



# Iedereen even gezond in Brussel?

Recente cijfers en kaarten  
over sociale ongelijkheden  
in gezondheid

## SAMENVATTING

**Auteurs**

Sarah MISSINNE  
Hervé AVALOSSE  
(Intermutualistisch Agentschap)  
Sarah LUYTEN

**Voor meer informatie:**

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn  
Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie  
Belliardstraat 71, bus 1 – 1040 Brussel  
observat@ccc.brussels  
<http://www.ccc-ggc.brussels>

Sarah Missinne  
Tel.: 02 552 01 17  
[smissinne@ggc.brussels](mailto:smissinne@ggc.brussels)

Cette publication existe aussi en français.



## INLEIDING

Veel onderzoek toonde reeds aan dat iemands' socio-economische positie een heel sterke invloed heeft op de gezondheid. De accumulatie van voor- of nadelige levenscondities en levensgebeurtenissen uit zich in socio-economische verschillen in de gezondheidstoestand over het gehele verdere leven. In dit dossier wordt een stand van zaken opgemaakt van de specifieke situatie in het Brussels Gewest. De grootstedelijke context kenmerkt zich onder meer door een jonge bevolking, een relatief arme bevolking, een hoge (jeugd)werkloosheid, veel inwoners met een buitenlandse nationaliteit en de vele verhuisbewegingen. Bovendien bestaan er tussen de Brusselse wijken grote verschillen in de socio-economische situatie.

In dit dossier worden de mutualiteitsgegevens (2016) geanalyseerd van maar liefst 1 106 181 Brusselaars. Om het beeld te vervolledigen worden deze aangevuld met informatie uit andere betrouwbare gegevensbronnen (Gezondheidsenquête, formulieren van geboorte en sterfte en publicaties van het Observatorium).

Dit dossier gaat ook in op de socio-economische verschillen tussen Brusselse buurten en bespreekt deze aan de hand van kaarten voor een hele reeks gezondheidsindicatoren (IMA). Dit is een eerste stap om verder inzicht te krijgen in de lokale context, wat belangrijk is voor de ontwikkeling van effectieve beleidsacties.

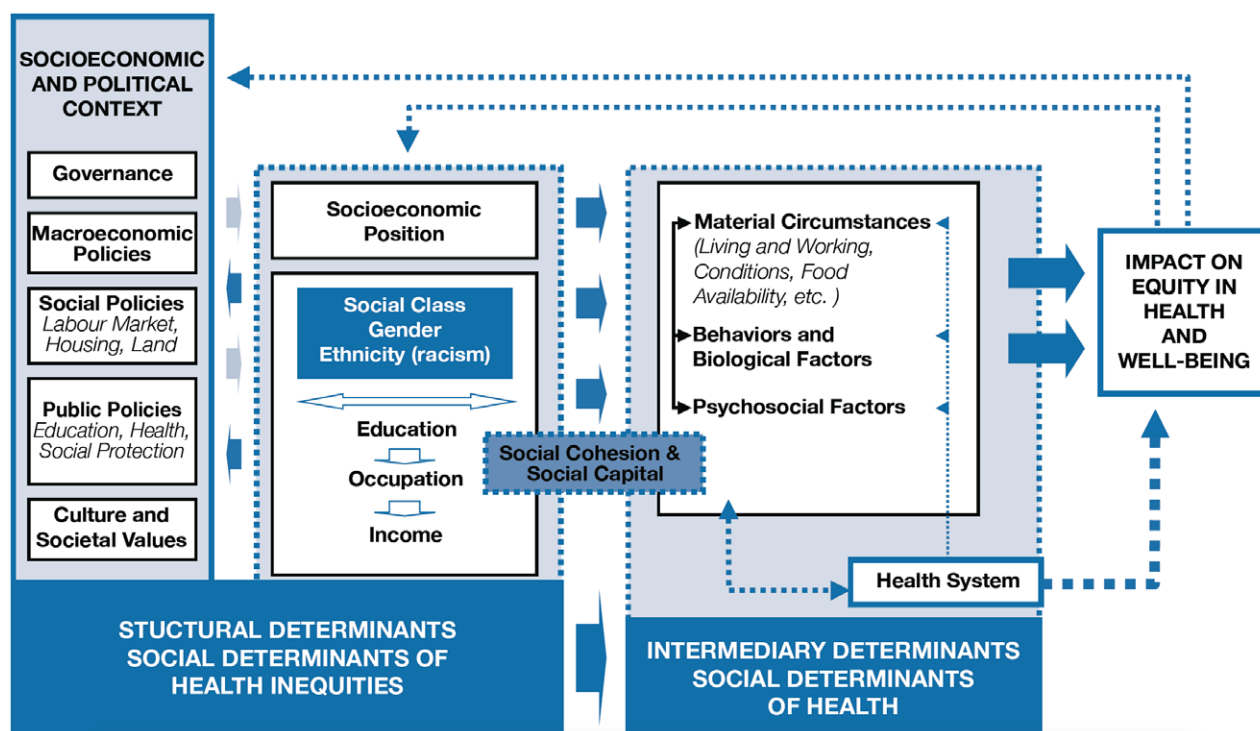
## THEORETISCH KADER

Een speciale commissie van de Wereldgezondheidsorganisatie ontwikkelde een conceptueel kader op basis van de bestaande evidentie en theorievorming rond socio-economische ongelijkheden in gezondheid. Dit kader (Solar en Irwin, 2010) wordt als leidraad gebruikt (zie figuur 1).

