticeerd en onbehandeld. Hoeveel de 'echte' incidentie van diabetes bedraagt weten we dus niet. Zelfs in rijke landen wordt geschat dat het percentage niet-gediagnosticeerde diabetes tot 30 à 50 % kan zijn. Een vroege diagnose is nochtans cruciaal om zo goed mogelijk te kunnen leven met diabetes en de gezondheidsklachten zoveel mogelijk te beperken (WHO, 2016).

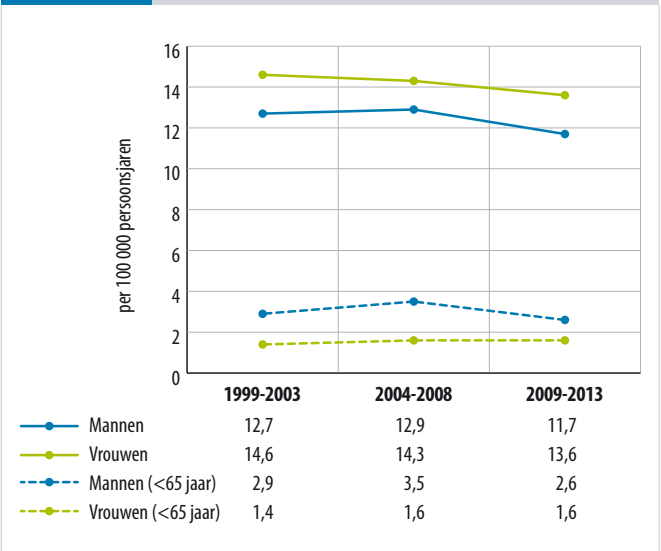
### MORTALITEIT

Voor de periode 2009-2013 bedraagt het specifieke sterftecijfer door diabetes als initiële doodsoorzaak, 14 overlijdens per 100 000 persoonsjaren voor de vrouwen en respectievelijk 12 mannelijke overlijdens. Diabetes wordt als een groeiend volksgezondheidsprobleem beschouwd. De evoluties in diabetessterfte bij mannen en vrouwen, weergegeven in **figuur 13**, kunnen dit niet zonder meer bevestigen. De overlijdensrisicos voor diabetes lijken min

of meer stabiel te blijven. Dit geldt zowel voor de bruto mortaliteitscijfers als voor de gestandaardiseerde cijfers (zie verder).

**Figuur 13**

**Totale en vroegtijdige bruto sterfte door diabetes naar geslacht en periode, Brussels Gewest, 1999-2013**

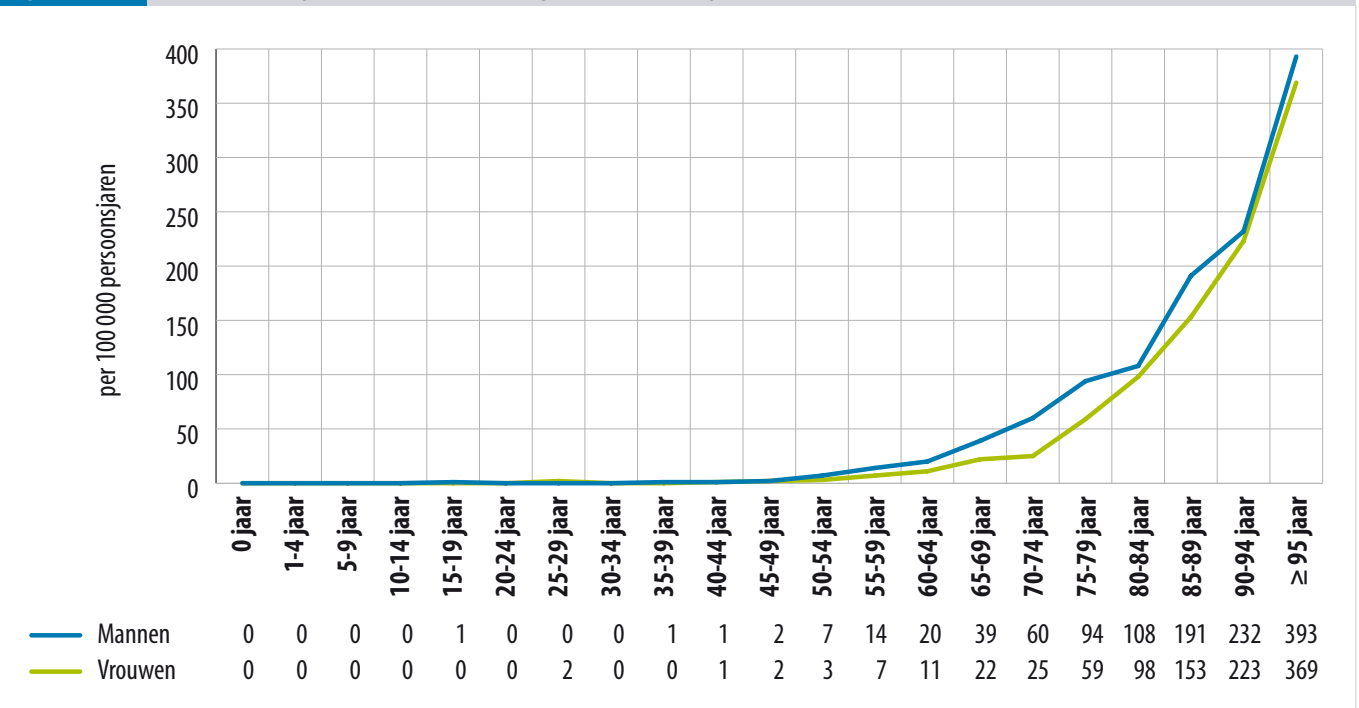


Bron: Statistische formulieren voor overlijden, Observatorium voor gezondheid en Welzijn Brussel

**Figuur 14** toont aan dat de mortaliteit door diabetes sterk samenhangt met leeftijd. Voor de leeftijd van 50 jaar, sterven er maar weinig mannen en vrouwen ten gevolge van diabetes.

**Figuur 14**

**Bruto sterftecijfer voor diabetes naar geslacht en leeftijd, Brussels Gewest, 2009-2013**

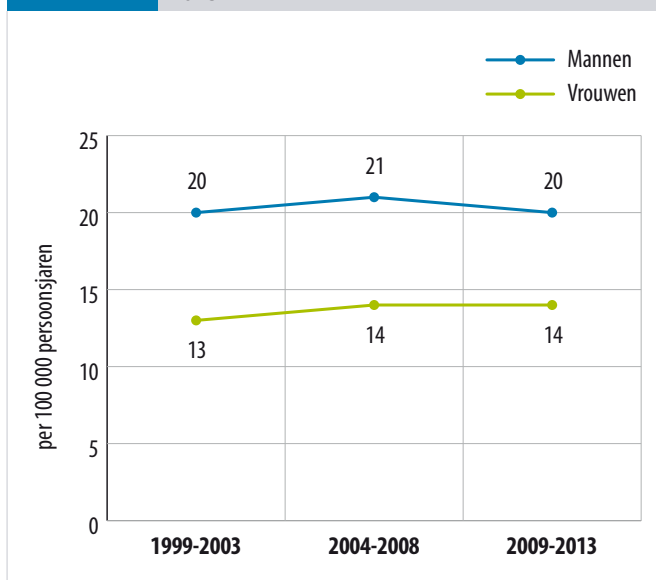


Bron: Statistische formulieren voor overlijden, Observatorium voor gezondheid en Welzijn Brussel

De gestandaardiseerde mortaliteitscijfers bevestigen de redelijk stabiele trend tussen 1999 en 2013 voor sterfte door diabetes, zowel voor mannen als voor vrouwen (figuur 15). De gestandaardiseerde sterfte bedroeg rond de 20 per 100 000 persoonsjaren voor mannen, en lag rond de 14 voor vrouwen gedurende de hele periode tussen 1999 en 2013. Deze stabiele trend zou het gevolg kunnen zijn van enerzijds een stijgende prevalentie van diabetes en anderzijds een verbeterde zorg voor patiënten met diabetes en een verhoogde aandacht in de bevolking om diabetes te laten diagnosticeren en behandelen zoals aangetoond in de gezondheidsenquête (zie hoger). Bovendien, kan het zijn dat de mortaliteit door diabetes eigenlijk nog wordt onderschat aangezien mensen sterven aan de gevolgen van diabetes, zoals hart en vaatziekten, en dat deze als primaire doodsoorzaak worden geregistreerd in plaats van diabetes.