Socio-economische positie staat centraal in het model. Het model benadrukt langs de ene kant hoe personen hun socio-economische positie mee bepaald wordt door de algemenere socio-economische en politieke context in de samenleving. Dit worden de structurele determinanten genoemd, aangezien zij de dieper onderliggende oorzaak vormen van socio-economische ongelijkheden in gezondheid. Langs de andere kant, heeft de socio-economische positie van personen een enorme invloed op de gezondheid via verschillende intermediaire determinanten (materiële condities, gezondheidsgedrag en preventie en psychosociale factoren). Het gezondheidszorgstelsel wordt gezien als een cruciale speler om de nadelige effecten van deze gezondheidsdeterminanten te mediëren.

Personen met een moeilijkere socio-economische positie **accumuleren veel kwetsbaarheden** tijdens het leven (bv. door stress, moeilijke werkomstandigheden, ongezonde woning, etc.) terwijl ze net **minder middelen** hebben om zich hiertegen te **beschermen** (minder goede immuniteit,

**Figuur 1: Conceptueel kader voor gezondheidsongelijkheden opgesteld door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO)**



Overgenomen met toestemming van de uitgever: Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion. Paper 2 (Policy and Practice), p. 48, copyright (2010).

minder sociale steun, een moeilijker toegang tot evenwichtige voeding, etc.) of **de nadelige gevolgen te beperken** (toegang en kennis over het gezondheidssysteem, informele zorg, preventie, aanpassing werkcondities na zware ziekte etc.)

De grote verschillen die er bestaan binnen het Brussels Gewest in werk- en levenscondities, gezondheidsgedrag en gebruik van gezondheidszorg worden keer op keer aangetoond in de studies van het Observatorium en worden in dit dossier samengebracht.

## DATA EN METHODEN

In dit dossier wordt hoofdzakelijk gebruikt gemaakt van de gegevens van het Intermutualistisch Agentschap (IMA), de Gezondheidsenquête uitgevoerd door Sciensano en de Statistische formulieren voor geboorte en sterfte.

### IMA

Het IMA brengt de informatie bijeen van alle terugbetalingen van zorg door de zeven ziekenfondsen in België. Zodoende hebben we de administratieve en de facturatiegegevens van terugbetaalde zorg en medicatie van iedereen die is aangesloten bij de verplichte ziekteverzekering in België. In 2016, gaat dit om 1 106 181 personen (93,5% van de bevolking van het Rijksregister).

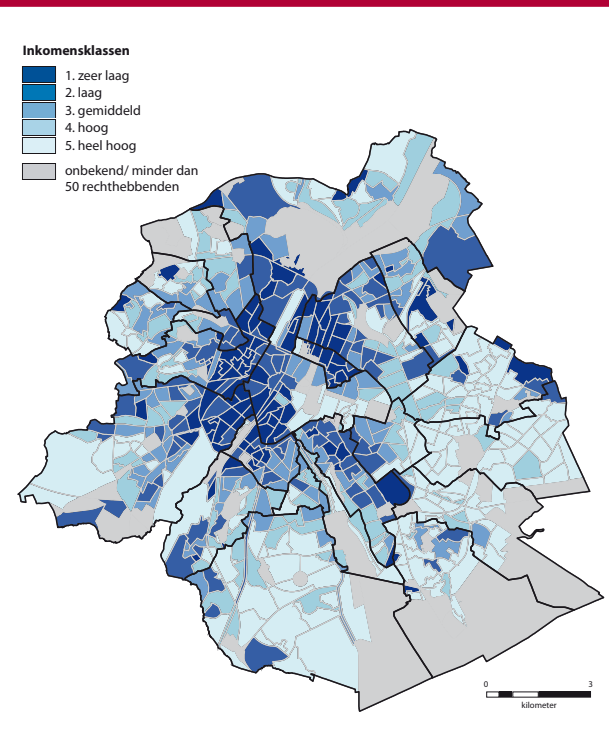
De IMA-databank bevat geen informatie over financiële middelen of opleidingsniveau om de socio-economische positie van personen in te schatten. Wel is de locatie (via de statistische sector) van de woonplaats van de leden beschikbaar, en dit kan gebruikt worden om bij benadering de socio-economische positie in te schatten. Zeker in Brussel zijn de ruimtelijke ongelijkheden groot, en wonen personen met een gelijkaardig socio-economisch profiel vaak in dezelfde buurten.

Er wordt een sociale schaal opgesteld van vijf groepen die werkt volgens oplopende waarden. In de eerste groep zitten de statistische sectoren waar het mediaan inkomen het laagst is, en de vijfde groep bevat de statistische sectoren

waar het mediaan inkomen het hoogst is. De 2e, 3e en 4e groep liggen daartussen. Alle personen worden vervolgens ingedeeld in functie van de statistische sector van hun woonplaats. Tabel 1 geeft een overzicht van de boven- en ondergrenzen van de mediane inkomens die elke groep statistische sectoren begrenst. De inkomensgrenzen per groep liggen telkens een stuk lager in Brussel in vergelijking met Wallonië en Vlaanderen.

Op onderstaande kaart worden deze vijf groepen geografisch weergegeven. Brussel kent grote geografische verschillen, met een heel duidelijke arme zone, de zogenaamde 'arme sikkels' ten noorden en ten westen van het stadscentrum (de vijfhoek), voor een belangrijk stuk langs het kanaal.

**Kaart 1: Geografische spreiding van de groepen van statistische sectoren binnen het Brussels Gewest, 2016**



Bron: FOD Economie

Cartografie: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

**Tabel 1: Overzicht van de mediane inkomens die elke groep van statistische sectoren begrenst, volgens regio, 2016**

	Brussel	Vlaanderen	Wallonië	België
laagste inkomens	]0; 16.217 €]	]0; 22.529 €]	]0; 19.094 €]	]0; 20.348 €]
lage	]16.217 €; 18.115 €]	]22.529 €; 24.944 €]	]19.094 €; 21.506 €]	]20.348 €; 23.209 €]
midden	]18.115 €; 20.873 €]	]24.944 €; 26.902 €]	]21.506 €; 23.940 €]	]23.209 €; 25.735 €]
hoog	]20.873 €; 23.161 €]	]26.902 €; 29.108 €]	]23.940 €; 27.071 €]	]25.735 €; 28.350 €]
hoogste inkomens	]23.161 €; ...	]29.108 €; ...	]27.071 €; ...	]28.350 €; ...

Bron: Avalosse et al., 2019

## GEZONDHEIDSENQUÊTE

De grote meerwaarde van de Gezondheidsenquête is, dat het de enige bron is die inzicht verschaft in bijvoorbeeld de vele gezondheidsgedragingen (roken, alcoholgebruik, gezonde voeding etc.), die niet kunnen worden afgeleid uit facturatie – en administratieve gegevens. Ook wordt de prevalentie van aandoeningen rechtstreeks bevraagd en niet afgeleid uit facturatiegegevens van medicatie en/of zorggebruik. Bovendien wordt de socio-economische positie van de deelnemers in verschillende dimensies bevraagd en kunnen bijvoorbeeld opleidingsverschillen naast inkomensverschillen worden geanalyseerd, hetgeen ons bijkomende inzichten kan verschaffen in de achterliggende oorzaken van de geobserveerde socio-economische verschillen.

## STATISTISCHE FORMULIEREN VOOR GEBOORTE EN STERFTE

Voor de indicatoren mortaliteit en infantiele sterfte maken we gebruik van nog een derde gegevensbron, namelijk de geboorte – en sterfteformulieren. Aangezien voor iedereen, ongeacht woonsituatie (in België of elders) of verblijfsstatus (legaal of niet), een formulier moet worden ingevuld voor elke geboorte en overlijden is dit de meest exhaustieve informatiebron voor twee sleutelmomenten in het leven (geboorte en overlijden). Het is de enige gegevensbron die informatie verschaft van personen die niet zijn ingeschreven in het Rijksregister.