Figuur 15

**Gestandaardiseerde sterfte door diabetes, per geslacht en periode, Brussels Gewest, 1999-2013**



Bron: Statistische formulieren voor overlijden, Observatorium voor gezondheid en Welzijn Brussel

## 10. Kanker

Kanker is tegenwoordig de eerste groep van doodsoorzaken bij mannen, voor hart-en vaatziekten die traditioneel de belangrijkste doodsoorzaken vormden. Bij vrouwen vormt kanker wel nog steeds de tweede belangrijkste doodsoorzaak, na hart-en vaatziekten<sup>9</sup>. De incidentie van kanker is in het Brussels Gewest toegenomen met 0.1 % per jaar bij mannen en bij vrouwen met 0.2 % per jaar tussen 2004 en 2013. De snellere toename bij vrouwen wordt gelinkt aan de stijgende frequentie van tabaksgerelateerde kankers.

Mensen met kanker overleven langer dan vroeger (Stichting Kanker Register, 2015). De toename van de kans op genezing of remissie heeft van kanker een chronische aandoening gemaakt. De behandeling en omkadering van kankerpatiënten rust dus niet enkel op de schouders van de gezondheidsdiensten, maar ook op de naaste omgeving van de (ex-) patiënt en de volledige samenleving, net als voor andere chronische ziekten.

Hieronder wordt de algemene situatie en de trends besproken voor Brussel. Voor meer gedetailleerde informatie over de verschillende types kanker, verwijzen we naar de publicatie van de Stichting Kankerregister (2015), alwaar de cijfers telkens ook voor het Brusselse Gewest worden weergegeven.

### INCIDENTIE

In 2013, werden er bij 2 602 Brusselse mannen en bij 2 736 Brusselse vrouwen een kwaadaardige tumor gediagnosticeerd. Dit zijn respectievelijk 463 en 461 gevallen per 100 000 persoonsjaren). Hiermee ligt de incidentie graad een stuk lager in Brussel, in vergelijking met Vlaanderen (665 per 100 000 persoonsjaren) en Wallonië (633 per 100 000 persoonsjaren). Dit is te verklaren door de jongere bevolkingsstructuur van de Brusselse bevolking en dit terwijl het voorkomen van kanker heel sterk samenhangt met leeftijd: bij personen jonger dan 19 jaar, komt kanker slechts zelden voor, terwijl de incidentie het hoogst is bij de oudste leeftijdsgroepen. Gestandaardiseerd voor leeftijd<sup>10</sup>, zou Brussel nog 333 gevallen per 100 000 persoonsjaren optekenen, in vergelijking met 333 gevallen in Vlaanderen en 360 gevallen in Wallonië.

Bij mannen in Brussel komen het vaakst kankers voor aan de prostaat, long, dikke darm, hoofd - hals en blaas (tabel 2). Dit zijn dezelfde kankertypes als voor het gehele land. Bij Brusselse vrouwen wordt het vaakst borst - , dikke darm - , long-, schildklierkanker en melanoom gediagnosticeerd. Opvallend is deze vierde plaats voor schildklierkanker in Brussel. In het gehele land staat schildklierkanker bij vrouwen 'slechts' op de tiende plaats. Deze verhoogde incidentie van

<sup>9</sup> Zie dossier mortaliteit, via <http://www.observatbru.be/documents/graphics/tableau-de-bord-sante-gezondheidsindicatoren/2017-gj-mortaliteit-brussel.pdf>

<sup>10</sup> Aan de hand van de wereld referentiepopulatie

**Tabel 2** Meest voorkomende tumoren, naar geslacht, Brussels Gewest, 2014

| Mannen                                |                      |        |   |  | Vrouwen                              |                      |        |   |  |
|---------------------------------------|----------------------|--------|---|--|--------------------------------------|----------------------|--------|---|--|
| Code ICD-10                           | Lokalisatie          | Totaal | Ruwe incidentie (100 000 persoonsjaren) | Gestandaardiseerde* incidentie (per 100 000 persoonsjaren) | Code ICD-10                          | Lokalisatie          | Totaal | Ruwe incidentie (100 000 persoonsjaren) | Gestandaardiseerde* incidentie (per 100 000 persoonsjaren) |
| C61                                   | Prostaat             | 552    | 97,4                                    | 102,6  | C50                                  | Borst                | 959    | 160,7                                   | 148,2  |
| C34                                   | Long                 | 391    | 69,0                                    | 72,8   | C18-19                               | Dikke darm           | 236    | 39,5                                    | 29,2   |
| C18-19                                | Dikke darm           | 228    | 40,2                                    | 39,4   | C34                                  | Long                 | 224    | 37,5                                    | 33,4   |
| C00-C14; C30-C32                      | Hoofd en nek         | 164    | 28,9                                    | 31,2   | C73                                  | Schildklier          | 133    | 22,3                                    | 22,8   |
| C67                                   | Blaas                | 133    | 23,5                                    | 23,3   | C43                                  | Melanoom             | 118    | 19,8                                    | 17,1   |
| C43                                   | Melanoom             | 105    | 18,5                                    | 18,9   | C54                                  | Baarmoeder-lichaam   | 104    | 17,4                                    | 14,8   |
| C82-C86                               | Non-Hodgkin-lymfhoom | 100    | 17,6                                    | 17,7   | C25                                  | Pancreas             | 81     | 13,6                                    | 11,5   |
| C20                                   | Rectum               | 84     | 14,8                                    | 15,7   | C56                                  | Eierstok             | 75     | 12,6                                    | 10,8   |
| C16                                   | Maag                 | 83     | 14,6                                    | 15,0   | C82-C86                              | Non-Hodgkin-lymfhoom | 69     | 11,6                                    | 9,9  |
| C25                                   | Pancreas             | 70     | 12,4                                    | 12,9   | C20                                  | Rectum               | 60     | 10,1                                    | 7,8  |
| Totaal excl. niet-melanome huidkanker |                      | 2 533  | 447,0                                   | 460,2  | Totaal excl. non-melanome huidkanker |                      | 2 677  | 448,5                                   | 396,4  |

\* Europese referentiepopulatie, 2013  
Bron: Stichting Kankerregister, 2014

schildklierkanker in Brussel (en in Wallonië) is bijna volledig te wijten aan een verschillend gebruik van zeer gevoelige beeldvormingsonderzoeken waardoor er in Brussel (en Wallonië) meer kleine en zeer kleine tumoren worden ontdekt (Francart et al., 2012). De andere veelvoorkomende types kanker bij vrouwen zijn wel hetzelfde voor Brussel als voor België.

## PREVALENTIE

Terwijl de incidentie het aantal nieuwe kankergevallen per jaar weergeeft, geeft de prevalentie weer hoeveel kankerpatiënten er op een bepaald moment zijn. Voor de periode 2009-2013, waren er 7 199 mannelijke kankerpatiënten in Brussel en 8 909 vrouwelijke kankerpatiënten.

Gestandaardiseerd voor leeftijd, zijn dit 916 mannelijke gevallen per 100 000 persoonsjaren in Brussel. Dit is lager dan in Vlaanderen en in Wallonië (1 015 en 1 032 / 100 000 persoonsjaren). Voor vrouwen bedraagt de prevalentie respectievelijk 981 in Brussel, 1 002 in Vlaanderen en 1 068 gevallen per 100 000 persoonsjaren in Wallonië (SKR, 2015).