## RESULTATEN

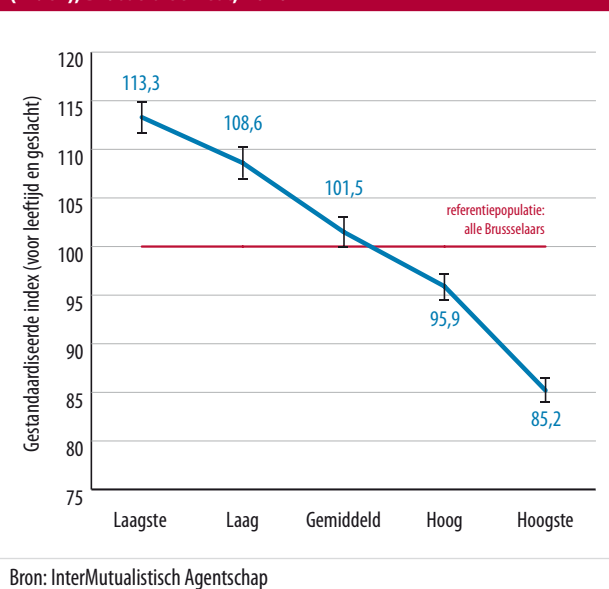
### SOCIO-ECONOMISCHE ONGELIJKHEDEN IN GEZONDHEID

Net zoals reeds veelvuldig werd aangetoond in internationale en nationale studies, is ook in Brussel de **link tussen iemands' socio-economische positie en gezondheid zeer sterk**. Socio-economische ongelijkheden in gezondheid treffen de volledige bevolking, en dus zeker niet enkel een selecte groep van personen in de meest precaire socio-economische situatie. Er bestaat vaak een zogenaamde **'sociale gradiënt'**.

Ook in Brussel, starten ongelijkheden **al van bij de geboorte**. Zo lag het risico op een doodgeboorte in 2016-2017 in huishoudens zonder inkomen uit arbeid meer dan 3 keer zo hoog dan in een huishouden met twee inkomens uit arbeid. De ongelijkheden **accumuleren** zich systematisch verder gedurende het leven en dit zowel voor fysieke als mentale gezondheid (zie hieronder). Finaal zullen deze resulteren in **grote verschillen in levensverwachting**. Zo is in de periode 2011-2015, de levensverwachting van een pasgeborene in Sint-Joost-ten-Node 5 jaar lager, dan in Sint-Pieters-Woluwe.

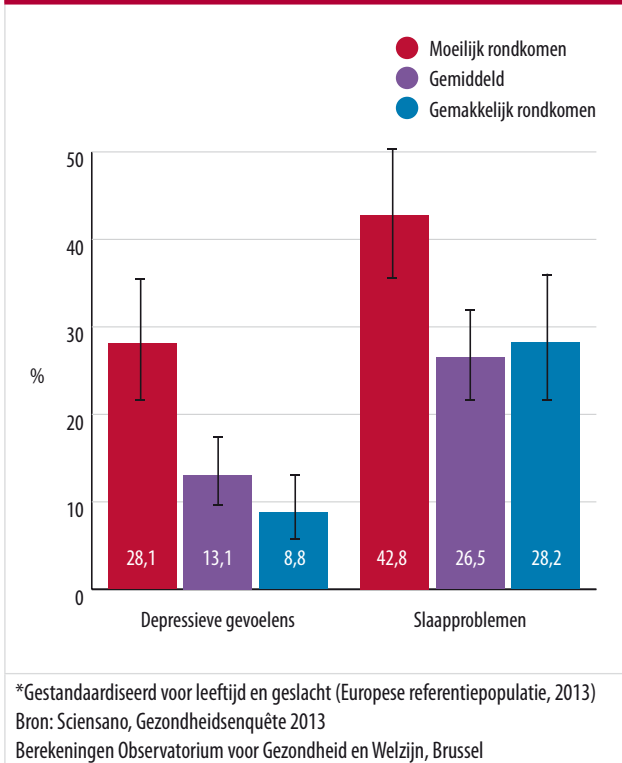
Hieronder illustreren we verder de socio-economische ongelijkheden voor enkele gezondheidsaspecten die in het dossier werden bestudeerd. Ten eerste, bestaat er een zeer duidelijke sociale gradiënt voor chronische ziekten. Hoe lager de socio-economische positie, hoe systematisch hoger het aandeel personen met het statuut van chronische aandoening (zie figuur 2). Zo heeft de laagste socio-economische groep maar liefst 33,0% meer kans op een dergelijk statuut dan personen met de hoogste socio-economische positie (1,33=113,3/85,2).

**Figuur 2: Statuut chronische aandoening naar inkomensgroep (index), Brussels Gewest, 2016**



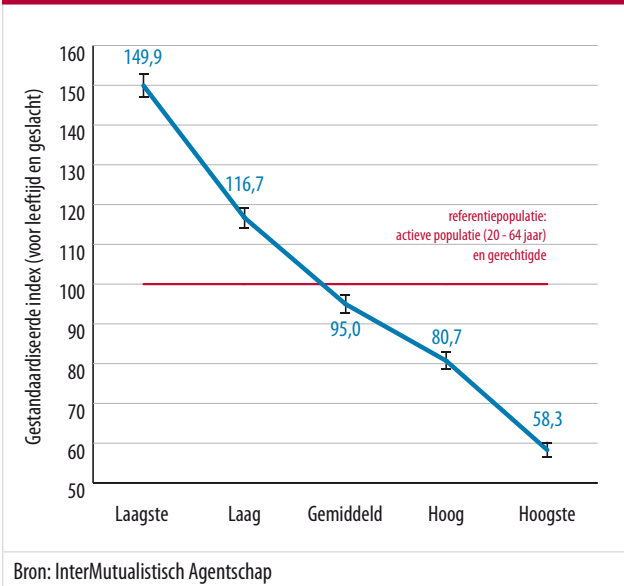
Ten tweede, is ook de mentale gezondheid systematisch minder goed naargelang de socio-economische situatie moeilijker is. Zo hebben personen die het financieel moeilijk hebben, maar liefst 3 keer zoveel kans op een depressie (namelijk 28,1%) in vergelijking met zij die wel gemakkelijk de eindjes aan elkaar kunnen knopen (8,8%). Zij die gemiddeld rondkomen liggen daar tussenin (13,1%). En ook voor slaapproblemen bestaan er grote socio-economische verschillen (zie figuur 3). We vermoeden bovendien dat socio-economische zwakkere groepen in Brussel niet voldoende toegang hebben tot antidepressiva (o.b.v. data IMA) en tot psychotherapie (o.b.v. de Gezondheidsenquête) en dat er dus een aanzienlijk deel van de bevolking niet voor zijn depressie wordt behandeld.