## SURVIVAL

Het Kankerregister heeft een vergelijking kunnen maken van de overlevingskansen tijdens de periode 1999-2003 en 2009-2013. Dit wel enkel voor Vlaanderen, gezien de registratie van kankers er reeds gestart werd in 1999 (2004 voor de rest

van het land), maar de tendens zal in Brussel zeer gelijkaardig zijn. Kankerpatiënten overleven nu langer dan vroeger. De 5-jaarsoverleving is namelijk toegenomen met 5 % bij mannen in 2009-2013 ten opzichte van 1999-2003, en bij vrouwen met 3 %. Deze trend is het gevolg van betere diagnostische hulpmiddelen en vroegtijdige opsporing van kankers door onder meer gerichte screeningsprogramma's. Eveneens is er vooruitgang geboekt in verschillende behandelingen en kunnen in sommige gevallen meer doelgerichte en gepersonaliseerde behandelingen worden opgestart.

In 2009-2013 bedraagt de gemiddelde overlevingskans na 5 jaar, 56,6 % voor de mannen in Brussel. Dit is gelijk aan de overlevingskans voor mannen in Wallonië (56,7 %), maar ligt iets lager dan in Vlaanderen (60 %). Bij vrouwen, blijkt 68,5 % van de (ex-) kankerpatiënten na 5 jaar nog in leven te zijn. Dit is ongeveer evenveel als bij Vlaamse vrouwen (68,9 %) en Waalse vrouwen (68,2 %).

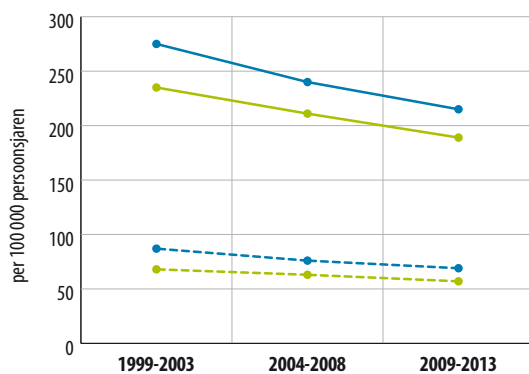
De reïntegratie van ex-kankerpatiënten in de samenleving en op de werkvloer is heel belangrijk voor hun welzijn en levenskwaliteit. Gezien het toenemende aantal kankeroverlevers, is het ook voor de sociale zekerheid van belang om hun reïntegratie in de arbeidsmarkt te faciliteren (Mbengi et al., 2016).

## MORTALITEIT

Met 25 % van de overlijdens in Brussel in 2013, moeten de tumoren de hart- en vaatandoeningen nog maar nipt voor laten gaan. Bij de mannen zijn de tumoren al de eerste doodsoorzaak in periode 2009-2013, en wat vroegtijdige mortaliteit betreft zijn kankers nog steeds met grote voorsprong de belangrijkste doodsoorzaken voor zowel mannen als vrouwen. In **figuur 16** is wel duidelijk te zien dat de sterfterisico's voor kwaadaardige tumoren gestaag blijven afnemen, zowel voor mannen als voor vrouwen.

**Figuur 16**

**Totale en vroegtijdige bruto sterftcijfers voor kwaadaardige tumoren (excl niet-melanome huidkanker)<sup>11</sup> naar periode en geslacht, Brussels Gewest, 1999-2013**



Bron: Statistische formulieren voor overlijden, Observatorium voor gezondheid en Welzijn Brussel

De verdeling van specifieke kankers in **tabel 3** toont aan dat de evolutie en impact van kanker op de sterfte in grote mate bepaald wordt door longkankers en prostaatkankers bij mannen en door borstkanker en longkanker bij vrouwen. Bij mannen neemt de mortaliteit sterk af tussen 1999 en 2013 voor zowel longkanker als prostaatkanker. Bij vrouwen neemt de mortaliteit door borstkanker duidelijk af over deze periode, maar dit is niet het geval voor longkanker. Dit heeft deels te maken met de evoluties in het rookgedrag. Mannen hebben altijd meer gerookt dan vrouwen. Beide geslachten zijn minder gaan roken, maar de daling van het percentage rokers bij mannen heeft zich echter een stuk vroeger ingezet dan bij vrouwen. Hierdoor heeft de daling van het aantal vrouwelijke rokers zich nog niet vertaald in een daling in longkankermortaliteit bij vrouwen. De "tabaksgerelateerde mortaliteit" die naast longkanker ook andere doodsoorzaken opneemt is hieronder beschreven.

In **figuur 17**, worden de bruto sterftcijfers weergegeven per leeftijdsgroep voor alle kwaadaardige kankers samen. Voor de leeftijd van 40 jaar, bedraagt de sterfte minder dan 49 gevallen per 100 000 persoonsjaren voor vrouwen en 31 gevallen per 100 000 persoonsjaren bij mannen. Voor personen ouder dan 40 jaar, nemen de sterftcijfers gradueel toe met de leeftijd. Tot de leeftijd van 44 jaar, zijn de sterftcijfers hoger bij vrouwen dan mannen. Nadien zien we het omgekeerde en bedragen de sterftcijfers van de vrouwen telkens ongeveer de helft van de mannelijke sterftcijfers.

<sup>11</sup> Om de interpretatie te vergemakkelijken ten opzichte van de incidentiecijfers, werd de indeling van kankertypes overgenomen van het Kankerregister, en niet de Jouglé classificatie die gebruikt wordt in alle overige mortaliteitsanalyses.

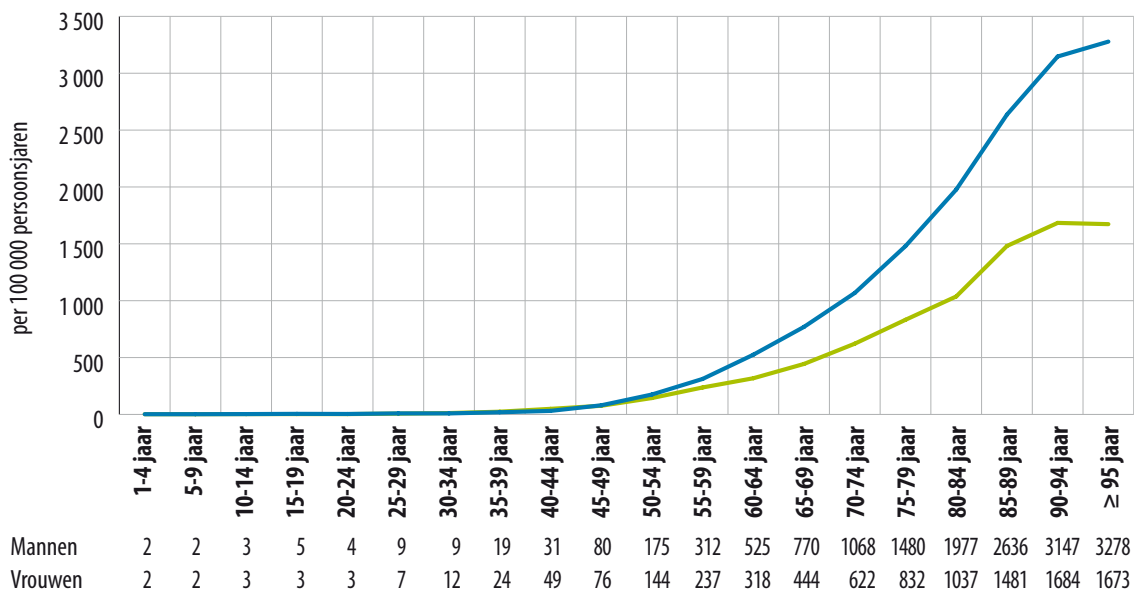
Tabel 3

**Totale en vroegtijdige bruto sterftcijfers voor specifieke kankers naar periode en geslacht, Brussels Gewest, per 100 000 persoonsjaren**