**Figuur 3: De prevalentie van depressie en slaapproblemen naar financiële draagkracht, Brusselaars van 15 jaar en ouder, 2013\***



Ten derde, gezondheidsproblemen kunnen leiden tot arbeidsongeschiktheid en verder tot invaliditeit. Ook hier is telkens een zeer sterke sociale gradiënt aanwezig. Arbeidsongeschiktheid komt systematisch vaker voor naargelang de socio-economische positie lager is. Uiteindelijk zal de laagste socio-economische groep bijna dubbel zo arbeidsongeschikt zijn, in vergelijking met de hoogste socio-economische groep (1,91=131,1/68,8; niet geïllustreerd). Voor invaliditeit is de sociale gradiënt zelfs nog sterker over de vijf inkomensgroepen heen, met aan de uitersten maar liefst 2,6 keer meer kans bij armste gerechtigden om invalide te worden verklaard dan bij de rijkste gerechtigden (2,6=149,9/58,3) (figuur 4).

**Figuur 4: Invaliditeit naar inkomensgroep (index), Brussels Gewest, 2016**



In het rapport worden eveneens socio-economische ongelijkheden voor obstructieve luchtwegaandoeningen, chronisch obstructief longlijden, mondgezondheid, diabetes, hartaandoening en mortaliteit aangetoond.

## GEOGRAFISCHE ONGELIJKHEDEN IN GEZONDHEID

### Inleiding

Gezien de sterke socio-economische verschillen tussen Brusselse buurten (zie kaart 1), is het interessant om te bestuderen in welke mate we gelijkaardige geografische patronen vinden voor de gezondheidsindicatoren. Inderdaad, voor vele dimensies van gezondheid en gezondheidszorg bestaan er zeer grote verschillen tussen de Brusselse buurten, die duidelijk gelinkt kunnen worden aan het niveau van socio-economische achterstelling van de buurt.

Deze ruimtelijke structuren werden historisch bepaald in Brussel. De sociaal-ruimtelijke structuren zijn gevormd door enerzijds de concentrische (in cirkels) ontwikkeling van de stad en anderzijds een sterke oost-west tegenstelling. **Het concentrisch patroon** ontstond ten gevolge van de groei van de stad. Opeenvolgende uitbreidingen van de stad vertonen hierdoor een zekere stedenbouwkundige, en bijgevolg vaak ook een maatschappelijke, homogeniteit. We onderscheiden hierbij het **historische centrum (de vijfhoek)**, de eerste kroon en de tweede kroon. De **eerste kroon** van het Brussels Gewest verwijst naar de wijken tussen de lanen van de kleine ring en de middenring gevormd door de grote lanen in het zuiden (Churchillaan) en in het oosten (Generaal Jacqueslaan, Louis Schmidtlaan,

Saint-Michellaan, Brand Whitlocklaan, August Reyerslaan en Lambermontlaan) en de spoorlijnen in het westen. Deze eerste kroon was volledig verstedelijkt rond 1930. De **tweede kroon** omvat de wijken die het meest aan de buitenkant van de stad liggen, buiten de middenring. Vooral de Brusselse burgerij verliet het centrum van de stad ten voordele van de periferie waarnaartoe ze o.a. werd getrokken door de eengezinswoningen.

Naast deze concentrische en chronologische structurering kent de stad ook een **oost-west structuur**, die voornamelijk het reliëf van de stad volgt. De meest volkse wijken, de vroegere arbeiderswijken, werden historisch naar het westen verdrongen, dat moerassig was (met een zwakke helling weg van de Zenne en de Maalbeek) en het minst geschikt was om te wonen. In de **'arme sikkkel'** wonen al meerdere decennia een concentratie van de op economisch vlak meest kansarme bevolkingsgroepen. Deze bestaat uit de wijken in het noorden en het westen van de eerste kroon. Deze wijken behoren tot de armste wijken van het Brussels Gewest, ze vormen een sikkkel rond het stadscentrum, van de lage gedeelten van Vorst tot Sint-Joost-ten-Node. De oostelijke helling met een uitgesproken reliëf trok de aristocratie aan. Nu nog trekken de meest welgestelden naar het zuiden en oosten, waar zowel de woningen als de woonomgeving door het groene kader van uitzonderlijke kwaliteit zijn.

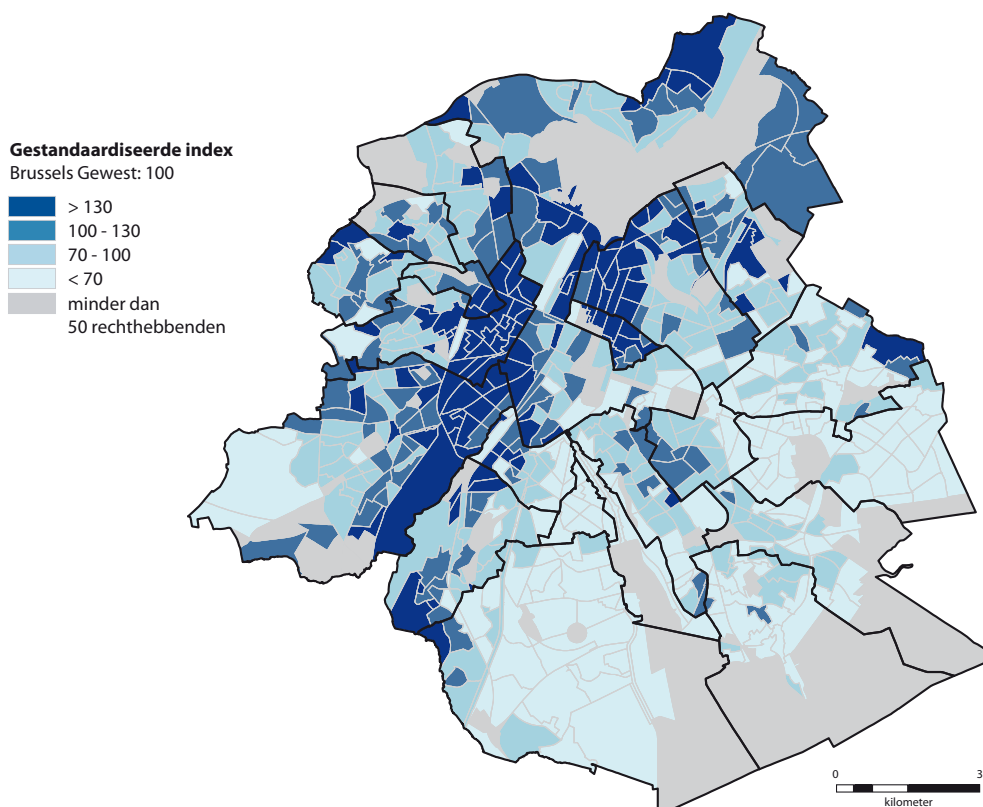
## Cartografie

De focus ligt op het interpreteren van algemene patronen. Voor meer details over de lokale situatie verwijzen we graag naar de gemeentefiches die het Observatorium heeft opgesteld samen met het Brussels Instituut voor Statistiek (BISA). Hieronder wordt de geografische verdeling van een aantal gezondheidsindicatoren geïllustreerd, in het dossier kunnen de kaarten voor alle IMA-indicatoren worden teruggevonden.

**Diabetes** volgt het patroon van de bestaande scherpe socio-economische verschillen tussen Brusselse buurten. We zien dat het geografische patroon van diabetes bijna perfect overeenkomt met de inkomensverdeling in het Brussels Gewest (zie kaart 1). De arme sikkkel is duidelijk zichtbaar, terwijl in de meer bemiddelde buurten de inwoners duidelijk gemiddeld een lagere kans hebben op diabetes (kaart 2).