| Vrouwen   | 1999-2003    | 2004-2008    | 2009-2013    | Mannen  | 1999-2003    | 2004-2008    | 2009-2013    |
|---|--------------|--------------|--------------|---|--------------|--------------|--------------|
| <b>Kwaadaardige tumoren (excl niet-melanome huidkanker)</b> | <b>234,8</b> | <b>210,8</b> | <b>188,6</b> | <b>Kwaadaardige tumoren (excl niet-melanome huidkanker)</b> | <b>274,6</b> | <b>239,6</b> | <b>214,9</b> |
| Borstkanker   | 47,6         | 39,5         | 37,5         | Longkanker  | 81,1         | 70,1         | 60,8         |
| Longkanker  | 28,7         | 32,1         | 29,7         | Prostaatcancer  | 30,4         | 23,6         | 21,3         |
| Kanker van de dikke darm                                    | 25,6         | 21,4         | 18,4         | Kanker van de dikke darm                                    | 20,3         | 19,6         | 18,6         |
| Pancreaskanker  | 13,5         | 12,8         | 13,6         | Hoofd en hals kanker  | 13,6         | 11,7         | 10,2         |
| Kanker aan eierstokken                                      | 12,1         | 10,2         | 9,2          | Pancreaskanker  | 11,7         | 12,9         | 11,6         |
| Maagkanker  | 7,7          | 4,4          | 4,3          | Blaaskanker   | 11,7         | 10,3         | 10,5         |
| Kanker aan lever en galwegen                                | 7,1          | 6,5          | 6,0          | Kanker aan lever en galwegen                                | 11,1         | 9,4          | 9,4          |
| Non hodgkin lymfoom   | 7,0          | 6,2          | 5,8          | Maagkanker  | 10,5         | 7,7          | 7,2          |
| Blaaskanker   | 5,2          | 4,5          | 3,6          | Slokdarmkanker  | 7,8          | 7,0          | 6,5          |
| Slokdarmkanker  | 4,6          | 3,9          | 3,1          | Non hodgkin lymfoom   | 7,0          | 6,1          | 6,3          |
| Tumoren van het centrale zenuwstelsel                       | 4,3          | 4,1          | 3,7          | Tumoren van het centrale zenuwstelsel                       | 6,5          | 5,0          | 5,4          |
| Kanker aan rectum   | 4,2          | 3,7          | 3,1          | Nierkanker  | 5,5          | 4,9          | 3,9          |
| Nierkanker  | 3,9          | 4,0          | 2,7          | Kanker aan rectum   | 4,3          | 4,6          | 4,2          |
| Hoofd en hals kanker  | 3,8          | 4,1          | 3,0          | Huidmelanoom  | 1,9          | 2,1          | 1,8          |
| Baarmoederhalskanker  | 3,5          | 3,0          | 3,2          | Mesotheloom   | 1,7          | 1,0          | 1,0          |
| Kanker aan het baarmoederlichaam                            | 2,8          | 3,2          | 2,3          | Kanker aan galblaas en galwegen                             | 1,2          | 1,0          | 1,0          |
| Huidmelanoom  | 2,4          | 2,3          | 2,4          | Schildklierkanker   | 0,6          | 0,2          | 0,4          |
| Kanker aan galblaas en galwegen                             | 2,2          | 1,7          | 1,6          | Borstkanker   | 0,4          | 0,4          | 0,4          |
| Schildklierkanker   | 0,6          | 0,8          | 0,6          | Teelbalkanker   | 0,3          | 0,1          | 0,2          |
| Mesotheloom   | 0,3          | 0,3          | 0,5          | Andere kwaadaardige tumoren                                 | 47,0         | 42,0         | 34,2         |
| Andere kwaadaardige tumoren                                 | 47,6         | 42,2         | 34,4         |   |              |              |              |

Figuur 17

**Leeftijdsspecifieke bruto sterftcijfers voor kwaadaardige tumoren (excl niet-melanome huidkanker) naar geslacht, Brussels Gewest, 2009-2013**



Bron: Statistische formulieren voor overlijden, Observatorium voor gezondheid en Welzijn Brussel

## 11. Tabaksgerelateerde aandoeningen

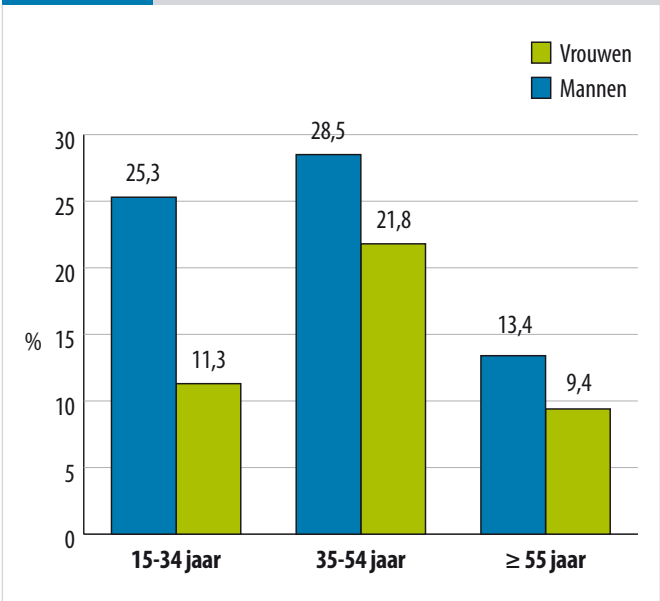
### TABAKSGEBRUIK

Roken en ook passieve blootstelling aan rook veroorzaakt of verhoogt de kans op ernstige chronische ziekten, waaronder vele types kanker (long, hoofd- en hals, maag, lever, pancreas, blaas, baarmoederhals, nier en dikke darm en leukemie) maar ook chronische longaandoeningen zoals COPD (rokerslong) en asthma, hart- en vaatziekten, oogziekten, diabetes, tandvleesontstekingen, vruchtbaarheidsproblemen en een algemene slechtere gezondheidsconditie (Lim et al., 2013). Roken en passief roken is dan ook een belangrijke reden voor vroegtijdige mortaliteit en weegt zwaar op de sociale zekerheid.

Iets meer dan 40 % van de Brusselaars heeft al gerookt tijdens zijn leven (gedefinieerd als minstens 100 sigaretten)<sup>12</sup>. Meer bepaald, zijn er 18,3 % dagelijkse rokers; 4,7 % occasionele rokers, 19,6 % ex-rokers en 57,5 % heeft nooit gerookt. We focussen ons verder op de **dagelijkse rokers**. Dat zijn vaker mannen (60 %) dan vrouwen (40 %). Of anders bekeken, zien we dat 23,1 % van de Brusselse mannen dagelijks rookt, terwijl 14,0 % van de Brusselse vrouwen dit doet. Er zijn ook heel duidelijke verschillen naar leeftijd, onder de jongvolwassenen (15-34 jaar) zijn er 17,4 % dagelijkse rokers, terwijl 25,3 % van de 35-54 jarigen dagelijks rookt en 'maar' 11,2 % van de 55-plussers. Als we per leeftijdscategorie kijken naar de verschillen tussen mannen en vrouwen, blijkt er enkel een significant verschil te bestaan tussen mannen en vrouwen bij de jongvolwassenen (15-34 jaar) (figuur 18).

Figuur 18

Percentage dagelijkse rokers naar leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2013



Bron: Gezondheidsenquête, Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid, 2013

Rekening houdend met de leeftijd en geslacht, daalt het aandeel dagelijkse rokers over tijd in het Brusselse Gewest, net als in België. Terwijl er in 1997 nog een kwart van de Brusselaars dagelijks rookte (24,3 %), daalde dat gradueel tot 16,2 % in 2013 (Gisle, 2014).