**Kaart 2: Diabetes gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2016**

Referentiepopulatie: alle Brusselaars








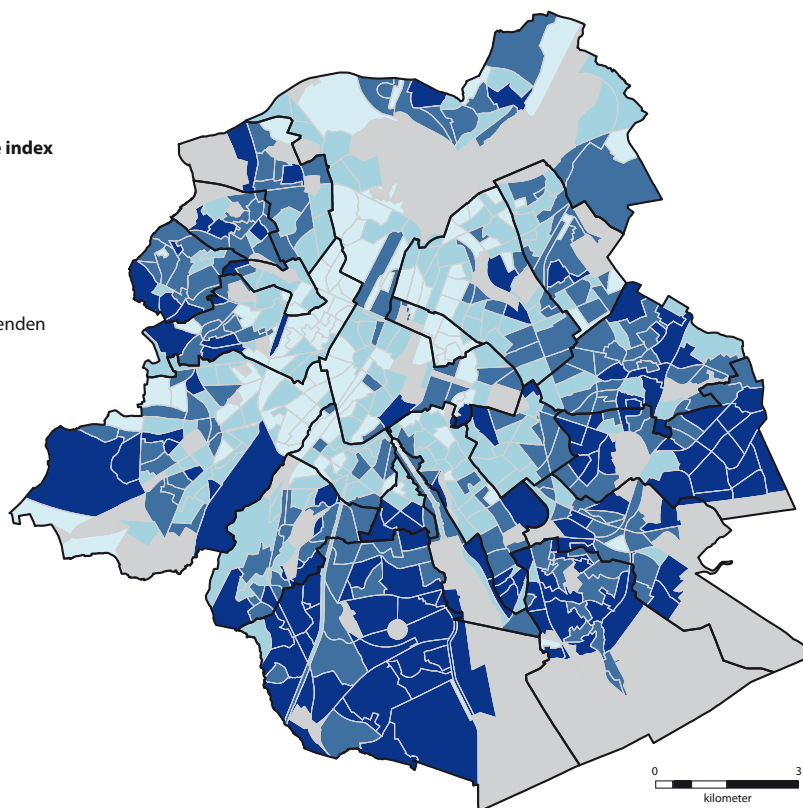
Bron: InterMutualistisch Agentschap. Cartografie: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

### Kaart 3: Borstkankerpreventie-ongeacht het type onderzoek gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2016

Referentiepopulatie: alle Brusselse vrouwen tussen 50-69 jaar

**Gestandaardiseerde index**  
Brussels Gewest: 100

	> 115
	100 - 115
	85 - 100
	< 85
	minder dan 50 rechthebbenden

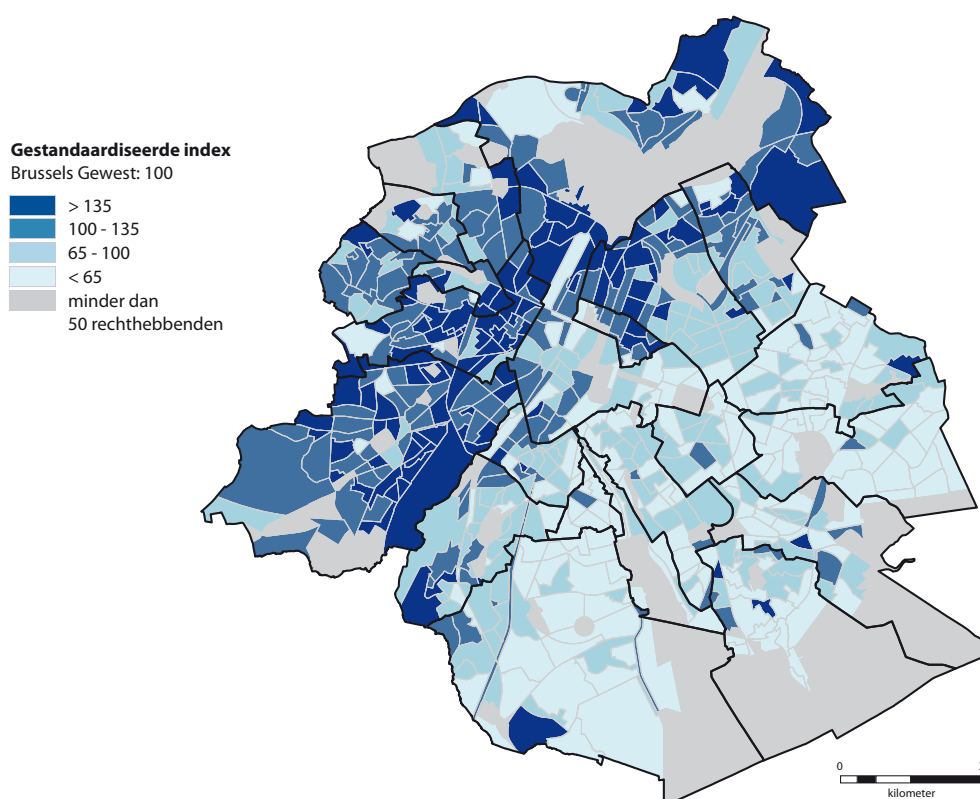


Bron: InterMutualistisch Agentschap. Cartografie: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

Ook **borstkankerscreening** (ongeacht het type onderzoek) (kaart 3) volgt bijna perfect de inkomensverdeling in het Brussels Gewest. Het is duidelijk dat inwoners van de arme sikkels zich minder vaak laten screenen, terwijl de inwoners van de meer bemiddelde buurten dit duidelijk gemiddeld vaker doen. Wel is het zo dat het georganiseerde bevolkingsonderzoek naar borstkanker (dat gratis is) vaker de armere bevolking bereikt in Brussel en dat dus personen uit de arme sikkels net vaker deelnemen aan het georganiseerde programma, net als inwoners uit delen van het noordwesten (niet geïllustreerd in de samenvatting). Echter, gezien de beperkte deelname aan het georganiseerde screeningsprogramma (10,9% van de Brusselse vrouwen tussen de 50-69 jaar) worden de grote socio-economische verschillen die er bestaan bij het opportunistisch screenen (41,3% van de Brusselse vrouwen tussen de 50-69 jaar) niet gecompenseerd en blijft er een zeer sterke sociale gradiënt bestaan voor borstkankerscreening in zijn geheel.