De leeftijd waarop men begint te roken is ook belangrijk, aangezien het starten met roken op jonge leeftijd samenhangt met langer roken, meer roken en een grotere kans op nicotine afhankelijkheid (Breslau & Peterson, 1996). In het Brussels Gewest steken rokers gemiddeld hun **eerste sigaret** op wanneer ze 17 jaar en 4 maanden oud zijn en het **regelmatig roken** start gemiddeld op de leeftijd van 19 jaar en 11 maanden<sup>13</sup>.

In de toekomst moet ook het gebruik van nieuwe tabaksproducten, zoals de elektronische sigaret en de 'Heatstick' verder opgevolgd worden, net als hun effecten op de gezondheid (VIGEZ, 2016).

<sup>12</sup> Tabaksgebruik werd bevestigd in een schriftelijke opvolgingsenquête om sociaal wenselijke antwoorden te beperken. Echter, van niet alle deelnemers aan het mondelinge interview van de gezondheidsenquête hebben we ook informatie op de schriftelijke vragenlijst. Cijfers dienen dus voorzichtig geïnterpreteerd te worden.

<sup>13</sup> Voor meer details raadpleeg het rapport het WIV (Gisle 2014)

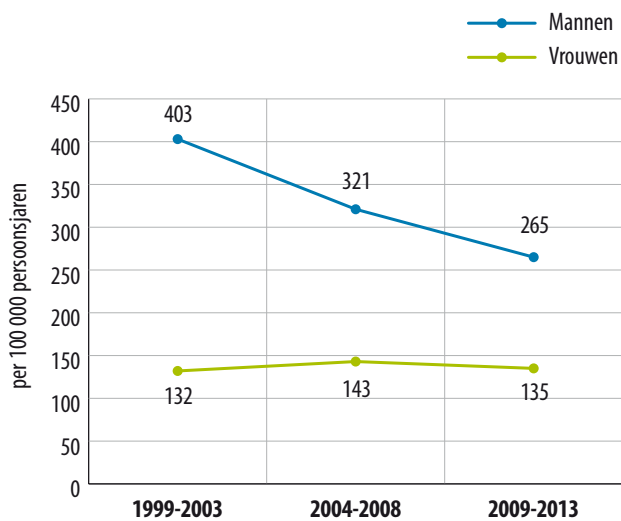


## MORTALITEIT

De tabakgerelateerde sterfte<sup>[14]</sup> bij de mannen van 35 jaar of ouder daalt sterk tussen 1999 en 2013, terwijl deze bij de vrouwen stabiel blijft. Het overlijdensrisico van mannen ligt in de laatste periode nog dubbel zo hoog als dat van de vrouwen (figuur 19).

Figuur 19

**Tabakgerelateerde bruto sterfte (methode Peto (1992)) bij de bevolking ouder dan 35 jaar, naar geslacht en periode, Brussels Gewest, 1999-2013**



Bron: Statistische formulieren voor overlijden, Observatorium voor gezondheid en Welzijn Brussel

Door de algemeen dalende sterfte is het percentage overlijdens dat aan tabak kan worden toegeschreven bij de vrouwen dan ook toegenomen, aangezien deze sterfte de algemeen dalende trend dus niet volgt. Het percentage bij vrouwen steeg van 7,9 % van alle natuurlijke overlijdens in de periode 1999-2003 naar 10,1 % in de periode 2009-2013. Bij de mannen daalde het van 26,4 % tot 22,4 %.

## 12. Alcoholgerelateerde aandoeningen

### ALCOHOL-GEBRUIK

Overmatig alcoholgebruik is een belangrijke risicofactor voor talrijke chronische aandoeningen, waaronder chronische leveraandoeningen, geestelijke gezondheidsproblemen, kanker, neurologische problemen, spijsverterings- of hartproblemen (Lim et al., 2013; WHO, 2014). Naast deze gezondheidsgevolgen, heeft overmatig alcoholgebruik ook een grote sociale en economische kost, zowel voor de individuele gebruiker, de naaste omgeving als de samenleving (WHO 2014).

### RECENT ALCOHOLVERBRUIK

In totaal heeft 74 % van de Brusselaars ouder dan 15 jaar alcohol gedronken gedurende de 12 maanden voorafgaande aan de enquête in 2013<sup>[15]</sup> (**recent alcoholgebruik** genaamd). Dit ligt een stuk lager dan in Vlaanderen (84 %) en Wallonië (80 %). Maar liefst 26 % van de Brusselaars heeft dus recent geen alcohol gebruikt. Brussel telt ook het hoogste aandeel levenslang-geheelonthouders, namelijk 21 % van de bevolking (ter vergelijking 12 % in Vlaanderen en 14 % in Wallonië). Het recent alcoholgebruik verschilt niet significant tussen mannen en vrouwen. Het aandeel recente alcoholgebruikers verschilt ook niet significant naar leeftijd bij mannen. Bij vrouwen daarentegen, drinken de 55 plussers significant meer (79,6 %), dan vrouwen tussen 15-34 jaar (67,5 %) en vrouwen tussen 35-54 jaar (70,8 %). Het aandeel alcoholgebruikers evolueert niet in Brussel tussen 1997 en 2013.

14 Volgens de berekeningsmethode van Peto (1992)

15 Net als voor tabaksgebruik, is voorzichtigheid bij de cijfers geboden gezien de beperkte (en selectieve) deelname aan de schriftelijke vragenlijst van de Gezondheidsenquête.

### TYPOLOGIE VAN ALCOHOLGEBRUIKERS

De kwetsbaarheid voor alcohol is sterk individueel bepaald en ook zijn bepaalde groepen extra gevoelig zoals jongeren. Het is dus niet eenvoudig om alcoholgebruik en –misbruik te definiëren. Toch is een typologie nuttig om een algemeen beeld te krijgen van alcoholgebruik in de populatie. In tabel 4, wordt een typologie voorgesteld dat zich baseert op aanbevelingen van de WGO (Com-Ruelle et al., 2005). Naargelang het occasioneel of regelmatig gebruik, en de hoeveelheid geconsumeerde alcohol, maakt men een onderscheid tussen verschillende risiconiveaus. Naast de **onthouders** en de **gebruikers met het laagste risico**, zijn er nog twee consumptieprofielen:

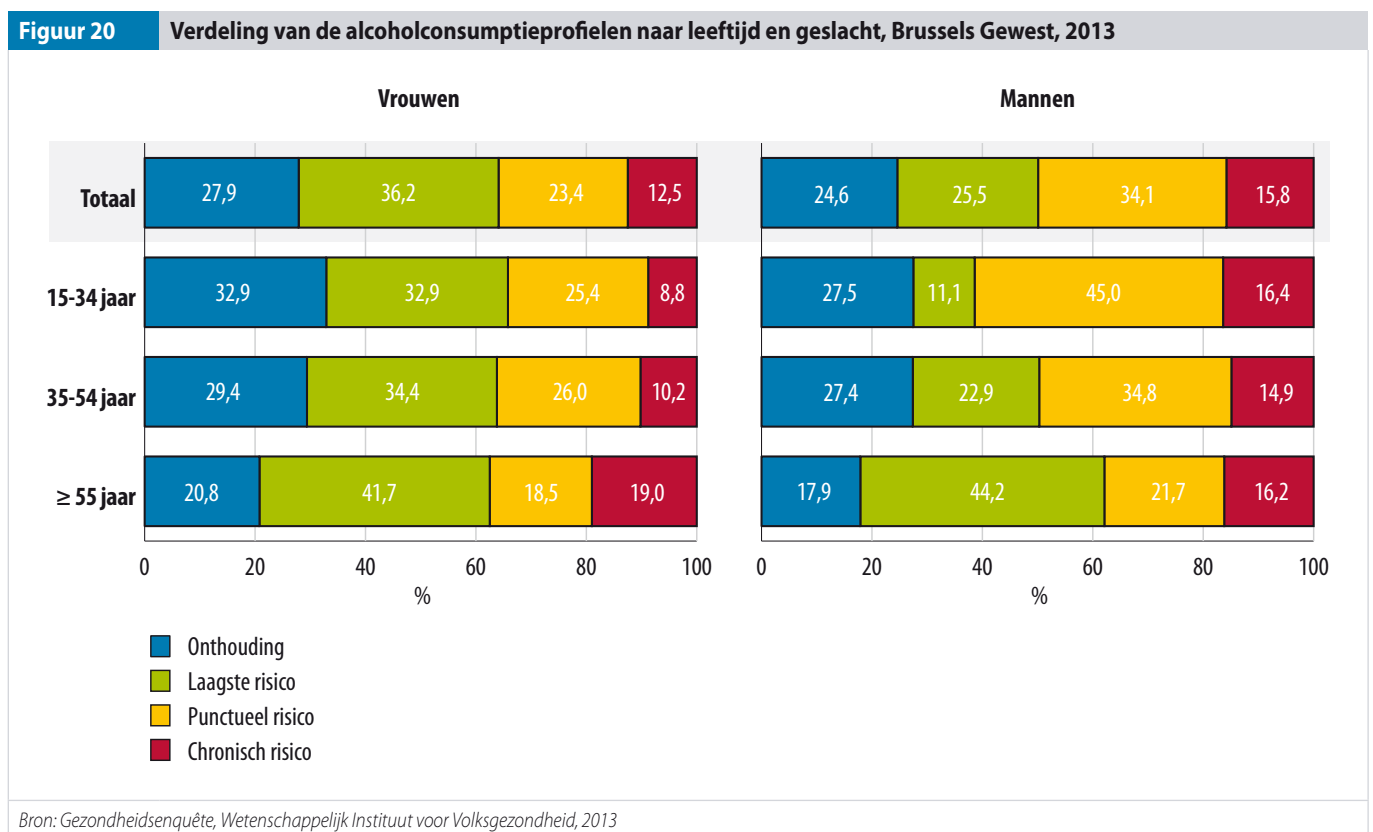
**Gebruikers met een punctueel risico:** het risico van overmatig alcoholgebruik blijft punctueel als de gemiddelde

hoeveelheden per week een bepaalde drempel niet overschrijden, maar geregeld dronken zijn volstaat om in deze categorie te worden opgenomen.

**Gebruikers met een chronisch risico:** het risico wordt chronisch bij wie regelmatig grote hoeveelheden alcohol drinkt of bij wie regelmatig dronken is.

**Figuur 20** illustreert dat het aandeel onthouders en alcoholgebruikers met het laagste risico groter is bij de vrouwen (27,9 % en 36,2 %) dan bij de mannen (24,6 % en 25,5 %) in het Brussels Gewest. Zeker voor de leeftijdsgroep tussen 15-34 jaar, is het verschil tussen mannen en vrouwen heel groot: terwijl 32,4 % van de vrouwen een risico gebruik van alcohol hebben, hebben meer dan 60 % van de mannen een risico gebruik van alcohol.

|         | Wekelijks volume |    | Consumptie van 6 of meer glazen per keer | Consumptieprofiel                   |
|---------|------------------|----|--|-------------------------------------|
| Mannen  | 0 glazen         | en | Nooit                                    | Onthouding                          |
| Vrouwen | 0 glazen         |    |  |                                     |
| Mannen  | < 22 glazen      | en | Nooit                                    | Gebruikers met het laagste risico   |
| Vrouwen | < 15 glazen      |    |  |                                     |
| Mannen  | < 22 glazen      | en | Minder dan eenmaal per week              | Gebruikers met een punctueel risico |
| Vrouwen | < 15 glazen      |    |  |                                     |
| Mannen  | > 21 glazen      | of | Minstens eenmaal per week                | Gebruikers met een chronisch risico |
| Vrouwen | > 14 glazen      |    |  |                                     |



**PROBLEMATISCH ALCOHOLGEBRUIK**

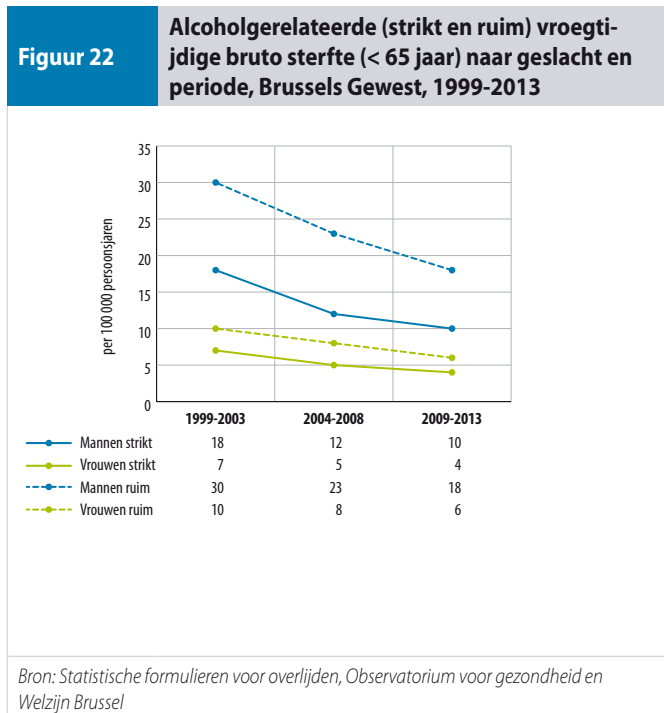
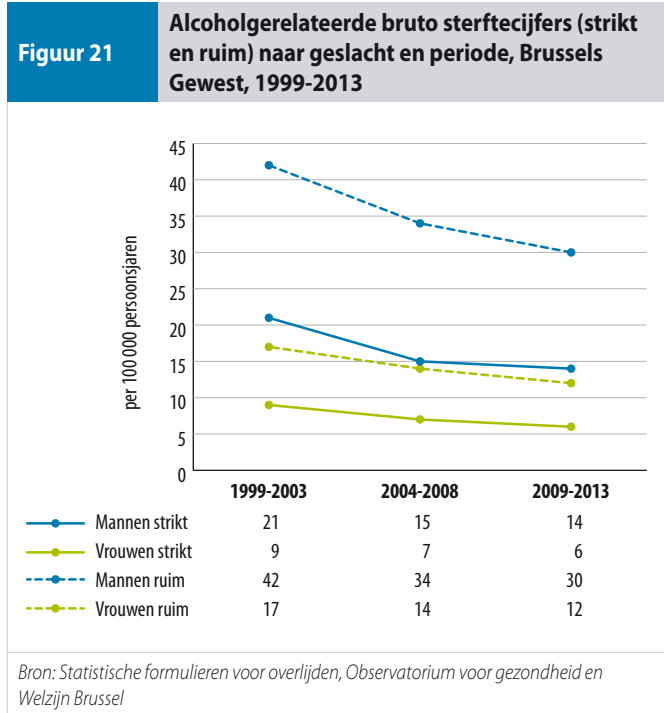
Hoewel de cijfers uit de gezondheidsenquête voorzichtig dienen geïnterpreteerd te worden, geven ze toch een eerste indicatie. In het Brussels Gewest, is alcoholverslaving op 16,3 % geschat in 2013<sup>[16]</sup>. Het percentage alcoholverslaafden is duidelijk hoger bij de 35-54 jarigen (22,6 %) in vergelijking met jongeren of oudere (beiden ongeveer 13 %).

**MORTALITEIT**

Een heel aantal doodsoorzaken zijn rechtstreeks of onrechtstreeks verbonden met alcoholmisbruik. Hieronder worden twee indicatoren gepresenteerd. De eerste indicator geeft de sterfte weer waarbij de onderliggende doodsoorzaak expliciet naar het alcoholgebruik<sup>[17]</sup> van de overledene verwijst (alcohol strikt), terwijl in de tweede indicator (alcohol ruim) ook nog de kankers van lip, mond- en keelholte (C00-14), slokdarm (C15) en strottenhoofd (C32) zijn opgenomen. Dit zijn doodsoorzaken waarvan onderzoek aantoont dat alcohol er vaak een determinerende factor in is.

Beide indicatoren samen kunnen beschouwd worden als een benadering van een minimum en een maximum van de impact van alcohol op de sterfte (als hoofd oorzaak). In **figuur 21** wordt de evolutie in de totale bruto sterfte per geslacht getoond voor beide indicatoren, **figuur 22** presenteert de vroegtijdige mortaliteit.

Voor de periode 2009-2013 blijkt dat alcohol, zeker voor vroegtijdige mortaliteit (voor 65 jaar), nog steeds één van de grote doodsoorzaken is. De evolutie over de bestudeerde periodes heen toont niettemin dat het risico om aan alcoholmisbruik (vroegtijdig) te overlijden sterk teruggelopen is.



16 In de enquête werd de "CAGE" – vragenlijst opgenomen om deze risico te meten. Op basis van vier vragen wordt getracht om alcoholverslaving op te sporen. Indien de respondent op minstens twee van de volgende vragen positief antwoordt, heerst er een vermoeden van alcoholverslaving: Hebt u ooit het gevoel gehad te moeten minderen met drinken? Hebt u zich ooit geïrriteerd gevoeld door kritiek op uw drinken? Hebt u zich ooit schuldig gevoeld over uw drinken? Hebt u ooit direct na het opstaan alcohol gedronken om echt wakker te worden of van een kater af te komen?

17 Alcoholische leverziekte (K70), psychische stoornissen en gedragsstoornissen door gebruik van alcohol (F10), chronische pancreatitis door alcohol (K86.0), onopzettelijke vergiftiging door en blootstelling aan alcohol (X45), opzettelijke auto-intoxicatie door alcohol (X65), vergiftiging door en blootstelling aan alcohol - opzet niet bepaald (Y15), degeneratie van zenuwstelsel door alcoholgebruik (G31.2), speciale epileptische syndromen (waaronder epileptische aanvallen veroorzaakt door alcohol, maar ook andere...) (G40.5), alcoholische polyneuropathie (G62.1), alcoholische cardiomyopathie (I42.6), alcoholische gastritis (K29.2)

### 13. Obesitas

Gezonde eet en beweggewoonten zijn belangrijk om een verhoogd risico te vermijden op obesitas en daarmee ook op gerelateerde aandoeningen zoals hart en vaatziekten, beroerte en verschillende types kanker (Lim et al., 2013). Naast de negatieve gevolgen voor de gezondheid, kan obesitas ook belangrijke sociale gevolgen hebben (zelfbeeld, toegang tot zorg en werk, ...). Ook brengt obesitas ook een aanzienlijke kost voor de gezondheidszorg en de maatschappij met zich mee (Müller-Riemenschneider et al., 2008). Hieronder bespreken we de eet- en beweggewoonten van de Brusselaars alsook overgewicht en zwaarlijvigheid.

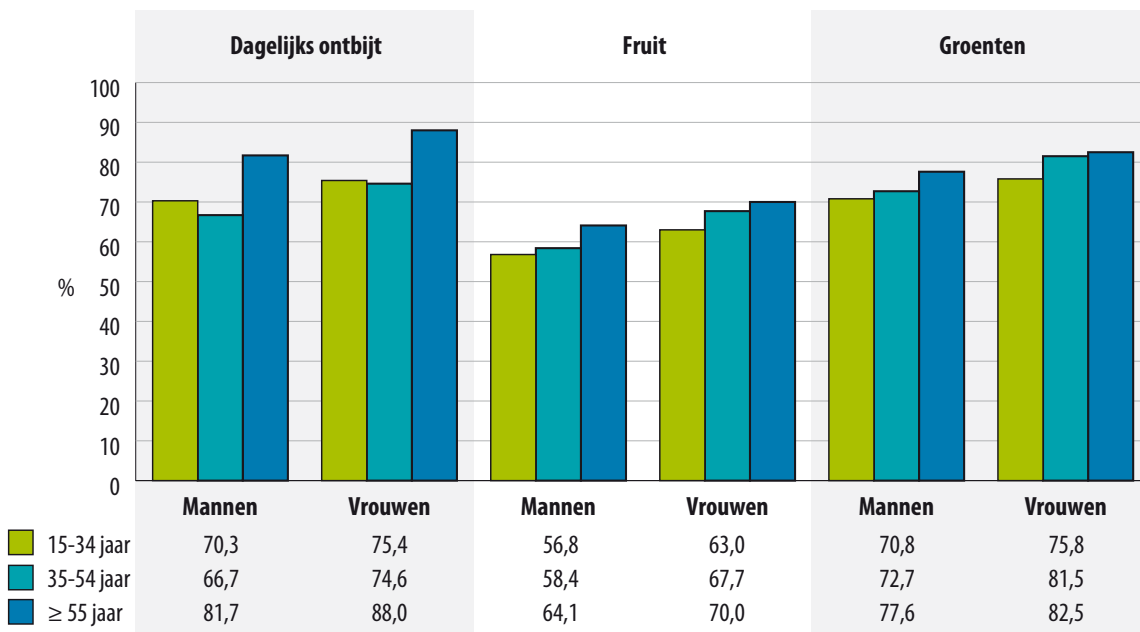
#### GEZONDE EET EN BEWEEGGWOONTEN

Drie kwart van de Brusselaars eet dagelijks een ontbijt in 2013. Dit percentage ligt hoger bij vrouwen (78,3 %) dan bij mannen (71,5 %). Fruit wordt dagelijks geconsumeerd door 62,4 % van de Brusselaars. Ook hier doen vrouwen (70,0 %) het beter dan mannen (58,7 %). Drie kwart van de Brusselaars eet dagelijks groenten, en vrouwen (79,0 %) doen dit opnieuw vaker dan mannen (72,7 %).

Figuur 23 illustreert de eetgewoonten van de Brusselaars per geslacht en leeftijd. Ontbijtgewoonten verschillen significant naar leeftijd. Zowel voor mannen als vrouwen geldt duidelijk dat 55 plussers vaker dagelijks een ontbijt nuttigen (81,7 % van de mannen en 88 % van de vrouwen). De consumptie van fruit daarentegen verschilt niet significant naargelang leeftijd. Het eten van groeten verschilt ook niet substantieel naar leeftijd. Het percentage dagelijkse ontbijtnemers verschilt niet sinds het voor het eerst bevestigd werd in 2001.

Ook voldoende lichaamsbeweging is belangrijk. Iets meer dan een kwart van de Brusselaars ouder dan 15 jaar (28 %) heeft in 2013 voldoende lichaamsbeweging om een positief effect te hebben op de gezondheid<sup>[18]</sup>. Mannen hebben vaker voldoende beweging (34,1 %) dan vrouwen (21,8 %). Het verschil tussen mannen en vrouwen is het grootst voor de jongste leeftijdscategorie (15-34 jarigen). Lichaamsbeweging neemt bij mannen significant af met een stijgende leeftijd, bij vrouwen zijn deze leeftijdsverschillen niet significant (figuur 24). Er is geen evolutie in het percentage van de bevolking met voldoende lichaamsbeweging tussen 1997 en 2013.