#### Kaart 4: Primaire arbeidsongeschiktheid gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2016

Referentiepopulatie: actieve populatie (20 - 64 jaar) en gerechtigde



Bron: InterMutualistisch Agentschap. Cartografie: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

We zien op de kaart van **arbeidsongeschiktheid** (kaart 4) een tweedeling met in het noordwesten een belangrijk aandeel en in het zuidoosten een laag aandeel. In de Kanaalzone en de arme sikkel zijn de aandelen van de primaire arbeidsongeschiktheid het hoogst. Deze zone kent het hoogste aandeel arbeiders onder hun werkende bevolking en dit is het beroepsstatuut met het hoogste risico op arbeidsongeschiktheid en invaliditeit.



## BESLUIT EN AANBEVELINGEN

Dat socio-economische ongelijkheden ook in het Brussels Gewest alomtegenwoordig zijn voor bijna alle aspecten van gezondheid wordt in het rapport duidelijk geïllustreerd. De grote verschillen die er bestaan tussen inkomensgroepen uiteten zich bovendien in scherpe geografische tegenstellingen binnen het Gewest.

Het is hierbij belangrijk te benadrukken dat socio-economische ongelijkheden in gezondheid reeds vanaf de geboorte aanwezig zijn, waardoor het kind ongewild met een achterstand zijn leven aanvat. Hiermee moet worden rekening gehouden indien van burgers wordt verwacht dat ze zelf actief beslissingen nemen met betrekking tot gezondheid en dat ze geïnformeerde patiënten worden binnen de gezondheidszorg, zoals meer en meer het geval is. Beleidsmakers leggen veel nadruk op een gezond gezondheidsgedrag en op de gezondheidszorg, eerder dan te focussen op de achterliggende structurele determinanten van gezondheidsongelijkheden. Hierdoor worden de individuen zelf meer verantwoordelijk gesteld voor hun eigen gezondheid, terwijl de ruimere socio-economische context waarbinnen personen hun “keuzes” maken met betrekking tot gezondheid op de achtergrond verdwijnen.

Doordat gezondheidsongelijkheden zo diep geworteld zijn in de ruimere socio-economische maatschappelijke context, kunnen beleidsmaatregelen zich niet beperken tot de gezondheidszorg. Er is nood aan een grote paradigma shift die ons doet nadenken over de vraag waarom we mensen verzorgen maar dan terug sturen naar de levenscondities die hen ziek maken. Vele beleidsdomeinen hebben dus een invloed op gezondheid, zoals werkgelegenheid, schoolomgeving, huisvesting, leefmilieu, sociale zekerheid, ... Om gezondheidsongelijkheden aan te pakken, is het dan ook belangrijk dat gezondheid wordt opgenomen in alle beleidsdomeinen, zoals het principe van ‘health in all policies’ van de Wereldgezondheidsorganisatie voorschrijft. Dit wil echter niet zeggen dat de gezondheidszorg geen cruciale rol heeft, integendeel. Een toegankelijke zorg zal zeker bijdragen tot het verkleinen van gezondheidsongelijkheden. Ook op dat vlak moet er nog werk worden verzet zoals de resultaten van deze studie opnieuw aantonen. En ook binnen de gezondheidszorg kunnen verschillende beleidsdomeinen nog beter op elkaar worden afgestemd. De linken tussen o.a. de curatieve en preventieve gezondheidszorg, gezondheids promotie en welzijnsbeleid moet worden versterkt.

Om de volledige sociale gradiënt in gezondheidsongelijkheden te verkleinen moeten universele beleidsacties soms worden aangevuld met extra inspanningen die proportioneel zijn volgens de mate van sociale achterstelling. Ook moeten de methoden soms worden aangepast naargelang de socio-economische groep (het principe van proportioneel universalisme).

Voor vele aspecten van gezondheid is het nu duidelijk dat er sociale ongelijkheden bestaan. Naast de nood aan beleidsactie, is er nood aan bijkomend (kwalitatief) onderzoek over de achterliggende mechanismen, de precieze impact van beleidsmaatregelen en interventies, de rol van contextuele factoren (o.a. openbare infrastructuur, groene ruimtes, milieuvuiling), nationaliteit en migratiestatus en socio-culturele factoren voor gezondheidsongelijkheden.