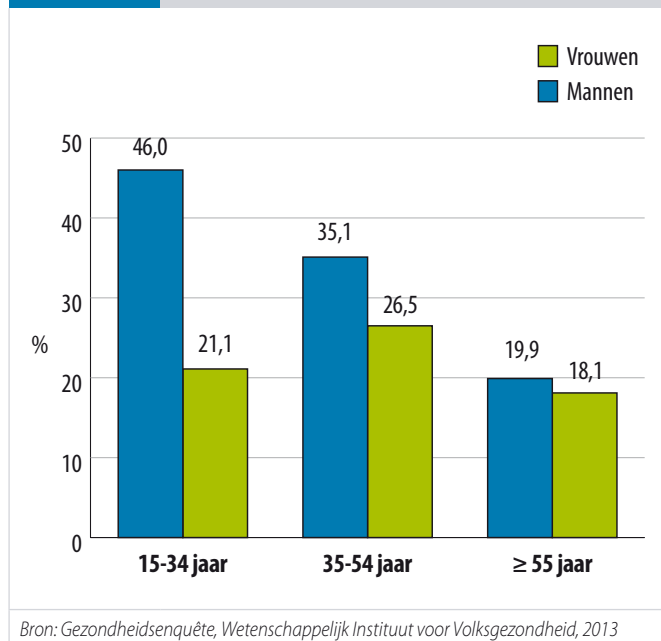
**Figuur 23** Gezonde eetgewoonten volgens geslacht en leeftijd (%), Brussels Gewest, 2013



Bron: Gezondheidsenquête, Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid, 2013

Figuur 24

Verdeling van voldoende lichaamsbeweging naar geslacht en leeftijd (%), Brussels Gewest, 2013

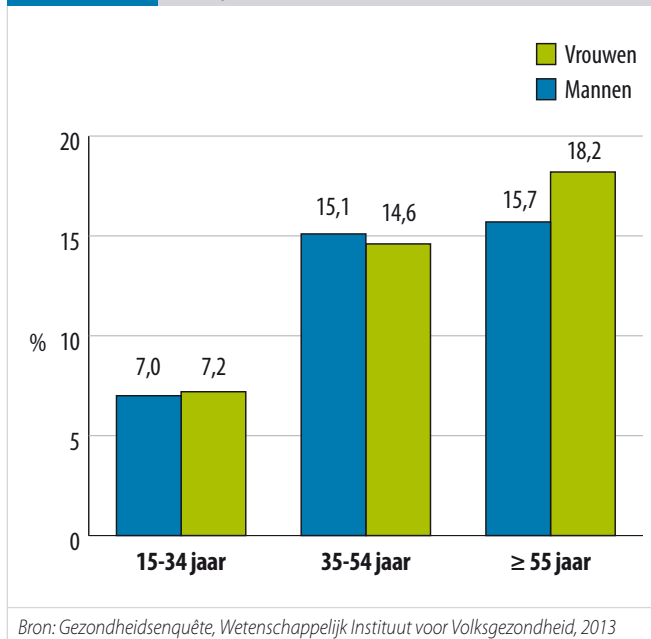


## MORBIDITEIT

Overgewicht wordt gedefinieerd als een Body Mass Index (BMI) die hoger is dan 25. Personen met obesitas hebben een BMI van meer dan 30. Ongeveer één op acht Brusselaars (12,9 %) is obees in 2013. Hiermee verschilt het Brussels Gewest niet van de rest van het land. Het percentage personen met obesitas is groter bij de oudere leeftijdsgroepen: bij vrouwen ouder dan 55 jaar heeft 18,2 % te kampen met obesitas, ten opzichte van 14,6 % van de 35-54 jarigen; bij mannen is het verschil tussen de 55 plussers en de 35-54 jarigen klein, en het percentage bedraagt ongeveer 7 % voor beide geslachten tussen de 15 en 34 jaar (figuur 25). Het percentage obesitaslijders is met 3,7 procentpunten toegenomen sinds 1997, toen er 9,2 % obesitas-lijders in de bevolking werden geregistreerd.

Figuur 25

Prevalentie van obesitas naar geslacht en leeftijd (in %), Brussel, 2013



## 14. Conclusie

Chronische ziekten zijn wereldwijd de belangrijkste oorzaken van morbiditeit en mortaliteit geworden (Paulus et al., 2012). Ook in België zijn hart- en vaatziekten, kankers en ziekten van het ademhalingsstelsel de belangrijkste doodsoorzaken<sup>19</sup>, zowel bij mannen als bij vrouwen. Aangezien een chronische ziekte vaak één of meerdere risicofactoren gemeen heeft met andere ziekten, komen verschillende aandoeningen vaak gelijktijdig voor (multimorbiditeit).

<sup>19</sup> Zie dossier mortaliteit van het Observatorium voor Welzijn en Gezondheid van Brussel, 2016 <http://www.observatbru.be/documents/publications/2016-mortaliteit-mortalite.xml?lang=nl>

## Referenties

- Buntinx F., Devroey D., Van Casteren V. The incidence of stroke and transient ischaemic attacks is falling: a report from the Belgian sentinel stations. *Br J Gen Pract*, 52 (483): 813-817, 2002
- Breslau, N., & Peterson, E. L. (1996). Smoking cessation in young adults: age at initiation of cigarette smoking and other suspected influences. *American journal of public health*, 86(2), 214-220.
- Com-Ruelle L., Dourgnon PK, Jusot F., Latil E., Lengagne P. Identification et mesure des problèmes d'alcool en France: une comparaison de deux enquêtes en population générale. *Question d'économie de la santé* [97], 1-8, 2005
- Cuyckens K. en I. Flion, (2002), Statistisch jaarrapport arbeidsverzuim, HR-studies SD Worx, Antwerpen: SD uitgeverij, 116 p [http://www.steunpuntwerk.be/system/files/overwerk\\_2002\\_3\\_11.pdf](http://www.steunpuntwerk.be/system/files/overwerk_2002_3_11.pdf)
- Demarest S. Afwezigheid van het werk vanwege persoonlijke gezondheidsproblemen. In: Van der Heyden J, Charafeddine R (ed.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn. WIV-ISP, Brussel, 2014
- Francart J., Van Den Bruel A., Decallonne B., et al. Regionale verschillen in de incidentie van schildklierkanker in België: rol van de diagnostische en therapeutische aanpak van schildklierpathologie. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2012. KCE Report 177As.
- Gisle L. Het gebruik van tabak. In: Gisle L, Demarest S (ed.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 2: Gezondheidsgedrag en leefstijl. WIV-ISP, Brussel, 2014
- Lim, S. S., Vos, T., Flaxman, A. D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H., ... & Aryee, M. (2013). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859), 2224-2260.
- Mbengi, R., et al. (2016). Barriers and opportunities for return-to-work of cancer survivors: time for action—rapid review and expert consultation. *Systematic reviews* 5.1: 35.
- Müller-Riemenschneider, Falk, et al. «Health-economic burden of obesity in Europe.» *European journal of epidemiology* 23.8 (2008): 499.
- Murray, C.J.L., Barber, R.M., Foreman, et al., 2015. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition. *The Lancet* 386, 2145–2191.
- Nielens H, Van Zundert J, Mairiaux P, et al. Chronische lage rugpijn. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE); 2006. KCE reports 48 A
- Nieto FJ. Cardiovascular disease and risk factor epidemiology: a look back at the epidemic of the 20th century. *American Journal of Public Health* 89 (3), 292-294, 1999.
- Paulus D., Van den Heede K., Mertens R. Position paper: organisatie van zorg voor chronische zieken in België. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE); 2012. KCE reports 190As
- Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath C. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from vital statistics. *The Lancet* 1992; 339:1268-7
- Stichting Kanker Register, 2015. Cancer burden in Belgium 2004-2013, Brussels 2015
- Van der Heyden J. Chronische aandoeningen. In: Van der Heyden J, Charafeddine R (ed.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn. WIV-ISP, Brussel, 2014
- VIGEZ, 2016 <http://www.vigez.be/nieuws/laatste-ontwikkelingen-tabak-december2016>
- World Health Organization (2014). Global status report on alcohol and health.
- World Health Organization (2016). Global report on diabetes. WHO: Geneva